

## PUNCTE DE VEDERE ASUPRA ABORDĂRII MORAL-ETICE A STĂRILOR TERMINALE

SILVIU MORAR<sup>1</sup>, HORAȚIU DURA<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu

**Cuvinte cheie:** stări terminale, îngrijiri paliative, etică, morală

**Rezumat:** Lucrarea prezintă modalitățile de răspuns la problematica delicată a stărilor terminale, prin prisma a trei modele moral-etice de abordare: utilitarist, kantian și principialist. Este subliniată importanța recunoașterii nevoilor speciale ale pacienților terminali, precum și a drepturilor pe care aceștia le au, chiar dacă afecțiunea lor este incurabilă. Accentul este pus pe necesitatea cupării suferinței somatice, dar și a celei psihice, cu respectarea demnității umane pe tot parcursul acordării de îngrijiri paliative, ținând cont inclusiv de nevoile spirituale ale acestor pacienți. Analiza conduce la concluzia că abordarea optimă a stărilor terminale este aceea oferită de medicina integrativă. Varianta facilă (și uneori foarte tentantă) a eutanasiei nu reprezintă o soluție acceptabilă din punct de vedere moral-etic și, cu atât mai puțin, din punct de vedere deontologic și legal.

**Keywords:** terminal states, palliative care, morals, ethics

**Abstract:** This paper presents possible approaches to the delicate matter of terminal states, using three moral-ethical models: utilitarian, kantian and principialist. It is important to acknowledge the special needs of terminal patients and also their rights, even though their disease is incurable. It is necessary to alleviate the physical suffering, but also the mental one. During the entire palliative care there is a need to respect human dignity; we also have to address the spiritual needs of these patients. This analysis brings us to the conclusion that the optimal approach of terminal states is integrative medicine. The easy and sometimes very tempting solution offered by euthanasia cannot be accepted from a moral-ethical point of view, and even less from a deontological and legal point of view.

„Stările terminale” ... O sintagmă aparent banală, aproape intrată în limbajul curent, care ascunde însă drame individuale, familiale și chiar sociale, dificil de înțeles pentru cei care nu au fost implicați în niciun fel în universul dureros al luptei disperate cu moartea.

Din punct de vedere medical, stările terminale se caracterizează prin:

- § existența unei stări patologice sau posttraumatice de gravitate mare, care antrenează o afectare fizică și/sau psihică severă;
- § prognostic grav, infaust;
- § futilitatea tratamentului: dată fiind absența unui tratament etiologic, sunt disponibile doar măsuri terapeutice paliative;
- § suferință fizică (durerea ocupând adeseori prim-planul tabloului clinic) și psihică (generată de lupta cu spectrul finalului letal și, nu de puține ori, de abandonarea acestor pacienți de către familie și societate).(1,2,3)

Cei implicați în managementul pacienților terminali pot opta pentru una sau mai multe din următoarele modalități de răspuns:

- § acordarea de îngrijiri paliative – la domiciliu, în unități spitalicești, în condiții de azilare sau (la modul ideal) în cadrul instituțiilor de tip „hospice”;
- § tratamentul poate include medicație antialgică potentă (de tip morfonic);
- § este necesară o abordare complexă, care să se adreseze nevoilor emoționale, psihologice și spirituale ale pacientului și ale familiei acestuia;

- § dată fiind frecvența pierdere a funcționalității sociale a pacienților terminali, susținerea din partea familiei și a societății este esențială pentru asigurarea unei morți demne;
- posibilă „soluție” – plină de conflicte moral-etice – ar putea fi eutanasia, văzută de unii ca singura modalitate de a asigura respectarea dreptului acestor pacienți la o moarte demnă; în special eutanasia voluntară (solicitată de către pacientul conștient, aflat în deplinătatea facultăților mentale) este văzută ca o modalitate de eludare a suferinței, de evitare a decrepitudinii fizice și psihice determinate de evoluția implacabilă a bolii terminale, incurabilă în contextul medical actual.

Niciuna din aceste posibile abordări nu este lipsită de dileme etice, a căror analiză sistematică poate fi făcută pe baza a trei modele: A. modelul utilitarist, B. modelul kantian, C. modelul principialist.(4)

### A. Modelul utilitarist

Doctrina utilitaristă pornește de la ideea – corectă din punct de vedere etic – de a maximiza binele pentru cât mai mulți membri ai societății. Moralitatea unei/unor acțiuni este apreciată prin prisma consecințelor: așadar, este moral să acționăm în modul care produce cele mai multe consecințe pozitive și minimum de consecințe negative.

Fragilitatea acestui concept devine însă evidentă în contextul unei realități actuale incontestabile: resursele disponibile pentru sistemul de sănătate sunt limitate, în timp ce necesitățile sale sunt în continuă creștere. Iată de ce, din punctul de vedere al furnizorilor de servicii de sănătate și al decidenților politici, este necesară o evaluare pe criterii statistico-matematice și economice a cheltuielilor angajate în domeniul sănătății, care

<sup>1</sup>Autor corespondent: Silviu Morar, Str. Rennes, Nr. 16, Apt. 4, Sibiu, România, E-mail: silviumorar@yahoo.com, Tel:+40728 856113  
Articol intrat în redacție în 08.01.2013 și acceptat spre publicare în 19.02.2013  
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Martie 2013;2(1):38-40

să faciliteze o alocare echilibrată a unor resurse limitate. Mai ales în cazul pacienților terminali (dată fiind inutilitatea tratamentului), interesează tot mai mult nu doar cât se cheltuiește, ci mai ales cât de eficient sunt utilizate resursele alocate.

Motivul acestei abordări pragmatice îl constituie constatarea unei tendințe de creștere disproporționată a cheltuielilor pentru sănătate în ultimele luni de viață ale pacienților terminali:

- în SUA, studiile au demonstrat că 40% din cheltuielile sistemului de asigurări de sănătate sunt angajate în ultima lună de viață;(3)
- treime din pacienții terminali au fost nevoiți să-și cheltuiască majoritatea economiilor pe servicii medicale neacoperite de asigurări (ca de exemplu îngrijirile la domiciliu).

### B. Modelul kantian

Ideea de bază a acestui model conceptual este aceea că oamenii nu pot fi tratați ca simple obiecte. Oamenii au abilitatea de a raționa, iar pe baza acestor raționamente ei devin capabili să ia decizii în mod autonom. În viziunea lui Immanuel Kant, autonomia persoanei (implicit și a pacientului) derivă din libertatea de decizie, asociată cu capacitatea de a raționa.

Acest model pune, așadar, pe primul plan dreptul pacientului terminal de a lua decizii dictate de propria rațiune, spre deosebire de modelul precedent, care ia în considerare doar consecințele.

Recunoașterea acestei autonomii impune concluzia că oamenii au anumite drepturi care trebuie respectate (în acest sens terții având obligații corelative). Putem vorbi de:

- drepturi negative (care presupun obligația celorlalți de a nu interveni) și de
- drepturi pozitive (incumbând datoria altora de a acționa în sensul asigurării acestor drepturi).

În temeiul acestui model, se poate specula inclusiv existența unui drept al persoanei de a muri așa cum crede de cuviință, incluzând un drept negativ (corelat cu obligația terților de a se abține de la tratamente inutile, generatoare de suferință – eutanasi pasivă) și un drept pozitiv (ce presupune obligația celor implicați în tratamentul pacienților terminali de a cupa prin mijloace active suferința – eutanasi activă).

### C. Modelul principialist

Este eminamente sintetic și înglobează elementele de bază ale celor două modele precedente. Evaluarea dilemelor etice se face prin prisma celor patru principii fundamentale ale bioeticii:

- a face bine;
- a nu face rău;
- autonomia persoanei și
- echitatea.(4)

**A face bine:** orice acțiune (medicală sau nemedicală) trebuie astfel orientată încât să maximizeze beneficiile pentru individ/indivizi.[1,4] Prin prisma acestui principiu, în cazul pacienților terminali obiectivul major va fi diminuarea suferinței lor fizice și psihice. Calea ideală de realizare a acestui deziderat îl constituie acordarea unor îngrijiri paliative de calitate, care să includă medicație dedicată ținerii sub control a durerii, menținerea funcționalității sociale, consiliere psihologică și îngrijiri de natură spirituală, adresate sufletului.

**A nu face rău:** manevrele terapeutice trebuie aplicate de așa manieră încât să nu producă mai mult rău decât bine, fiind necesară o cântărire atentă a raportului risc-beneficiu în cazul oricărei manopere de investigație sau tratament. Aplicând acest principiu la situația pacienților terminali, devine evident de ce este din ce în ce mai mult contestată obstinația terapeutică.

Tratamentele extraordinare (eroice), menite a menține cu orice preț viața, sunt uneori *per se* „agentul etiologic al suferinței”.(3)

Același principiu stă la baza fundamentării dreptului legal stabilit al pacientului de a putea refuza aflarea unui diagnostic sau prognostic infaust, cu scopul de a evita suferința cauzată de comunicarea unei astfel de informații.

**Autonomia persoanei:** fiecare persoană este unică și are propria sa individualitate, având deci dreptul la autodeterminare.(4) Aceasta presupune excluderea unei relații medic-pacient de tip paternalist și participarea pacientului la luarea deciziilor referitoare la tratament, inclusiv dreptul de a refuza tratamentul (ca posibilă formă de eutanasi pasivă); este necesară însă o comunicare eficientă între medic și pacient, pentru ca refuzul sau acceptul tratamentului să fie perfect informat. În cazul pacienților incapabili (minori, bolnavi psihic, comatoși etc.) decizia privind tratamentul se ia prin substituție (aparținători legali – părinți, tutori, rude) sau, în caz de conflict de interese, prin decizie judecătorească.(4)

O expresie directă a dreptului la autodeterminare al pacientului o constituie directivele în avans (de tip „living will” sau DNR – „do not resuscitate”):(3)

### LIVING WILL

CĂTRE FAMILIA MEA, MEDICUL MEU,  
PREOTUL MEU, AVOCATUL MEU

*Dacă va veni vremea ca să nu mai pot lua parte la deciziile ce privesc propriul meu viitor, fie ca această declarație să fie considerată ca testamentul dorințelor mele:*

*Dacă nu mai există speranțe rezonabile pentru vindecarea mea dintr-o afecțiune fizică sau mintală,*

*Eu, ... (subsemnatul), cer să fiu lăsat să mor și să nu fiu menținut în viață prin mijloace artificiale sau măsuri eroice. Moartea este tot atât de reală cât și nașterea, creșterea, maturitatea și îmbătrânirea - aceasta e o certitudine. Eu nu mă tem de moarte, cât mă tem de lipsa de demnitate a degradării, a dependenței și a durerii fără speranță. Cer ca medicația să mi se administreze din milă pentru suferința terminală, chiar dacă îmi va grăbi moartea.*

*Această cerere este făcută după o deliberare atentă. Deși acest document nu are putere juridică, voi, cei cărora sper că vă pasă de mine, vă veți simți moral obligați să procedați conform acestui mandat. Recunosc că el aruncă o mare povară de responsabilitate asupra voastră, dar eu fac această declarație cu intenția de a împărtăși această responsabilitate și de a diminua orice sentiment de vinovăție.*

Semnătura, Data, Martori:

**Echitatea:** acest principiu presupune o distribuție egală a resurselor din domeniul sănătății între toți membrii societății, fără nici un fel de discriminare. În temeiul acestui principiu, pacienții terminali au dreptul legal stabilit de a beneficia de îngrijiri medicale de aceeași calitate cu cele acordate pacienților cu șanse de vindecare. Pe de altă parte, însă, în spirit utilitarist, se poate pune întrebarea: „În ce măsură este echitabilă irosirea de resurse medicale pentru pacienții terminali?”, dat fiind faptul că aceste resurse ar putea fi utilizate mai eficient în alte domenii ale sănătății sau pentru tratarea altor bolnavi, curabili.

Oricât de complexe ar fi deciziile etice pe care trebuie să le luăm în situația stărilor terminale, nu trebuie să uităm, totuși, că acești pacienți au aceleași drepturi ca oricare dintre noi. Pentru a le asigura o trecere demnă prin ciclul viață - suferință terminală - moarte, este necesară **satisfacerea unor nevoi minimale**, a căror reprezentare schematică a fost făcută de Ebersole și Hess, sub o formă piramidală inspirată de piramida nevoilor umane a lui Abraham Maslow.(2,3)

**NEVOIA DE ÎMPLINIRE** - acceptarea și trecerea acestei etape inevitabile

**NEVOIA DE RESPECT** - înțelegerea semnificației morții  
- păstrarea demnității, în ciuda slăbiciunii

- păstrarea autonomiei  
- a se simți uman până la sfârșit  
- păstrarea identității  
**NEVOIA DE AFECȚIUNE** - a iubi și a fi iubit  
- a vorbi  
- a fi ascultat și înțeles  
- a muri în prezența cuiva apropiat

**NEVOIA DE SECURITATE** - a avea încredere în cei care îl îngrijesc

- a-și putea exprima temerile  
- a se simți în siguranță  
- a simți că i se spune adevărul

### NEVOI FIZIOLOGICE, DE BAZĂ

- a fi ferit de suferință și durere  
- a-și păstra energia

Corelativ, pacienții terminali trebuie să se bucure de anumite *drepturi fundamentale*, cuprinse în numeroase cărți dedicate acestui subiect. Sumarizând, drepturile esențiale care ar trebui să fie garantate acestor pacienți sunt:(1,3,4)

- Am dreptul să fiu tratat ca persoană în viață, până la sfârșit;
- Am dreptul să-mi păstrez speranța (în mântuire, într-o viață viitoare etc.);
- Am dreptul să fiu îngrijit de persoane capabile să-mi întrețină speranța;
- Am dreptul să-mi exprim sentimentele și emoțiile legate de moarte;
- Am dreptul să particip la decizii;
- Am dreptul să beneficiaz de îngrijiri, chiar dacă vindecarea nu este posibilă;
- Am dreptul să nu mor singur;
- Am dreptul să nu sufăr;
- Am dreptul să primesc răspunsuri sincere la întrebări;
- Am dreptul să nu fiu mințit;
- Am dreptul să mor în pace și demnitate;
- Am dreptul să-mi mențin și să-mi exprim concepțiile și credințele religioase, fără a fi judecat, indiferent de concepțiile altora;
- Am dreptul să fiu îngrijit de persoane apte să-mi înțeleagă nevoile, persoane care să aibă satisfacția că m-au ajutat să traversez această ultimă etapă a vieții;
- Sanctitatea Omului să fie respectată și după moarte.

*În loc de concluzii*, vreau să subliniez faptul că abordarea terapeutică a pacienților terminali trebuie să fie, în opinia mea, în spiritul medicinei integrative, tratamentul urmând a se adresa nu doar trupului și minții, ci și sufletului. În situația specială în care se află acești bolnavi nu este suficientă doar rezolvarea strict medicală a problemelor somatice și psihice; este necesară și o consiliere psihologică și, mai ales, o susținere spiritual-religioasă – un veritabil tratament adresat sufletului. În acest sens, consider că managementul care se apropie cel mai mult de ideal este cel constând în îngrijiri paliative de calitate (preferabil la domiciliu sau în instituții de tip „hospice”), care să se adreseze atât coordonatelor medicale, cât și celor psihologice și spirituale; colaborarea dintre medici (inclusiv psihiatru), psiholog și preot devine astfel o necesitate absolută.

Dacă acest deziderat este realizat, moartea „bună” nu va fi (după cum ar sugera etimologia) eutanasia, ci aceea care este liniștită (seninătate sufletească, împăcare cu semenii și cu Dumnezeu), fără dureri, care survine în stare de luciditate, avându-i alături pe cei care te iubesc și pe care îi iubești. Va fi acea moarte pe care o ectenie din slujbele liturgice ortodoxe o

denumeste „sfârșit creștinesc al vieții noastre, fără durere, neînfruntat, în pace”.

### REFERINȚE

1. Morar S. Dimensiuni etice ale stărilor terminale”, Tabor. 2007;1(5):17-21.
2. Morar S. Dimensiuni etice ale stărilor terminale, în *Medicii și Biserica. Perspectiva ortodoxă contemporană asupra sfârșitului vieții*”, Editura Renașterea, Cluj-Napoca. 2008;6:137-145.
3. Petre-Ciudin C. Nevoi, drepturi și libertăți ale bolnavului incurabil în îngrijirea paliativă - aspecte bioetice, prezentare la a III-a Conferință Națională de Bioetică, Bioetică și biopolitică, Sibiu, 31 mai-2 iunie 2007.
4. Legea drepturilor pacientului nr. 46/21.01.2003, M. Of. nr. 51/29.01.2003.