

Pr. lect. dr. Ion Banari,
Universitatea de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu“,
Chișinău

ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ ÎN CADRUL CIVILIZAȚIONAL: STUDIU TEOLOGICO-BIOETIC

„Nu mi-e frică de moarte, ci de a muri“
(Montaigne)

***Abstract:** The Church supports spiritually her sons, the faithful ones, from cradle to the grave. In every aspect of life, be it happy or sad, the Christian finds Christ in the Church and brings Him in his life. But unfortunately, the moments of faith for most of the Christians are when they are faced with a disease or at the end of their life, when, while in agony, the Christian wants to retrieve what he had lost by leading a too agnostic life: the faith in God. Nevertheless, God is close to every person who prays to Him and is devoted to Him.*

Besides the palliative care offered by modern medicine for the terminally ill persons, the Church adds spiritual support. If the body eaten by disease cannot be saved anymore, the soul can rediscover itself and aspire to salvation. The palliative care supposes a double act, medical and spiritual, through which the dying person finds his spiritual balance and blurs his physical pains. Moreover, in the context of the consumerist philosophy whose effect is the degradation of man, the palliative care becomes a saint and noble alternative to euthanasia.

***Keywords:** palliative care, suffering, medicine, diagnosis, ill, Christian love, health.*

Medicina contemporană, de mai bine de trei decenii, este profund axată asupra dezvoltării conceptuale și instituționale a noțiunii de îngrijire paliativă sau ajutor paliativ. Conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății, ajutorul paliativ este activitatea orientată spre îmbunătățirea calității vieții a bolnavilor incurabili precum și a căilor care conduc la pre-

venirea și ușurarea suferinței, prin depistarea precoce, evoluarea atentă și eliminarea durerii și a altor suferințe fizice, psihice, sociale și spirituale. Conceptul de medicină paliativă a apărut în legătură cu tratamentul bolnavilor oncologic, însă azi această noțiune se referă la toate tipurile de boli incurabile. Îngrijirea paliativă reprezintă o parte a Sănătății Publice, prin urmare oferirea ei nu se limitează doar la instituțiile medicale de sat sau a structurilor sociale, dar și a celor religioase, unde creștinismul a ocupat și ocupă un loc important. Astfel, studiul dat încearcă să realizeze o incursiune istorică a atitudinii societății față de bolnavii terminali, locul și rolul culturii creștine la apariția acesteia, precum și unele dileme și prerogative contemporane din perspectiva teologico-bioetică.

Așadar, este cert faptul că modul de a acționa la om e strâns legat de atitudinea și spectrul valoric al realității, determinat de convingerile filosofice, juridice, religioase etc. ale timpului. Supusă acestei stări, moartea, eveniment inevitabil, nu poate fi definită decât în raport cu viața și sensul uman. Acest impact existențial face ca omul aflat în faza neștiinței eterne și a vieții materializate, încercă mijloace multiple de a o evita. Opus respectivei constatări, omul condus de diferite ideologii hedoniste, ajuns în momente de grele încercări, sub pretextul salvării „demnității și onoarei“ poate să-și curme viața. Astfel, sunt provocate diverse dileme existențiale raportate la relația om-divinitate, societate și sine însuși. Problema fundamentală în această ordine de idei, reprezintă perioada de viață încadrată dintre diagnoza incurabilă și moarte, iar interesul investigațional este marcat de atitudinea comunității științifice față de bolnavii terminali. Această etapă mai mult sau mai puțin prelungită de senilitate, suferință, sfârșită prin chinurile agoniei, umbrește nu numai sensul ultim al omului (mântuirea), dar și valorile general umane-libertatea, autonomia, calitatea vieții, chiar și viața însăși.

Privită dintr-o perspectivă istorică atitudinea societății față de bolnavii incurabili variază de la o etapă la alta, de la o civilizație la alta. Sunt cunoscute cazuri în istoria umană, când muribunzii erau lăsați fără îngrijire, întâlnite mai ales la popoarele nomade, care abandonau în drum pe cei foarte bătrâni sau pe cei foarte bolnavi care nu mai aveau speranță de a redeveni activi, fiindcă erau o povară pentru întregul trib, care trebuia să se miște permanent în căutarea pășunilor și vânatului. La fel, triburile germanice îngropau de vii bătrânii neputincioși. Nu putem evita relatarea

situației copiilor lipsiți de sănătate, malformați, din Grecia și Roma antică. Legea celor Douăsprezece Table prevedea jertfirea copiilor inapți de îndată ce veneau pe lume, sau din Sparta, care erau aruncați de pe o stâncă. Altă atitudine față de faza terminală, reprezenta sensibilitatea sentimentală vis a vis de muribunzi, ce erau uciși asistat. Asemenea momente sunt întâlnite la filosofii antici, care prin conceptul arta de a muri așa cum trebuie au făcut ca multe personalități ale vieții culturale și politice ajunși în suferință și formați în spiritul „onoarei“, pe care doreau s-o salveze, își crumau viața utilizând diferite mijloace.

Problema relației medicului cu pacientul muribund este trasată foarte subtil în primele perioade istorice ale dezvoltării medicinei. Printre acestea, majoritatea studiilor de istorie a medicinei nu fac referire direct la această temă, fiindcă ele accentuau dezvoltarea medicinei în general ca un progres al științei medicale și într-o măsură mai mică ca o istorie concomitentă a instituțiilor sociale și a activității medicale [6, p. 69].

Astfel, începând cu Hippocrate și până la apariției conceptului de îngrijire paliativă, relația medicului cu pacientul aflat în fază terminală comportă o atitudine individualizată de la un medic la altul și respectiv există mai multe informații indirecte despre ea (atitudine). De exemplu, în lucrarea lui Hippocrate „*Despre artă*“ se relatează despre scopul medicinei, care constă din izbăvirea bolnavilor de boli, atenuând puterea bolilor, iar persoanele ce sunt neisprăviți de boală, ea (medicina), nu le poate oferi nimic [16, c. 127-142]. În acest fel, atitudinea, când medicina nu oferă ajutor celor bolnavi, care nu mai pot fi vindecați este echitabilă, iar activitatea medicală în acest caz este scutită de vinovăție [16. c. 143-170].

O reflectare asupra acestor momente istorice creează impresia unei polemici duble de o subtilitate conceptuală. Pe de o parte, a trata bolnavul incurabil nu are sens, deoarece vindecarea lui este imposibilă. Însă, pe de altă parte, se impune un alt imperativ, care obligă medicul să acorde ajutor, aceasta fiind datoria lui profesională. Astfel, Hippocrate este situat în fața a două dileme, datoria profesională și reputația medicului, în general a medicinei. Se pare că dintre acestea el oferă prioritate celei din urmă [16, c. 329-392]. Desigur, o astfel de abordare contravine spiritului umanist al eticii lui Hippocrate, mai ales atunci când separăm analizele teoretice de cele practice. Această stare contradictorie era răspândită nu numai printre medicii din Grecia Antică, ea fiind atestată și mult mai târ-

ziu, până în Epoca Modernă. Iar meritul schimbării îi este atribuit de unii savanți filosofului englez Francis Bacon, care a utilizat cel dintâi termenul de eutanasiu, ce semnifică *moarte bună, liniștită, fericită*, și avea tentă mai mult filosofică, decât tehnică sau practică (cum se interpretează azi), putându-se referi la atmosfera din jurul celui care moare. Filosoful expune în lucrarea sa „*Despre meritul și sporul științelor*“, scopurile medicinei, el referindu-se în mod detaliat la problema relației cu bolnavii muribunzi: 1) medicii consideră multe boli incurabile; 2) reieșind din această constatare, medicii uneori, în mod nejustificat condamnă la moarte mulți bolnavi, dar, din fericire, o mare parte din ei se vindecă fără aportul medicilor; 3) „însăși afirmația că aceste boli ar fi incurabile într-un fel salvează nepăsarea și neglijența, absolvind ignoranța de infamie“; 4) este necesară o direcție specială a medicinei științifice în scopul acordării unui ajutor eficace bolnavilor incurabili, muribunzi. „Dacă ei (medicii) ar dori să fie fideli datoriei și sentimentului de umanism, ar trebui să-și îmbogățească cunoștințele în medicină și să depună toată străduința pentru a ușura trecerea a acelor în care viața încă mai licărește“ [15, c. 269].

Pe parcursul sec. XVIII-XIX apelul lui Bacon față de medici referitor la obligativitatea ajutorului acordat muribunzilor a devenit o nouă etică. Și acest fapt s-a produs nu întâmplător. Anume în sec. XVIII s-a lărgit comprehensiunea obiectului medicinei, el a început să includă aspecte sociale majore: organizarea luptei cu epidemiile, controlul sanitar al produselor alimentare, igiena socială și profesională. Medicii au început să acorde o atenție deosebită ocrotirii sănătății mamelor și copiilor, săracilor, invalizilor. Astfel, ideea hipocratică de filantropie a căpătat noi valențe [6, p. 71].

Cu toate că mulți dintre savanții contemporani atribuie gândirii lui Bacon meritul de a fi contribuit la modificările apărute în etica medicală, cu referire la ajutorul acordat bolnavilor muribunzi, totuși insistăm să accentuăm că această poziție trezește anumite reacții conceptuale. Astfel, o dată cu emanciparea creștinismului pe arena mondială, se ciocnește cu o societate degradată de pluralismul religios, filosofic și moral din acele timpuri. Creștinismul vine cu o nouă concepție despre realitatea firească și eternă centralizată în jurul Logosului divin. Această modificare inversează atitudinea și relația dintre oameni, precum și dintre diferite pături social-vulnerabile. Așadar, dacă pentru medicul antic relația cu pacientul era dictată de datoria profesională, în creștinism era dictată de imperativul

neotestamentar „*Adevărat zic vouă, întrucât ați făcut unuia dintr-aceștia ai mei prea mici, Mie Mi-ați făcut*“ (Matei 25, 34-40). Această normă religio-morală ridică atitudinea și relația dintre medic și pacient la nivelul sacru, care este format în toți creștinii indiferent de profesii. Apoi, îndemnul scripturistic, „*Este cineva cu inimă bună? Să cânte psalmi. Este cineva bolnav între voi? Să cheme preoții Bisericii și să se roage pentru el, ungându-l cu untdelemn, în numele Domnului. Și rugăciunea credinței va mântui pe cel bolnav și Domnul îl va ridica, și de va fi făcut păcate se vor ierta lui*“ (Iacob 5, 13-15). Aceste îndemnuri și principii teologice pun temei conceptual și instituțional cu privire la atitudinea față de bolnav și de cel incurabil, fiindcă toți au necesitatea de mântuire a sufletului.

Frecvent în Noul Testament se întâlnesc valori ca dragostea, credința, puritatea morală, speranța, blândețea, milostivirea, dreptatea, pacea, sacrul, divinitatea, iertarea, devotamentul etc. Aceste pasaje și valori scripturistice au condus, prin fapte reale, mai ales prin dragostea față de semenii (noutatea valorică a învățaturii lui Hristos), în perioada patristică la pornirea revoluționară în reorganizarea valorică a lumii date, respectiv în organizarea sănătății publice – organizarea spitalelor și ospiciilor pentru invalizi, bătrâni sau nevoiași pe lângă mănăstiri sau parohii mari [11, p. 42-43]. Nu poate fi trecută cu vederea instituirea în treapta clericală a diaconilor [2, p. 98-99] și cea a clerului inferior – diaconițele, care pe lângă activitatea cultică aveau datoria de a vizita bolnavii [2, p. 103]. La fel relatăm despre marea lucrare a Sfântului Vasile cel Mare de organizare a ospiciilor pentru invalizi, bătrâni sau nevoiași [11, p. 45-46]. Ținem să menționăm că actuala manifestare și atitudine a medicului față de bolnavi, indiferent de formă (morală, religioasă, instituțională etc.), își are originea în teologia creștină care a fost un pilon de bază al culturii și gândirii europene de azi, iar înlăturarea lui din gândirea și activitatea omenirii creează spații goale, precum și lipsă de continuitate interpretativă a actului de îngrijire paliativă.

Așadar, lumea modernă, care a moștenit tezaurul moral-spiritual al creștinismului primar în formă evolutivă, specific timpului, cristalizează diferite structuri sociale specializate cu scopul de a îngriji păturile social-vulnerabile. Aici, este important a relata anumite forme de acest gen. În Țările Românești pe parcursul dezvoltării lor a organizat pe lângă mănăstiri, mici locuri de îngrijire a bolnavilor, nu doar a călugărilor, ci și a celor din afară, locuri numite bolnițe. În timpul războaielor și a perioadelor

grele bisericile și mănăstirile deveneau adevărate cetăți unde își găseau refugiu și consolare bătrânii, persoanele neputincioase, copii și femeile [7, p. 325]. Din lipsă financiară a credincioșilor, multe mănăstiri îngrijeau de bolnavii fără urmași sau părăsiți. Aceste realizări în formare au contribuit ca între anii 1735 și 1752, la București să se ridice un spital unde erau îngrijiți cei ce sufereau de boli cronice. În Rusia țaristă, în anul 1803, a fost înaintată propunerea de creare a unui serviciu de caritate al văduvelor. Această idee a fost realizată abia în 1813, în Sankt Petersburg unde a fost fondat un asemenea serviciu, scopul acestora fiind de a îngriji bolnavii și săracii din spital și de a-i ajuta în toate cele necesare pe cei care suferă. Acestui serviciu al văduvelor se poate adăuga și apariția surorilor de caritate în Sankt Petersburg la începutul războiului din Crimeea, deschis oficial la 5 noiembrie 1854, scopul fiind asemănător celui al serviciului de caritate al văduvelor.

În anul 1879 Mary Eickenhead, fondatoarea Ordinului surorilor de caritate în Europa, a deschis la Dublin (Irlanda) azilul Sf. Maria, sarcina acestuia fiind îngrijirea muribunzilor. În acei ani, în marile orașe europene exista un număr foarte mare de nefericiți ai soartei, boschetari, care își duceau viața direct în stradă, unde majoritatea dintre ei și mureau. Această situație a și determinat-o pe Mary Eickenhead să deschidă o instituție pentru muribunzi pe care a numit-o hospice (așa se numeau azilurile de bătrâni în Evul Mediu) [18, c. 18]. În anul 1905 surorile de caritate irlandeze au fondat un azil asemănător – Sf. Iosif, la Londra. În anul 1952 fondatoarea Ordinului Catolic al surorilor de caritate maica Tereza a deschis la Calcutta prima casă pentru muribunzi „Nirmal Hridaj” (în traducere din hindi „inimă curată”. Maica Tereza cu ajutoarele ei ridicau de pe străzile Calcuttei pe cei mai nefericiți dintre bătrâni, invalizi, leproși. Pe unii din ei reușeau chiar să-i vindece, dar pentru majoritatea din ei azilul însemna o moarte demnă [4; 6, p. 71].

O contribuție definitivă la dezvoltarea tratamentului paliativ contemporan, în speță la fondarea „hospice”-urilor, și-a adus-o Cecely Saunders. În anul 1947 C. Saunders (fiind la acea vreme soră medicală și lucrător social la hospice-ul Sf. Iosif) încercând să acorde susținere psihologică muribunzului de cancer David Tosma, la prima etapă suferă un eșec, deoarece nu reușește să stabilească cu el un dialog. Când ea decide să-i comunice pacientului adevărul despre pronosticul maladiei sale, între ei se

stabilește un dialog sincer. În semn de recunoștință pentru sprijinul acordat, pacientul o roagă ca suma de 500 lire sterline, rămasă după moartea sa, s-o folosească pentru organizarea unui serviciu de ajutor al bolnavilor în stadiu terminal. Această experiență socială, intelectuală și spirituală a jucat un rol decisiv în viața și cariera lui C. Saunders. Ea realizează cercetări sistematice în domeniul tratamentului durerii cronice, iar în anul 1967 fondează St. Christopher Hospice cu scopul de a răspunde trebuințelor pacienților în faza terminală de cancer. Inițiativa dezvoltată de Saunders poartă un caracter multidisciplinar: o echipă de medici și un personal paramedical (infermieră, lucrător social, psiholog, teolog [preot] etc.), care activează împreună pentru a oferi o calitate acceptabilă existenței pacientului până în ultimele sale clipe din viață, dar și sprijin multiaspectual familiei sale. Această calitate a vieții ultimului segment de viață a pacientului include după cum am mai subliniat atât aspecte fizice cât și sociale, psihologice și spirituale. Mișcarea generoasă și profund umanistă a hospice-urilor engleze s-a proliferat rapid în alte țări (Canada, S.U.A., Franța etc.) [6, p. 71].

Pe lângă momentul istoric al apariției hospice-urilor, jumătatea a doua a sec. XX se caracterizează printr-o sporire a atenției față de fenomenul agoniei și morții, atât a medicilor specialiști cât și a savanților din domeniul științelor sociale, teologice etc. Anume în această perioadă se conturează bazele teoretice, filosofice, teologice și bioetice ale medicinei paliative contemporane. În 1955 teologul protestant american J. Fletcher în cartea sa „*Morala și medicina*“, menționa printre altele: „Controlul asupra morții ca și controlul asupra natalității – constituie fundamentul demnității umane“ [17]. Însă influența cea mai profundă și mai vastă asupra medicinei paliative contemporane a produs-o opera lui Elizabeth Kubler-Ross (fost medic de țară, apoi un renumit psihiatru) și mai ales cartea ei „*Ultimele clipe ale vieții*“, apărută în 1967, unde elaborează o veritabilă filosofie a asistenței pacientului în faza terminală [9; 10].

O atenție deosebită merită lucrarea istoricului și culturologului francez Philipp Aries, „*Omul în fața morții*“. Ph. Aries – reprezentantul școlii antropologiei istorice, examinează schimbarea atitudinii omului față de moarte pe parcursul unei perioade istorice enorme: din Evul Mediu timpuriu până în epoca contemporană. Scopul exegezei sale constă în a analiza evoluția mentalității omului culturii occidentale referitoare la fenomenul morții. Privitor la ultimul stadiu al acestei evoluții, intitulat în mod semnifi-

cativ „*Moartea distorsionată*“, Ph. Aries îl caracterizează printr-o medicalizare a vieții sociale în general și a fenomenului morții în special. Autorul își îndreaptă privirea sa vizionară încă din anul 1970 asupra fenomenelor și tendințelor, care actualmente se află în centrul atenției specialiștilor medicinei paliative contemporane: deseori agonia și moartea se produc în spitale unde metodele de acordare a ajutorului medical de multe ori se transformă în mijloace de alinare (amânarea agoniei în loc de prelungirea vieții, izolare cazonă a muribundului între pereții spitalului în perioada cea mai importantă a vieții sale, atunci când el s-ar simți mult mai bine în mijlocul familiei, printre rude și apropiați; muribundului i se ascunde adevărul de către medici, apropiați, societate în ansamblu) [14]. Ca o continuare a paradigmei formulate de Ph. Aries putem menționa apariția în anul 1983 a voluminoasei monografii a istoricului francez Michel Voven, „*Moartea și Occidentul de la anul 1300 până în zilele noastre*“ [6, p. 72-73].

În urma celor relatate constatăm că omenirea în general, specialiștii sferei de îngrijiri paliative în special, a dobândit o enormă experiență în acest sens pe parcursul anilor. Însă pe lângă toate acestea se poate cataloga existența unor probleme și dificultăți de ordin medical, moral, teologic și bioetic în această activitate. Cum s-a observat la începutul studiului, tratamentul paliativ reprezintă acțiunile întreprinse pe diverse planuri (medical, psihologic, social, teologic, moral-spiritual) ce-l vizează pe un pacient după diagnosticul de maladie incurabilă și care se află în fază terminală. Astfel, dilemele ce survin în procesul de îngrijire paliativă pot fi structurate după următoarea ordine: 1) când putem considera că bolnavul are o maladie terminală și respectiv care sunt granițele interpretării; 2) care este rolul și locul familiei și apropiaților bolnavului; 3) criteriile de desfășurare a principiilor morale ale bioeticii în cadrul îngrijirii paliative; 4) cum se realizează aspectele teoretice și practice ale acordului informat în activitatea paliativă; 5) cine alină suferința bolnavului muribund în echipa medicală a hospice-urilor; 6) posibilitatea existenței unor aspecte subiective în activitatea paliativă .

Abordările respectivelor probleme, precum și soluționarea lor, pot varia de la un mediu cultural la altul, în dependență de domeniul analizat. În cazul nostru avem de analizat problemele enumerate anterior într-o interconexiune dintre teologia creștină ortodoxă și bioetică. Astfel, considerăm necesar a evidenția din start câteva presupuziții teologice, care să ghideze

relațiile în medicina paliativă. Scopul acestei incursiuni teologice este de a furniza convingeri creștine, de a poziționa respectivele relații într-un sens existențial etern centrat pe Logosul divin. Apoi, referiri specializate (bioetice) la soluționarea dilemelor relatate anterior.

Relațiile specializate în cadrul îngrijirii paliative pot fi marcate, dintr-o perspectivă teologică, prin existența a două nivele – unul vertical, dintre subiecții actului paliativ și Divinitate, primordial prin existențialitatea sa transcendentală; altul orizontal prin existențialitatea sa fizică și implică relațiile dintre îngrijitor – familie (apropiați) – bolnav. În sens teologic toți participanții din cadrul ajutorului paliativ au același fundament religios de a realiza voia lui Dumnezeu, care a creat omul din dragoste și se îngrijește de creație prin Pronia Sa. Întrebarea ce poate să apară aici constă din specificul teoretic și practic al Vooi divine și ce rol are în îngrijirea terminală? Răspunsul este simplu, dar profund și nobil pentru ființa umană – de a se desăvârși (mântui sufletul). Astfel, lucrătorii îngrijirii analizate acționează pentru a se mântui, respectiv bolnavul în ultimele clipe ale vieții, prioritate devine voia lui Dumnezeu, iar celelalte momente legate de viața lui nu sunt altceva decât mijloace de a atinge acest scop. Printre acestea, experiența creștină denotă faptul că omul indiferent în ce postură ar fi (mai ales în actul paliativ), activitatea sa trebuie să debuteze prin respectarea vooi lui Dumnezeu.

În această conjunctură conceptuală, survine necesitatea de a clarifica în ce constă împlinirea Vooi divine – practicarea poruncilor Lui (Ioan 13, 34-35). Cea mai mare poruncă creștină cunoscută o reprezintă dragostea, care primordial reflectă ideea *iubește pe Dumnezeu mai presus de orice*. Dumnezeu este primul subiect al iubirii creștine. Astfel, în teologia creștină totul necesită de pus mai prejos de El, și părinții, și rudele, și averea etc. Creștinul urmează divinității, chiar și atunci când există conflict între datoria de iubire către Dumnezeu și alte înclinări ale naturii umane. Acesta marchează primul fundament teologic al comunicării și relației verticale între divinitate și subiecții din sfera medicinei paliative. A doua parte sau subiect al dragostei creștine îl reprezintă omul, indiferent de pătură socială sau etnie, de simpatie sau antipatie și nu în ultimul rând a stării sale fizice, psihice și spirituale. Astfel, apare următorul fundament teologic ce vizează comunicarea și atitudinea orizontală din îngrijirea paliativă (dintre subiecți). Teologia creștină interpretează dragostea dintre ființele umane

prin aspectul firesc, care caracterizează simplele înclinații de simpatii dintre oameni, ce reprezintă o iubire firească „*Căci dacă iubiți pe cei ce vă iubesc, ce răsplată veți avea? Au nu fac și vameșii același lucru? Și dacă îmbrățișați numai pe frații voștri, ce faceți mai mult? Au nu fac și neamurile (păgânii) același lucru*“ (Matei 5, 46-47). Totodată, depășește firescul oferindu-i o formă nobilă (divină) și asupra dușmanilor sau asupra acelor care le displace. Aceasta se distinge din momentul creației după chipul și asemănarea divinității. Astfel, elementul iubirii este înăscut, urmează desăvârșirea ei (asemănarea), deoarece Dumnezeu „...*face să răsară, să revarsă soarele peste cei răi și peste cei buni și trimite ploaie peste cei drepți și peste cei nedrepți*“ (Matei 5, 45). A iubi pe Dumnezeu mai întâi și pe aproapele ca pe tine însuși, se înțelege în sensul că creștinul iubește pe Dumnezeu pentru El însuși și pe aproapele pentru Dumnezeu. Aceasta mai ales în medicina paliativă. Un element specific moralei creștine, ce rezultă din acest sens, este experiența ei și nu sistematizarea imperativelor categorice ce rezultă din el, asemenea moralei kantiene. Din această practicare a iubirii creștine față de aproapele a rezultat marea revoluție în lumea creștină în organizarea pe lângă mănăstiri și parohii mari, mici locuri de îngrijire a bolnavilor, a bătrânilor și a altor pături social – vulnerabile, până la apariția azilurilor pe timpul Sfântului Vasile cel Mare.

Din cele prezentate se pot structura câteva presupoziii teologice care conduc omul spre țelul final creștin și nemijlocit ce se pot folosi ca momente de călăuză în activitatea paliativă. În primul rând putem semnala interpretarea vieții ca dar divin. Dumnezeu a creat omul, dându-i viață prin suflarea sa viu-făcătoare (Geneza, 2, 7), nu din necesitate, ci în mod liber și deliberat spre a participa la slava Sa. La rândul nostru existăm nu datorită vreunui dar al părinților noștri, ci tot ca dar al lui Dumnezeu. Dreptul fiecăruia dintre noi, fie că avem sau nu darul procreării, este să participăm la slava lui Dumnezeu. Apoi, credința că Dumnezeu este Stăpân peste fiecare aspect al existenței umane. Respectiv, modelul de relații umane e necesar să constituie relația interpersonală conform dogmei Trinitare care este caracterizată prin „*comuniune și alteritate*, prin unitatea de esență și deosebirea persoanelor – trebuie să fie modelul sau icoana fiecărei relații umane. Uniți prin aceeași natură umană în comuniunea eclesială, împărțășind unii altora diferitele daruri duhovnicești, noi suntem chemați la *responsabilitate*: să răspundem unul celuilalt cu dragoste jertfelnică, care reflectă iubirea

nesfârșită a celor trei Persoane ale Dumnezeuirii, împărtășită în sânul Treimii și revărsată în inimile noastre prin lucrarea Harului divin“. Și nu în ultimul rând înțelegerea că viața omului este îndreptată spre transcendență. „Creșterea în viața morală este posibilă atât timp cât experimentăm *tensiunea eshatologică* a vieții veșnice prezentă în mijlocul nostru... Etica creștină se concentrează asupra realizării aici și acum a frumuseții, adevărului și desăvârșirii vieții din Împărăția lui Dumnezeu“ [3, p. 27-28].

În baza acestui studiu teologic despre relațiile umane în actul paliativ se pot analiza unele probleme medico-bioetice semnalate mai sus. Astfel, întrebarea când putem considera că bolnavul are maladie terminală și care sunt limitele interpretării ei, ar fi logic a constata că maladia poate fi la un stadiu de evoluție zis „terminal“ dacă moartea este previzibilă în termen scurt. Dificultatea apare în legătură cu stabilirea diagnozei și pronosticului medical. Veridicitatea lor este capitală, deoarece acești factori influențează covârșitor asupra luării deciziei, mai ales în ceea ce privește evaluarea riscurilor și beneficiilor diverselor intervenții. Pronosticul este important deoarece permite să se stabilească diferența dintre tratamentul paliativ și tratamentul de lungă durată sau tratamentul adaptiv oferit pacienților având o maladie incurabilă, dar nu în stare terminală. Tratamentul paliativ întreprins nu conține „valențe curative, deoarece el vizează să atenueze simptomele maladii (în speță durerea), fără a acționa asupra cauzei. În acest context scopul îngrijirilor nu mai constă în prezervarea integrității corporale, a sănătății, ci a demnității umane care se transformă într-o posibilitate a umanului, a conștiinței sale de a acționa în mod liber și a se autodetermina [8, p. 97]. Să luăm de exemplu situația unei persoane atinsă de maladia Alzheimer într-un stadiu avansat, a unui nou-născut handicapat sau a unei persoane în vârstă care refuză să se alimenteze. Putem să vorbim de maladii incurabile? Într-o bună parte din cazuri, da. Dar cum rămâne cu pronosticul în aceste cazuri? Starea lor justifică instituirea tratamentului paliativ? A nu realiza un diagnostic sau a nu stabili un pronostic corect conduce la o „insistență“ terapeutică nefondată. Dimpotrivă, a oferi îngrijire paliativă nefondată pe baza unei diagnoze sau pronostic incorect conduce la o injustificată absență terapeutică. Incertitudinea medicală distorsionând unele diagnoze și pronosticuri, complică situația medicului și îngrijitorului de a reacționa în interesul pacientului, urmând principiul binefacerii [6, p. 74], în strânsă legătură cu conceptul de iubire creștină.

Luarea deciziei referitoare la tratamentul paliativ constituie elementul central al dilemelor bioetice prezente în această problemă extrem de sensibilă. Relația îngrijitor-pacient este modelată de principiile binefacerii, autonomiei, respectului pentru viață și pentru calitatea vieții. Nerespectarea lor și neracordarea la un cadru eclesiologic înaintază și formează dilemele sus nominalizate. Astfel, a spune adevărul referitor la diagnoză, semnifică manifestarea voinței de a clarifica alegerea pacientului pentru ca el să fie în măsură de a decide în mod liber orientarea vieții sale, și în consecință, de a ține cont în primul rând de Voia divină, iar când ne referim la bolnav de a respecta principiul autonomiei. Toate situațiile care pun în pericol acest obiectiv al dreptului la adevăr trebuie să fie examinate. A-i comunica adevărul pacientului semnifică a-i oferi informațiile necesare pentru a realiza o alegere conștientă referitoare la viața sa: tratamentul său medical, administrarea bunurilor sale, relațiilor sale umane, credințelor sale etc. Acest fapt nu implică cunoașterea tuturor detaliilor ale evoluției maladiei bolnavului, nici statistica asupra cazurilor similare, cu atât mai puțin durata exactă e pronosticului. Adevărul în termeni de diagnoză și pronostic este bazat pe fapte și nu pe impresii. În interesul pacientului medicul trebuie să-l informeze de unele eventualități (pronostic nefavorabil, efecte secundare indezirabile etc), iar îngrijitorul trebuie să fie pregătit să răspundă la întrebările bolnavului și să aibă la îndemână soluții practice la problemele apărute, să fie în măsură să ofere suportul necesar [6, p. 74], atât medical, cât și moral-religios.

În această ordine de idei pot surveni dificultăți în realizarea acordului informat. Prima întrebare ce apare aici prezintă modalitatea de a comunica adevărul? În primul rând adevărul diagnosticului și pronosticului trebuie să fie exprimat printr-un respect al pacientului. Din rațiuni psihologice (frică, angoasă, depresie) medicul crede că pacientul va pierde capacitatea de a reacționa în mod liber cunoscând adevărul și în acest caz trebuie să caute diverse strategii pentru ca în mod progresiv, în ritmul care-l dictează pacientul să-l pună la curent cu diagnoza și pronosticul maladiei sale. Acest demers impune medicului o foarte bună cunoaștere a pacientului. În schimb, personalul de îngrijire are de realizat o muncă dificilă de evitare a proiectării propriilor emoții referitoare la moarte asupra pacientului. În unele cazuri se întâmplă ca unii pacienți să aleagă să nu afle verdictul copleșitor al unui cancer sau al altei maladii incurabile, comunicându-i din timp această do-

leanță medicului. Medicul va respecta aceste situații neconfortabile atât pentru îngrijitor, cât și pentru pacient, deoarece ultimul neagă realitatea maladii sale [5, p. 10]. În acest caz o bună relație îngrijitor – pacient va permite eventual stabilirea comunicării în toată veridicitatea ei [6, p. 75].

A doua întrebare de acest gen marchează destinatarul adevărului – pacientul, familia sau apropiații. Conform categoriei eticii medicale – taina profesională, pacientul este primul vizat și regula confidențialității ar trebui să fie respectată în pofida presiunilor familiei care va căuta să cunoască diagnoza sau evoluția maladii înaintea pacientului. Deoarece familia intervine pentru a nu comunica adevărul bolnavului, medicul va lua în considerație aceste temeri și va evalua temeiul acestui demers, fiindcă deseori apropiații cunosc mai bine pacientul decât îngrijitorii. Ascunderea de pacient, sub pretextul confortului său sufletesc, a faptului că se află într-o stare gravă (se referă și la întrebarea anterioară), îl lipsește adeseori pe cel ce urmează să moară de posibilitatea pregătirii conștiente pentru sfârșitul vieții de aici și de mângâerea duhovnicească dobândită prin participarea la Tainele creștine, totodată aruncând eclipsa neîncrederii asupra relațiilor lui cu apropiații și cu echipa medicală [1, p. 181]. Tot aici se poate constata o altă dificultate legată de personalul medical ce trebuie să informeze situația bolnavului. Din perspectiva cunoștințelor și experienței medicale, medicul este cel mai indicat să comunice adevărul pe baza unei diagnoze și pronostic și să răspundă la întrebările pacientului și, astfel să clarifice deciziile lui raportate la mai mulți factori – religioși, culturali, morali etc. Dar în aceste cazuri grave, obligația medicului de a comunica adevărul este asociată cu obligația morală de a cunoaște bine pacientul său astfel ca medicul să acționeze într-adevăr în interesul acestuia.

Tratamentul paliativ constituie prin definiție acțiunea întreprinsă pentru a alina persoana care suferă. Noțiunea de durere în îngrijirea paliativă nu se reduce numai la componenta ei somatică, dar se lărgește la un concept de durere totală care include atât suferința morală, spirituală, cât și cea fizică. În acest context este fundamental să fie cunoscută reacția celor abilitați în scopul alinării suferinței.

Alinarea cărei suferințe se acordă prioritate în actul paliativ? În societatea contemporană secularizată echipa de îngrijire va trata mai întâi durerea fizică a pacientului. Alinarea durerii fizice la pacienții atinși de cancer este posibilă în marea majoritate a situațiilor prin utilizarea analgezicelor,

deasemenea grație îngrijirii de confort (îngrijirea gurii, de exemplu). Elementul etic care ghidează alinarea suferinței fizice îl constituie demnitatea umană. Deseori se observă la persoana suferindă o schimbare de personalitate, ea este copleșită de durere, de multe ori incapabilă să comunice cu apropiații. Acest fapt se traduce în mod concret prin pierderea autonomiei sale. În aceste condiții ultimele momente ale vieții constituie o încercare dramatică a demnității umane pentru bolnav. Dorinței de a trăi deseori îi succede disperarea și eventual demersul eutanasiei. Lumea medicală are obligația morală de a aplica mijloacele necesare pentru a alina durerea fizică. Cu toate acestea, mijloacele utilizate, precum narcoticele (morfină), constituie ele însele un simbol al morții. Deseori este mai dificil de anunțat pacientul că lui i se administrează morfină, decât că el are cancer. Administrarea morfinei inhibă la pacienți speranța de însănătoșire. În pofida explicațiilor oferite referitor la utilizarea benefică a medicamentelor în îngrijirea paliativă persistă o mare rezistență în administrarea lor. Dincolo de efectele secundare dezagreabile, deseori nu medicamentele, ci moartea este refuzată. Utilizarea narcoticelor întâlnește rezistențe în egală măsură și în corpul medical, stare de fapt ce se explică printr-o carență de formare (necunoașterea farmacocineticii medicamentelor, ignoranța durerii canceroase, etc) [6, p. 76]. În aceste circumstanțe dificile, suferințele fizice dinaintea morții nu sunt întotdeauna înlăturate în mod eficace prin aplicarea metodelor analgetice și de multe ori ele sunt înlocuite cu alinarea duhovnicească.

Este posibilă alinarea suferinței morale și spirituale? Moartea reprezintă un proces care poate fi conceptualizat în timp. Bolnavul resimte deteriorarea progresivă a sănătății sale, imaginea sa corporală se alterează, el devine incapabil să se dedice ocupațiilor habituale sau să-și satisfacă trebuințele personale și chiar să intre în relație cu alții [6, p. 76]. Aceste dileme finale ale vieții își pierd sensul dacă bolnavul își direcționează existența sa spre scopul fundamental al omului – mântuirea, iar dacă boala va fi interpretată ca o perioadă de reflecție, de curățenie duhovnicească [1, p. 6-7], problema s-ar analiza altfel. Învățătura creștină alină suferința prin veșnicie. Este greu de conceput cu mintea omenească marele dar al lui Dumnezeu că putem dobândi Împărăția cerurilor într-o vreme atât de scurtă a unei existențe umane. Fundamentarea etică a acestei etape a vieții se raportează în mod direct la sensul imprimat ultimelor momente ale vieții.

În societatea modernă sensul existenței umane se polarizează în jurul principiului respectului vieții și valorii calității vieții. Însă această axare necesită valorizată nu în înțelesul autonom al rațiunii umane, ci într-un sens etern al desăvârșirii duhovnicești, care culminează cu viața veșnică din Împărăția Cerurilor. Toate deciziile medicale necesită a fi confruntate cu această discernere de valori.

În urma celor prezentate putem constata că îngrijirea paliativă este un act nobil din partea societății în susținerea ultimelor clipe ale muribundului, care a reprezentat pentru comunitatea umană o prioritate în trecut. Actul paliativ este conceput în sensul existențial contemporan drept o alternativă a eutanasiei ce poate fi de multe ori (aceasta din urmă) administrată nefondat și fără scop în interese subiective. Dorința bolnavului de a i se grăbi moartea este uneori determinată de o stare depresivă, subiectivă, care-l privează de posibilitatea evaluării corecte și obiective a propriei sale ființe. Iar „dreptul la moarte“ se poate transforma cu ușurință într-o amenințare la adresa vieții pacienților pentru al căror tratament nu există suficiente mijloace materiale. Îndemnul Apostolului Pavel „*purtați-vă poverile unul altuia și așa veți împlini legea lui Hristos*“ (Galateni 6, 2), este datoria umană prin care se realizează voia lui Dumnezeu, din marea poruncă a dragostei creștine.

Bibliografie

- Avdeev, D., *Psihiatria pentru duhovnici*, Ed. Cartea ortodoxă, București, 2011, 215 p.
- Braniște, E., *Liturgica generală*, Ed. I.B.M.B.O.R., București, 1993, 783 p.
- Breck, J., *Darul sacru al vieții: tratat de bioetică*, Ed. Patmos, 2007, Cluj-Napoca, 341 p.
- Dominique, J., *Manuel des soins palliatifs*, Ed. Dunod, Paris, 2001, 776 p.
- Idem, *Éthique des soins palliatifs*, Ed. Dunod, Paris, 2004, 156 p.
- Eșanu A., *Repere bioetice ale tratamentului paliativ*, Bioetica, Filosofia, Economia și Medicina în satratagia de asigurare a securității umane, materialele Conferinței a XIII-a Științifice Internaționale 6-7 martie 2006, red. resp. Teodor N. Țirdea, CEP „Medicina“, Chișinău, 2006, p. 69-77.
- Istoria și Filosofia Culturii*, coord. Socolov Grigorie, Tipografia Centrală, Chișinău, 1998, 398 p.
- Kemp, C. E., *Le malade en fin de vie. Guide des soins palliatifs*, Ed. De Boek Universite, Bruxelles, 1997, 438 p.
- Kubler-Ross, E., *Les derniers instants de la vie*, Ed. Labor et Fides, Genève, 1975, 280 p.

Idem, *Vivre avec la mort et les mourants*, Ed. Tricorne-du Rocher, Genève, 1997, 208 p.

Ojovanu, V., *Axiologia și Medicina: dimensiuni teoretico–metodologice*, Ed. UASM, Chișinău, 2012, 304 p.

Schaerer, C., Kolodie, H., Racinet, P., *Soins palliatifs en cancérologie et la phase terminale*, Ed. Doin, Paris, 1987, 225 p.

Țîrdea, T. N., *Elemente de Bioetică*, Ed. Univers pedagogic, Chișinău, 2005, 176 p.

Арьес Ф., *Человек перед лицом смерти*, Прогресс-Академия, Москва, 1992, 528 с.

Бэкон Ф., *Сочинения в 2-х томах*. Т.1., Мысль, Москва, 1972, 590 с.

Гиппократ, *Избранные книги*; Пер.с греч.В.И.Руднева, “Сварог”, Москва, 1994, 736 с.

Зильбер А., *Трактат об эвтанази*, Петр. ГУ, Петрозаводск, 1998, 464 с.

Сондерс С., *Помощь умирающим*, Здоровье мира, 1982, № 11, С.16-19.