



**Capała Agnieszka,
Elżbieta Krajewska-Kulak, Jolanta Lewko**

**POSTAWY PERSONELU PIELEŃNIARSKIEGO WOBEC
STOSOWANIA UPORCZYWEJ TERAPII W PRZYPADKU
PACJENTÓW LECZONYCH W WARUNKACH
HOSPICJUM STACJONARNEGO**

**POSTAWY PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO
WOBEC STOSOWANIA UPORCZYWEJ TERAPII
W PRZYPADKU PACJENTÓW LECZONYCH
W WARUNKACH HOSPICJUM STACJONARNEGO**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



**POSTAWY PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO
WOBEC STOSOWANIA UPORCZYWEJ TERAPII
W PRZYPADKU PACJENTÓW LECZONYCH
W WARUNKACH HOSPICJUM STACJONARNEGO**

Mgr Agnieszka Capała
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak
Dr hab. n. o zdrowiu Jolanta Lewko

Białystok 2023

Recenzenci monografii

Dr hab. n. o zdr. Katarzyna Van Damme-Ostapowicz

Western Norway University of Applied Sciences, Faculty of Health and Social Sciences,
Førde, Norway

Dr n. med. Anna Ślifirczyk

Uniwersytet Przyrodniczo Humanistyczny w Siedlcach
Wydział Nauk Medycznych i Nauk i Zdrowiu
Instytut Nauk o Zdrowiu

ISBN 978-83-67454-45-2

Wydanie I
Białystok 2023

Opracowanie graficzne: wykorzystano zdjęcie zakupione w CanStock Photo

Monografia powstała na bazie wyników pracy magisterskiej
mgr Agnieszki Capały.

Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny, do celów
naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.

Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Druk:

RobotA Piotr Duchnowski, Zaścianki 6, 15-521 Zaścianki

DEDYKACJA

Monografię dedykuję mojemu mężowi, dzieciom i rodzicom.

Bez ich nieocenionego wsparcia i morza cierpliwości

ta praca by nie powstała.

*Umrę tak jak chcę.
To moja choroba, moja śmierć i mój wybór
Jenny Downham*

WYKAZ AUTORÓW

Mgr Agnieszka Capała

Oddział Kardiologii, Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr hab. n. o zdrowiu Jolanta Lewko

Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

SPIS TREŚCI

Wykaz Skrótów.....	13
Wstęp.....	15
Medyczny aspekt śmierci.....	17
Rys historyczny postaw wobec śmierci człowieka	19
Autonomia pacjenta.....	22
Protokół DNAR.....	25
Podstawowe elementy odnoszące się do śmierci pacjentów.....	27
Uporczywa terapia.....	31
Terapia daremna - nowe wytyczne.....	36
Cel pracy.....	39
Materiał i metodyka badań.....	40
Charakterystyka grupy badanej.....	43
Wyniki	45
Podsumowanie.....	58
Wnioski	65
Postulaty.....	66
Wykaz piśmiennictwa.....	67

WYKAZ SKRÓTÓW

CFS	<i>Clinical Frailty Scale</i> skal kruchości
DNAR	<i>Do Not (Attempt) Resuscitat(ion)</i> deklaracja podpisywana przez pacjenta przed operacją w przypadku jego prośby o niepodejmowanie przez lekarzy resuscytacji w momencie zatrzymania u niego krążenia krwi lub oddechu
PEG	przezskórna gastrostomia odżywcza
TIP	Towarzystwa Internistów Polskich
WHO	<i>World Health Organization</i> Światowa Organizacja Zdrowia

WSTĘP

*Umieranie jest straszne tylko wtedy,
kiedy trwa długo i jest tak bolesne, że upokarza człowieka.
Ernest Hemingway, Komu bije dzwon*

Od pewnego czasu na świecie obserwuje się stale postępujący rozwój dotyczący zarówno działań z zakresu świadczeń medycznych, jak również postrzegania życia i nieuchronnej śmierci człowieka. Jednak w kontekście samego postępowania terapeutycznego dostrzeżono szereg możliwości pozwalających na leczenie nawet ciężkich postaci schorzeń. W konsekwencji powyższe doprowadziło do znacznego wydłużenia życia i opracowania innowacyjnych metod pozwalających ratowanie pacjentów, którzy dawniej nie mieli by możliwości przeżycia. Jednak za postępem i możliwościami wydłużania życia idą również problemy dotyczące kwestii moralnych i etycznych. Obserwuje się, że w warunkach szpitalnych, prawie w każdym przypadku, przed stwierdzeniem zgonu podejmuje się próby reanimacji chorych. W związku z tym, w przypadku stosowania ich u pacjentów w stanie terminalnym, są podważane możliwości wynikające z podtrzymywania życia poprzez zastosowanie specjalistycznej aparatury medycznej niejednokrotnie [1].

Poddając analizie słowa polskiego lekarza-naukowca Andrzeja Szczeklika, który pisał, że: „*Lekarze skupieni na eskalacji arcykosztownej terapii poddają się na samym końcu-po rodzinie i pielęgniarkach. Lekarska etyka «do rangi najwyższej zasady wyniosła bowiem imperatyw, na przekór wszelkim przeciwnościom losu»*” [2], można wywnioskować, że współczesna medycyna koncentruje się głównie na osiągnięciu pewnego celu, którym jest ratowanie życia, co często odbywa się to za wszelką cenę i mimo niskich szans na wyzdrowienie. Niezbędne jest zatem przeanalizowanie możliwości personelu i potencjalnych szans chorego, aby uniknąć nadmiernego męczenia pacjentów. Ważne jest to z tego względu, że każdy człowiek ma prawo do godnego umierania, bez bólu, nerwów i niepotrzebnego cierpienia. Nadmierne wprowadzanie działań, mimo wielu możliwości i dostępności metod terapeutycznych, w pewnym momencie powinno ograniczyć się do cierpliwego i nieuchronnego oczekiwania końca [3].

W chwili obecnej podstawowym kryterium, które jest brane pod uwagę podczas leczenia jest przede wszystkim możliwość uniknięcia zgonu pacjenta, jak również potencjalne odwrócenie zmian wynikających z uszkodzenia, bądź niewydolności któregoś z narządów

lub układów. Ważne jest tu, jak już wcześniej wspomniano, dogłębne zapoznanie się z indywidualnym przypadkiem chorego i przeanalizowanie korzyści wynikających z leczenia w stosunku do potencjalnych strat. Odnosi się to przede wszystkim do pacjentów w przypadku których wszelkie metody terapeutyczne zostały już wykorzystane, a dalsze leczenie może jedynie odłożyć w czasie nieuniknioną śmierć. Mowa tu o uporczywej (daremnej) terapii, która stosowana długotrwale wynika niejednokrotnie z potrzeby serca rodziny, a prowadzi jedynie do obciążającej agonii chorego [4].

Uporczywa terapia jest niczym innym jak stosowaniem takich działań i procedur medycznych, które podtrzymują jedynie podstawowe funkcje życiowe pacjentów, co przekłada się na znaczne wydłużenie procesu umierania nieuleczalnie chorych osób. Stosowanie daremnego leczenia nie poprawia kondycji takich pacjentów, lecz generuje nadmierne cierpienie, co pozbawia taką osobę możliwości godnego umierania [5].

Analizując powyższe nie należy też brać zbyt dosadnie stwierdzeń dotyczących wprowadzania zbędnych procedur medycznych. Uporczywa terapia dotyczy bowiem jedynie działań które sztucznie i zbędnie przedłużają agonię pacjenta, lecz w dalszym ciągu pacjent wymaga podejmowania wszelkich procedur z zakresu pielęgnacji żywienia i nawadniania. Nie można pozbawiać chorego podstawowych potrzeb życiowych, lecz dbać o niego w ostatnich chwilach życia, bez generowania zbędnego cierpienia [6].

Jak można wnioskować po zapoznaniu się z powyższym, gro specjalistów może mylnie interpretować pojęcia związane z ratowaniem życia i stosowaniem działań, które mają charakter uporczywej (daremnej) terapii.

Z jednej strony personel medyczny jest zobligowany do tzw. „walki do końca”, a z drugiej zaś musi zważać na autonomię i szacunek człowieka, umożliwiając mu skorzystanie z prawa do godnej śmierci. Wiele osób ma problem z wyznaczeniem tej cienkiej granicy, która dzieli ratowanie życia od zbędnych działań, które powinny być już zaprzestane.

Powyższe opracowanie ma na celu określenie i usystematyzowanie pojęć związanych ze śmiercią, godnym umieraniem i uporczywą terapią, co pozwoli na potencjalne podniesienie świadomości społeczeństwa w tym zakresie. Ponadto ocenie poddano wiedzę personelu medycznego na temat działań z zakresu uporczywej terapii, biorąc pod uwagę ich stosunek do śmierci i umierania.

MEDYCZNY ASPEKT ŚMIERCI

Straszna jest nie sama śmierć.

Straszne jest jej oczekiwanie.

Dmitry Glukhovsky, Metro 2033

Od zarania dziejów liczni publicyści starali się jednoznacznie zdefiniować czym tak naprawdę jest śmierć [7]. Z medycznego punktu widzenia, w kierunku którego przez lata najczęściej się skłaniali się przedstawiciele personelu medycznego, śmierć oznacza moment stwierdzenia nieodwracalnego ustania czynności oddechowej oraz krążenia krwi. Zgon możliwy był do stwierdzenia na podstawie takich kryteriów jak:

- brak czynności mózgu,
- zatrzymanie akcji serca a tym samym krążenia,
- brak odruchów,
- ochłodzenia organizmu,
- zaobserwowania charakterystycznych plam opadowych na ciele człowieka [7].

Jednak rozwój medycyny i opracowanie szeregu nowych możliwości terapeutycznych spowodowało, że mimo ustania funkcji życiowych organizmu i stwierdzenia tzw. śmierci klinicznej, pacjent miał możliwość przeżyć dzięki prawidłowo prowadzonej resuscytacji krążeniowo-oddechowej, zastosowaniu niezbędnej farmakoterapii, jak również zastosowaniu procedur z użyciem specjalistycznej aparatury podtrzymującej funkcje życiowe organizmu. O powodzeniu działań zwykle decydował ośrodkowy układ nerwowy, który podejmując samodzielną pracę pozwalał na stwierdzenie, że pacjenta utrzymano przy życiu.

Patrząc na śmierć przez pryzmat medycyny należy, jak już wcześniej wspomniano, rozróżnić jej dwa podstawowe typy, a mianowicie śmierć kliniczną oraz biologiczną. Pierwszy rodzaj śmierci dotyczy zaniku podstawowych funkcji życiowych, takich jak np. akcja serca, samodzielny oddech, czy też krążenie krwi w naczyniach krwionośnych. Należy tu jednak zaznaczyć, że w tym przypadku możliwe jest jeszcze zaobserwowanie pracy mózgu, poprzez potwierdzenie jej za pomocą encefalografu. Drugi rodzaj śmierci odnosi się do zaprzestania pracy mózgu, a tym samym ośrodkowego układu nerwowego, co można stwierdzić na podstawie płaskiego zapisu EEG (encefalografu) [8].

W przypadku braku samodzielnej czynności mózgu, mimo podtrzymania krążenia i sprawności układu oddechowego, dzięki stosowaniu respiratoterapii, lekarze zwykle

decydują się na stwierdzeniu śmierci osobniczej, czego przejawem jest śmierć mózgu. Ma to bowiem naukowe uzasadnienie. Jak wiadomo ośrodkowy układ nerwowy, a raczej mózg, odpowiada za wszelkie procesy zachodzące w Naszym organizmie. Po zaprzestaniu pracy tego organu człowiek nie jest w stanie samodzielnie, bez pomocy specjalistycznej aparatury, sam podejmować jakąkolwiek czynność (chodzi tu o podstawowe funkcje życiowe jak oddychanie, prace serca czy też poruszanie się) [8].

Mówiąc o śmierci biologicznej należy zaznaczyć, że jest to stan nieodwracalny, nie ma już powrotu, a po upływie pewnego czasu dochodzi do pojawienia się znamion śmierci [8].

RYS HISTORYCZNY POSTAW WOBEC ŚMIERCI CZŁOWIEKA

Każdy ma swoją śmierć.

Ona idzie za nami wszędzie, przez całe życie, krok w krok.

Philip Pullman, Bursztynowa luneta

Mówiąc o śmierci chorego jedynie w aspekcie medycznym, to tak jakby nie mówić o niej w ogóle. Okoliczności, w których umiera pacjent chory przewlekłe, szczególnie w warunkach szpitalnych, są odbierane przez opinię publiczną na kilka różnych sposobów. Nie ma jednej postawy wobec osoby umierającej, jak również nie ma jednego nastawienia do postrzegania śmierci wyłącznie w aspekcie medycznym. Jest to związane przede wszystkim z wciąż obecnym chaosem dotyczącym terminologii i brakami w wiedzy, szczególnie specjalistycznej. Jednak jedno pozostaje niezmiennie - śmierć jest faktem, który nie zmienia się, bez względu na to jak na nią patrzymy [9].

Od zawsze jednak wiadomo, że śmierć i związany z nim kres życia, jest zjawiskiem nieodłącznym. Jak twierdził Benjamin Franklin - na świecie pewne są tylko śmierć i podatki. Mimo to, każdy odczuwa lęk przed śmiercią i bez względu na narodowość, czy też wiek, ten lęk przed nieznanym towarzyszy każdemu [9].

Rozumieniem śmierci interesowały się już starożytne społeczności. Analiza dokumentacji pochodzącej z VII wieku p.n.e. dowodzi, że mieszkańcy Chin podjęli próby zdefiniowania czym jest śmierć we właściwym czasie (*shou*), od tej przedwczesnej (*yao*) [9].

Starożytni koncentrowali się również na rozgraniczeniu, czy śmierć nastąpiła szybko, czy też odwlekała się w czasie. Rozróżnieniem powyższego po raz pierwszy zajął się Kratinos, grecki poeta, który żył w V wieku p.n.e. Wprowadził on do słownika pojęcie zwane „*euthanatos*”, które oznaczało nic innego, jak człowiek, który zmarł nagle, bez odczuwania nieprzyjemnych dolegliwości pod postacią bólu czy też cierpienia. Temu terminowi zaczęli się przyglądać inni badacze, a w konsekwencji też przedstawiciele różnych środowisk, co doprowadziło do pożądanego godnej, szybkiej śmierci [10].

Mimo rozwoju cywilizacji i postępu medycyny tęsknota za szybką, godną i bezbolesną śmiercią nie ustała. Średniowieczni obywatele świata, a w szczególności Europy zaczęli przeplatać tematy śmierci w swoich dziełach. Szczególną uwagę skierowano ku nowemu postrzeganiu śmierci, jakim była sztuka umierania (*ars moriendi*). Przykładem świadczącym

o stale rosnącym zainteresowaniu śmiercią był rękopis pochodzący z XV wieku, zatytułowany *Dialog Mistrza Polikarpa ze śmiercią*. Coraz chętniej przytaczany temat śmierci i umierania stanowił dla ówczesnego społeczeństwa coś w rodzaju terapii, polegającej na oswajaniu z tym trudnym i przez wielu uznawanym za kontrowersyjny tematem. Liczni autorzy koncentrowali się na pojmowaniu kresu życia, jako początku czegoś nowego, związanego z pojednaniem z Bogiem, co może być zrealizowane jedynie dzięki moralnemu życiu bez grzechu co w konsekwencji pozwoli na późniejsze zbawienie [11].

Z biegiem czasu, w związku z rosnącym zainteresowaniem społeczeństwa, podejmowano próby zgłębienia tematyki śmierci, eutanazji oraz godnego umierania. Tak też stało się w przypadku Francisa Bacona, który w 1605 roku skierował uwagę świata na zupełnie nowy temat, związany ze śmiercią wspomaganą, zwany „*eutanasia exteriore*”. Przytoczone określenie definiowało podejmowanie takich działań medycznych, które wspomagają szybką i łagodną śmierć w przypadku osób, obciążonych chorobami nieuleczalnymi, jednak odnosił się jedynie do działania medyków. Jednak głębiej tej tematyce pochylił się Karol Darwin oraz popierający jego poglądy Ernest Hackler. Pierwszy skłaniał się do postrzegania człowieka jako istoty, będącej elementem tzw. „strumienia życia”, a drugi negował społeczny upór przedłużania życia starców i chorych poprzez umieszczanie ich w przytułkach. Hackler zwracał szczególną uwagę na to, że jest to proces co najmniej nienaturalny, gdyż dawniej osobnicy słabi lub chorzy byli po prostu eliminowani, co miało uchronić całe stado przed zagrożeniem wynikającym z osłabienia i spowolnienia grupy (selekcja naturalna). Jego zdaniem rozwijające się społeczeństwo domaga się sztucznej selekcji, co jedynie odwraca uwagę lekarzy od realnych potrzeb [12].

Początek XX wieku przyniósł za sobą rozpoczęcie działania organizacji, które zajmowały się kwestią eutanazji. Inicjatorem tworzenia stowarzyszeń proeutanatycznych była Wielka Brytania, w której w 1935 roku utworzono *Voluntary Euthanasia Legalization Society*. Za tym przykładem poszły kraje USA, gdzie niespełna trzy lata później powstało *Euthansia Society of America* [13].

W okresie międzywojennym zaobserwowano znaczny wzrost działań z zakresu eutanazji. Powstanie Trzeciej Rzeszy zaowocowało dokonaniem eutanazji w przypadku około 6000 dzieci (niektóre źródła podają, że nawet 8000) i 90 tysięcy dorosłych, u których rozpoznano znaczną niepełnosprawność ruchową i/lub psychiczną, wymagającą całodobowej opieki nad tymi osobami. W ten sposób próbowano dokonać selekcji sztucznej, o której mówiono na początku niniejszego opracowania. Działania te prędko spotkały się ze sprzeciwem, uważając je za niehumanitarne. W ten sposób w 1945 roku doszło

do Procesu Norymberskiego, który zajął się sprawą zbrodniarzy niemieckich i ukrócił proceder masowego mordów ludzi, pod przykrywką „dobrej śmierci”. Po tych wydarzeniach w 1948 roku w Paryżu uchwalono Powszechną Deklarację Praw Człowieka, będący swoistym zbiorem praw i zasad, które przysługują wszystkim ludziom bez względu na narodowość, płeć czy też wiek. W dokumencie zawarto ponadto wzmiankę, że każdy ma prawo do życia, z zaznaczeniem, że nikt nie może się samemu go zrzec. Niemożliwe jest również pozbawienia kogokolwiek prawa do życia przez osoby trzecie, co jednoznacznie oznacza brak możliwości przeprowadzania eutanazji. Jednakże Światowa Federacja Stowarzyszeń Praw do Umarłych, powstała w 1980 roku w USA, wciąż stara się nadinterpretować zapisy Deklaracji Praw Człowieka, twierdząc, że każdy człowiek ma prawo do decydowania o własnej śmierci. Wiązało się to bowiem z prawem obowiązującym w Stanach Zjednoczonych Ameryki, które zakłada, że:

- ludzie mają prawo do decydowania o własnym ciele,
- każdy ma prawo do prywatności,
- społeczeństwo ma obowiązek podejmowania działań, zmierzających do uzyskania wolności [13].

AUTONOMIA PACJENTA

*Człowiek - jest to święta rzecz,
której krzywdzić nikomu nie wolno
Stefan Żeromski*

Godność oraz szeroko rozumiana autonomia jest statusem każdego człowieka. Oba pojęcia odnoszą się do statusu, który jest nadawany każdemu od chwili narodzin. Należy tu zaznaczyć, że godność i autonomia ludzka jest jego prawem, którego nie może się wyzbyć, a jest mu ono nadawane przez sam fakt bycia człowiekiem. Prawa obejmują wszystkie sfery życia, tzn.:

- wymiar moralny i duchowy,
- wymiar społeczny,
- wymiar psychiczny,
- wymiar biologiczno-fizjologiczny [14].

Należy jednak zaznaczyć, że posiadanie praw niesie za sobą również szereg obowiązków, które ciąży na każdym człowieku. Jednym z nich jest obowiązek moralny, przez co rozumie się szacunek do innych, wyrażany poprzez sprawiedliwe traktowanie każdego, bez względu na status, pochodzenie lub inne kryteria. Kolejnym obowiązkiem jest dbanie o życie drugiego człowieka, które polega na jego ochronie oraz zapewnieniu bezpieczeństwa słabszym jednostkom [25].

Wszystkie wyżej wymienione aspekty znalazły swoje odzwierciedlenie w dokumentach zajmujących się etyczno-prawną sferą życia [9]:

- Karta Narodów Zjednoczonych (1945)
- Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (10.12.1948)
- Konwencja o prawach politycznych kobiet (1953)
- Deklaracja Praw Dziecka (1959)
- Konwencja w sprawie wyeliminowania wszelkich form dyskryminacji rasowej (1959)
- Międzynarodowe Pakty Praw Człowieka (1966) – Polska ratyfikowała w 1997 roku
- Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet (1979)
- Konwencja przeciwko torturom i innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu lub karaniu (1984)
- Konwencja o prawach dziecka (1989)
- Konwencja o ochronie praw pracowników migrujących i członków ich rodzin (1990)

Każdy z wyżej wymienionych dokumentów niesie za sobą trzy wspólne przesłania, a mianowicie:

1. Każdy człowiek ma prawo do godności, co wynika z samego faktu bycia człowiekiem. Nikt nie może go pozbawić tego prawa jak również nikt mu się może nadać.
2. Godność i autonomia człowieka są jego najważniejszym i podstawowym prawem.
3. Godność nie powinna być jedynie akceptowana i przyjmowana przez pozostałych ludzi. Należy zaznaczyć, że wszyscy mają moralny obowiązek chronić godność każdego człowieka, szczególnie w przypadku osób słabszych i będących w potrzebie [15].

Podsumowując powyższe informacje można stwierdzić, że każdy człowiek ma prawo do decydowania o sobie, co gwarantuje mu wolność wyboru o własnym losie. Pomóc ma mu w tym rozwój techniki i nauki, które w służbie człowiekowi mają dążyć do zagwarantowania niezbywalności praw i integralności dobra jednostki. W związku z tym w świetle prawa działania medyczne, podejmowane na rzecz jednostki, muszą być poprzedzone wyrażeniem przez człowieka świadomej zgody na przeprowadzenie procedur medycznych. W taki sposób jest respektowana autonomia chorego, dając mu prawo do decydowania o sobie w sposób kompetentny, racjonalny i dobrowolny. Wiąże się z tym konieczność uzyskania informacji, czy dany pacjent jest w ogóle w stanie podejmować takie decyzje, co niejednokrotnie jest przyczyną sporów [15].

Autonomia pacjenta ma jednak swoje pewne ograniczenia. Jest nim np. autonomia lekarza, zgodnie z którą może on kierować procesem leczenia i zdrowienia chorego zgodnie ze sztuką lekarską i zawodowym etosem. Jednak we wszystkich tych działaniach nigdy nie powinien on zapominać o tym, że pacjent ma prawo do uzyskiwania informacji o podjętych procedurach, wynikach badań i innych aspektach leczenia. Warto zaznaczyć, że w tym wszystkim autonomia lekarza pozwala mu na skorzystanie z tzw. przywileju terapeutycznego, który zgodnie z brzmieniem zapisu w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty dopuszcza uniknięcie przekazania pełnej informacji o stanie zdrowia i rokowaniu choremu, pod warunkiem, że potencjalne korzyści z tego faktu przeważają koszty poniesione z udzielenia pełnej informacji. Należy tu zaznaczyć, że lekarz nie ma prawa okłamywać chorego, jedynie może przemilczeć pewne fakty [16].

Pacjenci, zgodnie z zasadą autonomii mają pewne prawo, jak już wcześniej wspomniano, do decydowania o podejmowanych w jego przypadku działaniach terapeutycznych np. jakie leczenie zostanie wdrożone, o ile w danym przypadku nie istnieje tylko jedna forma terapii. Tą samą stroną obrał Kościół Katolicki, zgodnie z nauką którego

każdy człowiek może decydować o własnym stanie zdrowia, które lekarz powinien uszanować. W momencie, gdy zespół terapeutyczny ma do czynienia z chorym nieprzytomnym, zgodnie z zasadami etyki lekarz zobowiązany jest przyjąć najbardziej optymalną formę leczenia. W takich przypadkach to medycy określają, kiedy zacząć, a kiedy zakończyć wszelkie czynności medyczne przy chorym i pozwolić mu na godną i spokojną śmierć [17].

Autonomia pacjenta, w szczególności nieprzytomnego, może być egzekwowana, za pośrednictwem oświadczenia woli (dyrektywy na przyszłość), nazywanego *Pro Futuro*. Ważne jest, aby takie oświadczenie było sporządzone i podpisane odpowiednio wcześniej, kiedy pacjent jest przytomny i w pełni świadomy swoich czynów. Do tego typu dyrektyw zalicza się:

1. Testament życia stanowiący oświadczenie pierwszej generacji. Dotyczy on bowiem wyraźnych dyspozycji chorego, co ma się z nim dzieć, w przypadku braku możliwości samodzielnego podejmowania decyzji (chory nieprzytomny) w chwili stwierdzenia stanu dającego małe szanse na samodzielne przeżycie bez użycia aparatury medycznej.
2. Stałe pełnomocnictwo stanowiące oświadczenie drugiej generacji, zgodnie z którym chory ma prawo do wskazania, kto może decydować o jego stanie zdrowia w przypadku braku możliwości samodzielnego podejmowania decyzji.
3. Oświadczenia trzeciej generacji stanowiące dyspozycje, które znacznie wykraczają poza znacznie rozwiniętą chorobę, np. przetaczanie krwi, intubacja lub ewentualna amputacja kończyn. Oznacza to nic innego, jak wyrażenie lub nie zgody na daną procedurę medyczną, która mogłaby się odbyć w przyszłości [18].

Prawo polskie jednak nie przewiduje składania deklaracji *Pro Futuro*. Nie ma też jednoznacznych przepisów, mówiących o zakazie respektowania takich dokumentów. Artykuł 9 Europejskiej Konwencji Bioetycznej nakazuje bowiem „branie pod uwagę” decyzji, które pacjent podjął będąc zdrowym, składając powyższe oświadczenie. Rozumie się przez to, że zespół terapeutyczny w sprawach spornych może się posilkować wolą chorego. Jednak samo oświadczenie nie zmusza lekarzy do podejmowania działań, które narzucił pacjent. Nie respektując oświadczenia lekarze muszą jednak określić, że analizowali oświadczenie woli chorego [19].

PROTOKÓŁ DNAR

Światło i mrok.

Życie i śmierć.

Gdzie jest moje miejsce?

Sarah J. Maas, Szklany tron

Szczególnym rodzajem dyrektywy na przyszłość jest podpisanie przez pacjenta, np. przed planowanym zabiegiem, deklaracji DNAR (ang. *Do Not Attempt Resuscitation*). Ten rodzaj oświadczenia woli jest zazwyczaj wybierany w przypadku operacji, które roszą bardzo źle lub istnieje duże ryzyko, że chory się nie wybudzi i pozostanie w śpiączce długi czas albo wręcz będzie zdany na pomoc osób trzecich do końca życia. Należy tutaj wspomnieć o tym, że taki protokół może być podpisany przez obywateli Francji, Holandii, czy też USA [20,30].

W Polsce nie ma do tej pory żadnych regulacji prawnych, pozwalających na oświadczenie woli tego typu. Lekarze, mają prawo, zgodnie z art. 32 ust. 1 i 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej odstąpić od czynności reanimacyjnych w przypadku chorych, których stan jest określany jako terminalny [20,23]:

- „1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.
- 2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych”.

Z kolei art. 30 mówi: „Pomoc chorym w stanach terminalnych Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia”, a art. 31. „Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa” [20,23].

Mimo tego, że prawo pozwala lekarzom na podjęcie decyzji o zaprzestaniu reanimacji, jest to wciąż bardzo kontrowersyjny temat. Medycy często się zastanawiają, kiedy można uznać, że pacjent nie ma żadnych szans na przeżycie, a dalsze działania jedynie spotęgują ból u osoby umierającej. Ważne jest zatem, aby w Polsce, podobnie jak wielu krajach zachodnich, wprowadzić możliwość podpisania deklaracji DNAR. Wówczas, po zapoznaniu się ze wszystkimi aspektami leczenia, możliwościami terapeutycznymi oraz rokowaniem zarówno pacjent jak też zespół terapeutyczny będzie w stanie zdecydować, co robić dalej.

Często do śmierci pacjenta dochodzi w chwili, gdy na oddziale jest jedynie lekarz dyżurny, nie znający chorego. Wówczas górę mogą brać emocje, które nakazują ratowania życia za wszelką cenę, mimo że chory umiera wówczas w niewyobrażalnym bólu [21].

PODSTAWOWE TERMINY ODNOSZĄCE SIĘ DO ŚMIERCI PACJENTÓW

*Dopiero kiedy ktoś umiera, człowiek zauważa,
że ta osoba dużo dla niego znaczyła.
Albo że nie znaczyła nic.
I to, że zostaje po niej pustka.
Albo że dalej można żyć tak, jakby nic się nie stało.
Marliese Arold, Angel - dziecko ulicy*

Stale obserwowany rozwój medycyny spowodował, że coraz rzadziej dochodzi do sytuacji, w których pacjenci umierają śmiercią nagłą. Sprawia to, że o lekarze walczą o życie do samego końca, co wpływa na znaczne wydłużenie procesu umierania. Sytuacja powyższa stworzyła potrzebę rozwoju miejsc, które pomagają w sprawowaniu opieki nad takimi pacjentami. Należą do nich przede wszystkim ośrodki zajmujące się sprawowaniem opieki paliatywnej. Zgodnie z definicją, którą zaproponowała Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization*, WHO) opieka paliatywna jest podejmowaniem działań mających na celu poprawę postrzegania jakości życia przez pacjentów oraz członków ich najbliższego otoczenia, którzy stanęli przed obliczem nadchodzącej śmierci w wyniku nieuleczalnej choroby. Należą do nich przede wszystkim ograniczenie cierpienia za pomocą znoszenia dolegliwości bólowych jak również identyfikacja i ograniczanie innych symptomów somatycznych. Takie postępowanie ma za zadanie również wpłynięcie na sferę emocjonalną i duchową, co w zamyśle pomaga w godnym oczekiwaniu na śmierć [22].

Prekursorem opieki paliatywnej, która dała początek medycynie paliatywnej, jest Wielka Brytania, a brytyjczycy stworzyli koncepcję opieki nad osobami, które są nieuleczalnie chorzy. Po raz pierwszy, słowo hospicjum, oddające sens miejsca, w którym miała by się odbywać opieka nad takimi pacjentami, zostało użyte w 1842 roku przez francuskiego patrologa Jeanne'a Gardiera [23]. Stało się to punktem zapalnym dla dalszego eksplorowania tej dziedziny, co z biegiem czasu intensywnie ewoluowało i doprowadziło do utworzenia standardów postępowania z pacjentami w stanie terminalnym. Niestety, mimo rosnącego zapotrzebowania na hospicja i medycynę paliatywną w społeczeństwie wciąż obserwuje się swoiste tabu dotyczące śmierci. Ludzie boją się podejmować tego tematu,

utożsamiając go z nieuchronnością swojego końca. Taka sytuacja prowadzi do licznych wątpliwości i pomyłek dotyczących samej terminologii śmierci jak również jej przyczyn. Ma to szczególne znaczenie w przypadku placówek medycznych, gdzie funkcjonują takie pojęcia jak eutanazja, dystanazja czy też ortotanazja- Tabela 1 [24].

Tabela 1. Definicje eutanazji, dystanazji, ortotanazji

DEFINICJE	
EUTANAZJA CZYNNA	celowe i przemyślane działanie lekarza podjęte na żądanie chorego i pod wpływem współczucia dla niego w celu spowodowania jego śmierci, jeśli nastąpi ona wcześniej niż z przyczyn naturalnych
EUTANAZJA BIERNA	celowe i przemyślane zachowanie się lekarza podjęte pod wpływem współczucia dla chorego i na Jego żądanie, polegające na zaprzestaniu wobec chorego środków i procedur utrzymujących go przy życiu, przy czym śmierć następuje wcześniej niż z przyczyn naturalnych
WSPOMAGANE SAMOBÓJSTWO	dostarczenie przez lekarza choremu środków niezbędnych dla dokonania aktu zakończenia życia, szybciej niż z przyczyn naturalnych
DYSTANAZJA	utrzymywanie pacjenta przy życiu dzięki koniecznemu i ciągłemu zastosowaniu środków nadzwyczajnych
ANTYDYSTANAZJA	odłączenie od aparatury podtrzymującej życie kiedy obumrze pień mózgu (ale pozostaje akcja serca, oddech); także wówczas kiedy obumrze jedynie część mózgu, ale istnieje pewność, że chory nie odzyska już świadomości
ORTOTANAZJA	zaniechanie dalszego sztucznego podtrzymywania życia pacjenta; zaniechanie dystanazji

Rycina 1. Podstawowe pojęcia odnoszące się do śmierci pacjenta [24].

Eutanazja

Słowo *eutanazja* ma swoje korzenie w starożytnej Grecji, gdzie określało ono dosłownie *eu-* łagodną i *thanatos-* śmierć. Wraz z upływem czasu zmieniło się nastawienie do tego pojęcia, nabierało ono nowego znaczenia, aż w końcu uznano, że eutanazja dotyczy sytuacji, w której pomaga się drugiej osobie umrzeć, w celu złagodzenia

i zakończenia jego męki związanej z długotrwałym procesem umierania na skutek nieuleczalnej choroby [26].

Pamiętać należy, że wciąż funkcjonuje kilka definicji tego określenia. Źródła bioetyczne, za czyn eutanatyczny uznają podanie osobie w stanie terminalnym, który na skutek choroby odczuwa duże cierpienie, odpowiednio dużej dawki leku, która przyspieszy jego śmierć w sposób szybki i bezbolesny. Literatura przedmiotu charakteryzuje eutanazję również jako zaprzestanie dalszego leczenia, poprzez zaniechanie podawania leków. Podsumowując powyższe można stwierdzić, że eutanazja jest czynnym i świadomym doprowadzeniem osoby chorej do szybkiej śmierci, co w zamyśle ma skrócić jego cierpienie [27].

Wspólnym mianownikiem wszystkich definicji eutanazji funkcjonujących w literaturze jest chęć pomocy, działania dokonywanego w dobrej wierze, aby ograniczyć cierpienie i dolegliwości bólowe osoby, która i tak w niedługim czasie umrze. Jednak mimo najszerszych chęci osobie, która dokonuje tego czynu, ciężko jest udowodnić, że jego postępowanie jest skierowane na pomoc, ze względu na liczne nadużycia w tej kwestii (szczególnie w przypadku osób niepełnosprawnych). Zgodnie z danymi pochodzącymi ze źródeł historycznych, chorym, którzy wymagali stałej opieki medycznej ze względu na znaczny stopień niepełnosprawności podawano preparaty mające na celu ich szybką śmierć, zasłaniając się dążeniem do ulżenia ich cierpienia, co było wiązane z eutanazją [28].

Dystanazja

Pojęcie dystanazja odnosi się do działań, które mają na celu podtrzymywanie funkcji życiowych za wszelką cenę (tzn. przy wykorzystaniu wszelkich możliwych metod terapeutycznych). Dotyczy ono pacjentów w stanie uważanym za słabo rokujący i na tyle ciężki, że funkcje życiowe by ustały, gdyby nie zastosowanie specjalistycznego sprzętu, które je podtrzymują. Ponadto dystanazja dotyczy tych pacjentów, których stan zdrowia doprowadziłby do szybkiej śmierci, gdyby nie użycie środków nadzwyczajnych, a samo użycie środków zwyczajnych nie wpłynęło by istotnie na przedłużenie życia. Środki o których mowa powyżej mimo zastosowania i zapewnienia ciągłości funkcjonowania narządów i tkanek w przypadku pacjentów u których jest prowadzone postępowanie z zakresu dystanazji nie prowadzą do wyleczenia takich osób, nie sprawiają, że pacjent będzie w stanie samodzielnie funkcjonować. Muszą być one stosowane w sposób ciągły, gdyż bez nich chory umrze. Przykładem takiego postępowania jest np. respiratoroterapia. W niektórych przypadkach wpływa ona jedynie na przedłużenie życia, jednak nie prowadzi bezpośrednio

do wyleczenia. Dystanazja ma swoich zwolenników, jak również przeciwników. Argumenty przemawiające za podtrzymywaniem funkcji życiowych opierają się na przypuszczeniu, że dalsze próby ratowania życia mogą sprawić, że w międzyczasie zostanie wynaleziony lek pozwalający na poprawę stanu zdrowia chorego wymagającego terapii z użyciem środków nadzwyczajnych. Kontrargumentem jest zaś wysoki koszt takich procedur, które i tak nie gwarantują, że uda się utrzymać chorego przy życiu. Zwolennicy dystanazji jednak nie przyjmują tłumaczeń opierających się na względach ekonomicznych [29].

Ortotanazja

Ortotanazja jest terminem przeciwnym do dystanazji. Zgodnie z założeniem polega na zaprzestaniu stosowania procedur podtrzymujących życie chorego przy użyciu środków nadzwyczajnych. O ortotanazji można mówić, gdy chory jeszcze żyje, lecz po odłączeniu go od respiratora wszelkie funkcje ustroju ustaną [24].

Prekursorem tego terminu był Boskan di Liegi, który w 1950 roku określił ortotanazję mianem godnej śmierci. Zgodnie z jego założeniem, należy umożliwić chorym spokojne odejście, bez zbędnego przedłużania życia, które jedynie potęgować może ból i cierpienie, a nie wpłynie na proces zdrowienia i na pewno nie sprawi, że pacjent wróci do sprawności.

Aby można było mówić o ortotanazji muszą zostać spełnione takie warunki jak:

- pacjent w stanie terminalnym musi zostać otoczony należyłą opieką, polegającą na zapewnieniu ulgi w cierpieniu,
- okres śmierci pacjenta powinien być traktowany jako wydarzenie osobowe,
- chory u kresu swojego życia powinien mieć możliwość umrzeć świadomie z zachowaniem należytej godności,
- pacjent w ostatnich chwilach swojego życia powinien mieć zapewnioną opiekę duchownego i ile jest on osobą wierzącą i tego potrzebuje,
- choremu należy zapewnić terapię przeciwbólową, co w ostatnich chwilach wpłynie korzystnie na jego jakość życia [30].

Godna śmierć może zostać uzyskana m.in. dzięki zaprzestaniu walki o życie ludzkie za wszelką cenę. Mowa tutaj bowiem o odstąpieniu od tzw. uporczywej terapii. Zgodnie z założeniem ortotanazji wszelkie wysiłki, które jedynie sztucznie podtrzymują życie wpływają wyłącznie na znaczne pogorszenie jakości umierania i kolidują z naturalnym przebiegiem śmierci. Umieranie jest rozumiane jako fakt, którego nie sposób jest uniknąć. Każda istota żywa po jakimś czasie umiera, a procesu tego nie należy bezużytecznie opóźniać w czasie.

UPORCZYWA TERAPIA

*Prawdziwym zadaniem
medycyny jest [bowiem] w miarę możliwości leczyć,
a zawsze zapewniać opiekę
Jan Paweł II, Człowiek chory zawsze zachowuje swą godność*

Wprowadzenie

Procedury medyczne w przypadku pacjentów w stanie krytycznym i terminalnym są zintegrowane z ciągłym podejmowaniem decyzji dotyczących potencjalnych korzyści i strat dla takiego postępowania. Stałej ocenie w takich przypadkach poddawany jest sens korzystania ze specjalistycznej aparatury podtrzymującej funkcje życiowe organizmu. Pod uwagę są wówczas brane szanse na przeżycie chorego oraz jego obecna jakość życia i dolegliwości które towarzyszą mu w ostatnich etapach jego istnienia [31].

Ostatnie chwile życia pacjentów to również ciągła próba pogodzenia ze sobą wciąż istniejących sprzeczności. Z jednej strony deklaruje się, że w przypadku osób u kresu swojego życia będzie się o nich dbać, starać się uśmierzyć ból i znieść inne dolegliwości, że będzie się towarzyszyć im w ostatnich chwilach życia. Z drugiej jednak temat śmierci i umierania wciąż stanowi pewne tabu, unika się go. Przejawem tego jest chociażby obserwowane przez socjologów wypieranie z opinii publicznej osób umierających. Obie te sprzeczności są obserwowane w przypadku podejmowania leczenia osób w stanie terminalnym - niby społeczeństwo szanuje proces umierania, pozwalając chorym na godne odejście z tego świata, jednak od lekarzy wymaga się, aby walczyli o życie ludzkie do samego końca. Taka postawa sprawia, że medycy są zmuszeni do uporczywego dążenia do ratowania osób, którym należało by pozwolić na godną, spokojną śmierć [32].

Innym przejawem sprzeczności, jak już wcześniej wspomniano, jest izolacja osób w stanie terminalnym. Chorzy u kresu swego życia skazani są na śmierć z dala od bliskich, w hospicjach. Pozbawieni są oni duchowego wsparcia, które tak ważne jest na tym etapie życia. Dzieje się tak dlatego, że społeczeństwo stara się wyprzeć ich umieranie, ponieważ śmierć, szczególnie osób które obciążone są nieuleczalnymi schorzeniami, jest traktowana jako porażka systemu, nieumiejętność pomocy własnym obywatelom. Takie postrzeganie pensjonariuszy hospicjum potęgują nagłówki gazet informujące o śmierci kogoś znanego [32]. Powyższe doprowadziło głównie do „swoistej pułapki pojęciowej, związanej

z zaprzestaniem kontynuowania leczenia osób w stanie terminalnym”, polegającej na tym, że społeczeństwo mylnie odbiera stosowanie terapii daremnej, z uwagi na mnogość definicji przypisywanych temu pojęciu, co jedynie potęguje chaos [33].

Definicje

W języku polskim najczęściej stosuje się pojęcie uporczywej terapii, co dla wielu może mieć negatywne zabarwienie [33].

Anglojęzyczne piśmiennictwo cechuje się raczej skłanianiu w kierunku pojęcia stosowania terapii daremnej, co wiąże się z jego lepszym odbiorem przez społeczeństwo [33].

W języku polskim słowo daremny oznacza nic innego jak „bezwartościowy, nie dający szans ani wyników” i co za tym idzie, stosowanie terapii daremnej jest pojmowane jako podejmowanie działań, które są daremne, nie owocujące w przyszłości żadnymi pozytywnymi rezultatami, a wręcz bezsensowne [34].

Termin „uporczywy” jest na tyle wieloznaczny, że można za uporczywe uznać nie tylko stosowanie terapii daremnej, ale również stosowanie chociażby procedur w zakresie Oddziałów Intensywnej Terapii (OIT), gdzie pacjenci są ratowani za pomocą specjalistycznej aparatury medycznej. Należy tutaj rozróżnić cel takiego postępowania. W przypadku chorych przebywających na OIT dąży się do potencjalnego odwrócenia negatywnych następstw choroby, np. będącej skutkiem wypadku komunikacyjnego. Wszelkie działania podejmowane w tym przypadku mają widmo uchylania śmierci pacjenta. Są szanse na odwrócenie skutków wypadku i wypisanie chorego do domu po zakończonym procesie terapeutycznym. Należy więc zaznaczyć, że te działania nie są daremne, ponieważ dają szanse na życie w zdrowiu. W przypadku stosowania daremnej terapii, która z definicji jest czymś zbytecznym, dotyczy ona sztucznego podtrzymywania życia, które nie wpłynie na wyzdrowienie chorego, a jedynie odwleka w czasie jego śmierć, która wiązać się będzie jedynie z odczuwaniem bólu i cierpienia. Jednak w literaturze przedmiotu akcentuje się, że niezwykle ciężkie jest określenie, który pacjent przebywający w warunkach OIT i poddawany licznym procedurom medycznym, na wspomaganym oddechu, ma szanse na wyzdrowienie i powrót do domu, a który jest jedynie sztucznie utrzymywany przy życiu, bez widma poprawy stanu zdrowia [35].

W medycznym postępowaniu termin uporczywa terapia odnosi się do takich działań, które mają na celu podtrzymanie funkcji życiowych, jednak bez szans na wyleczenie chorego. Co za tym idzie stosowanie terapii daremnej nie przynosi żadnych korzyści z jej wdrożenia

a wręcz szkodzi, znacznie przekraczając spodziewany postęp. Zamiennie można zastosować w tym przypadku określenie terapii nieproporcjonalnej, to znaczy angażującej takie działania, które nie są adekwatne, są zbyt duże i zbyt natarczywe [15].

W Kodeksie Etyki Lekarskiej częściej stosuje się pojęcie terapii uporczywej, z uwagi na to, że lepiej oddaje to sens działań i istotę powstałego problemu, jakim jest uszkodzenie choremu poprzez potęgowanie i przedłużanie jego cierpienia. Należy jednak pamiętać, że zaprzestanie uporczywej terapii nie oznacza pozbawienia chorego opieki medycznej. Wręcz przeciwnie. Chorzy u kresu swojego życia, jak to się dzieje w ramach hospicjum, są zaopiekowani do końca swoich dni. Nie używa się w ich przypadku jedynie specjalistycznego sprzętu, który daremnie by przedłużał proces umierania [36].

Opieka humanitarna i umieranie w godności

Stany terminalne wymagają od środowiska medycznego wdrożenia takich procedur, które w sposób humanitarny będą zapewniały niezbędną opiekę. Ważne jest zatem traktowanie pacjenta jako człowieka i obranie ludzkiego podejścia do jego potrzeb oraz aktualnego stanu. Oznacza to nic innego jak uszanowanie wszystkich sfer życia takiej osoby: psychofizycznej, społecznej i duchowej. Każda z nich bowiem jest istotna, aby człowiek u kresu swojego życia mógł spędzić ostatnie chwile godnie [37].

Holistyczne podejście do pacjentów zostało zapoczątkowane przez środowisko medyczne za sprawą dwóch prekursorów opieki hospicyjnej. Pierwszą z nich była Cicely Saunders. Młoda pielęgniarka, na podstawie licznych rozmów z Dawidem Taśmą – umierającym Żydem pochodzącym z Polski, uznała, że pacjenci w ostatnich chwilach swojego życia cierpią całościowo. Drugą osobą, która zwróciła uwagę na szczególne potrzeby osób w stanie terminalnym była Elizabeth Kübler-Ross. Mimo licznych sprzeciwów władz szpitala, w którym pracowała, odbywała liczne rozmowy z pacjentami umierającymi. Dostrzegła tym samym inne, pozafizyczne aspekty dotyczące kresu życia człowieka, które obejmowały nie tylko cierpienie wynikające z odczuwania bólu, lecz strach przed nieznanym, co czeka po śmierci [37].

Godne warunki powinny być zapewnione nie tylko chorym, których szanse na przeżycie są duże, lecz także w przypadku pacjentów, którzy są u kresu swoich dni. Jest to jedna z podstawowych zasad medycyny, która obejmuje [38]:

- uśmierzanie bólu,
- zniesienie dodatkowych dolegliwości (nudności, wymioty, zawroty głowy),

- zapewnienie odpowiedniego poziomu higieny chorego, poprzez codzienną toaletę ciała,
- uszanowanie wciąż istniejących potrzeb fizjologicznych, jak oddawanie stolca czy moczu,
- ciągle zapewnienie pożywienia pacjentom.

Uporczywa terapia nie polega bowiem na zapewnianiu wszelkich podstawowych potrzeb życiowych pacjentów- wręcz przeciwnie. Nie jest daremnym znoszeniem głodu. Pozbawienie pacjentów pożywienia było by wręcz czynem zabronionym, który potencjalnie mógłby doprowadzić do śmierci głodowej, a nie związanej z procesem chorobowym, gdyż definicja uporczywej terapii wręcz nakazuje zapewnienie choremu wszelkich potrzeb fizjologicznych i odstąpienie jedynie od leczenia, poprzez stosowanie specjalistycznych procedur medycznych. Jednak są też takie sytuacje, w których dalsze podawanie pokarmów i płynów nie wpływa na zapewnienie godnych warunków w ostatnich chwilach życia a wręcz potęguje niewyobrażalny ból i cierpienie. Takie przypadki i aspekty również powinny być brane pod uwagę, gdyż do każdego chorego powinniśmy podchodzić w sposób indywidualny [38].

Mówiąc o opiece paliatywnej, mamy na myśli takie działanie, które jest ściśle skoncentrowane na pacjencie. Opieka zapewniana w hospicjach obejmuje również współpracę i pomoc rodzinie chorego. Obranie wspólnego stanowiska z członkami najbliższego otoczenia umierającego wpływa bowiem korzystnie na jego jakość życia i pomaga w wielu przypadkach pogodzić się z nieuniknioną stratą w przypadku rodziny. Cały proces umierania nieuleczalnie chorej osoby powinien przebiegać w atmosferze wzajemnego szacunku, z poszanowaniem potrzeb fizycznych, społecznych i duchowych, co ułatwia choremu dokonanie wyboru. Każdy bowiem powinien mieć wybór dotyczący tego, co się dalej będzie działo [39].

Granice leczenia

Etyczne granice leczenia i wdrażania wszelkich interwencji medycznych są wytyczane nie tylko przez środowisko medyczne. Coraz większy wpływ mają na to postawy społeczne. Ponadto zaobserwowano, że decyzja nad końcem życia lub zaprzestania uporczywego leczenia zależy od takich czynników jak [40]:

- coraz silniejszy strach przed śmiercią i umieraniem obecny w zachodnich kulturach,

- coraz większe wymagania od medycyny jako nauki, gdzie pokładane są rosnące nadzieje w możliwości jak najdłuższego utrzymania życia,
- pojmowanie człowieka jako całości złożonej z ciała (jako materii) oraz jaźni (jako elementu niematerialnego, duchowego) [40].

Zgodnie z obowiązującym prawem godność człowieka jest wartością nadrzędną. Każdy ma moralny, etyczny i prawny obowiązek chronić życie drugiego człowieka, które stanowi fundamentalny element naszego istnienia. Okazanie poszanowania dla życia stanowi podstawę do określenia jak traktujemy drugiego człowieka, co ma odzwierciedlenie w podstawowych aktach prawnych każdego kraju. Według art. 30 Konstytucji RP prawa człowieka są elementem niezbywalnym, nie możemy się ich zrzec, ani nikt nie ma prawa nam ich odebrać. Godność człowieka jest prawem każdego, bez względu na pochodzenie, wiek, czy płeć [40].

Jednak prawa człowieka oraz poszanowanie jego godności nie mówią jedynie o utrzymywaniu życia za wszelką cenę [41].

Prawem każdego człowieka jest również możliwość godnego umierania, bez bólu, cierpienia i walki mimo wszystko. Zgodnie z artykułem 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej gro medyczne ma prawo zaniechać dalszych procedur medycznych wobec pacjenta, którego stan jest uważany za terminalny, a ciągłe działania jedynie przedłużają jego agonię w cierpieniu. Mowa tu bowiem nie tylko o odstąpieniu od reanimacji takiej osoby, ale również uporczywego podawania antybiotyków, cytostatyków, jak również operowaniu takiej osoby [41].

Ważne jest, aby w tym momencie zaznaczyć, że odstąpienie od uporczywej terapii nie wiąże się z całkowitym zaprzestaniem opieki nad osobą umierającą. Wręcz przeciwnie - chorzy w stanie terminalnym powinni zostać objęci szczególną troską, której przejawem jest m.in. uśmierzanie bólu, nawadnianie czy też podaż posiłków drogą enteralną i parenteralną [41].

TERAPIA DAREMNA – NOWE WYTYCZNE

*Co prawda śmierć jest bezlitosna,
ale zaręczam ci, że równie okrutną rzeczą bywa nieśmiertelność*
Hiroaki Samura

Po ponad dwóch latach pracy i szerokich konsultacjach medycznych oraz społecznych opublikowano wytyczne Towarzystwa Internistów Polskich (TIP) dotyczące terapii daremnej poza oddziałem intensywnej terapii. Dokument poparło większość polskich towarzystw naukowych oraz Naczelna Izba Lekarska i Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych [42, 43].

Eksperti opracowujący dokument opierali się na definicji terapii daremnej, która została stworzona przez Polską Grupę Roboczą ds. Problemów Końca Życia i opublikowana w roku 2008 w czasopiśmie „Medycyna Paliatywna w Praktyce”, a według której „stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta” [42,43].

„Nie obejmuje ona przy tym ścieżki leczenia paliatywnego, ukierunkowanego na zachowanie komfortu chorego, a więc: zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu, leczenia objawowego oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta” [42, 43].

Nowe wytyczne są Stanowiskiem Grupy Roboczej TIP ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych. Wyróżniają dwie formy ograniczenia terapii daremnej [42,43]:

- niepodjęcie (ang. *withholding*) - niewdrażanie nowej metody leczenia lub niezwiększanie intensywności już stosowanej terapii
- odstąpienie (ang. *withdrawing*) - odstąpienie od kontynuowania już wdrożonego leczenia

Niektórzy lekarze uważają, że druga forma jest bardziej skrajna (np. w przypadku odstąpienia od mechanicznej wentylacji), ale z etycznego punktu widzenia obie te równorzędne i mają na celu dobro chorego [42,43].

W momencie przyjmowania do szpitala istotna jest przesiewowa ocena pacjentów w kierunku opieki paliatywnej. W nowych wytycznych zawarte są wskazówki, że w takiej sytuacji należy zwrócić szczególną uwagę na takie osoby u których [42,43]:

- spodziewany czas przeżycia wynosi poniżej 12. miesięcy, w tym u których występuje „m.in.: zaawansowana niewydolność serca, aktywna/rozsiana choroba nowotworowa, przewlekła choroba płuc w okresie domowej tlenoterapii, zaawansowane otępienie i inne choroby neurodegeneracyjne, marskość wątroby, wytworzona przezskórna gastrostomia odżywcza (PEG) oraz inne choroby przewlekłe o krótkim przewidywanym czasie przeżycia;
- była hospitalizacja więcej niż raz z powodu zaostrzenia zaawansowanej choroby przewlekłej w ciągu ostatnich 12. miesięcy;
- wymagana jest stała opieka innych osób;
- w ostatnich tygodniach nastąpiło nieodwracalne pogorszenie stanu ogólnego

oraz

- które są pod stałą opieką zakładów opiekuńczo-leczniczych lub hospicjów.

Do oceny stanu pacjentów oraz identyfikacji chorych mających niewielką szansę na wyleczenie, może być przydatna jedna z tzw. skal kruchości (np. *Clinical Frailty Scale*, CFS) lub protokół kwalifikacji chorych do zaawansowanego podtrzymywania funkcji narządów i przyjęcia do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii [42,43].

Wszystkie czynności związane z podjęciem decyzji o terapii daremnej muszą być udokumentowane i w tym celu został przygotowany specjalny protokół, zawierający [42,43]:

- dane osobowe chorego;
- część kliniczną - informacje o rozpoznaniu zasadniczym, dotychczasowym przebiegu choroby i w razie potrzeby opinie konsultantów;
- część etyczną i środowiskową - informacje o tym, jakie leczenie oraz czy będą kontynuowane zabiegi dla zachowania komfortu chorego;
- listę osób obecnych przy rozmowie z bliskimi chorego;
- informacje, jakie problemy zostały omówione podczas konsylium, w tym aktualny stan świadomości, uzgodniony zakres terapii i plan dalszego postępowania oraz dane na temat przekonań światopoglądowych (moralnych i religijnych);
- listę procedur, które nie zostaną podjęte lub zostaną wycofane z terapii;
- oświadczenie i podpisy specjalistów sporządzających dokument (optymalnie, jeżeli jeden z nich kieruje oddziałem).

Należy pamiętać, że dlatego chory powinien być na bieżąco monitorowany, ponieważ jeżeli cokolwiek w stanie pacjenta ulegnie zmianie, to decyzja o rodzaju terapii może zostać zmieniona.

Wytyczne są dostępne pod tym linkiem

https://adst.mp.pl/s/www/tip/121_ETYKA_Zapobieganie_terapii_daremnej.pdf

Szczeklik W., Krajnik M., Pawlikowski J. i wsp.: Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu – stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych. Część 1: chory umierający nieubezprawnowolniony, niebędący w stanie podejmować świadomych decyzji co do leczenia w sytuacji daremności medycznej stosowanej terapii. Med. Prakt., 2023; 4: 121–140.

CEL PRACY

Śmierć jest tym samym co narodziny, misterium natury

Marek Aureliusz

Celem głównym pracy było poznanie postaw personelu pielęgniarskiego wobec stosowania uporczywej terapii.

Za cele szczegółowe uznano sprawdzenie:

1. Co rozumieją badani przez pojęcie uporczywej terapii?
2. Co zdaniem badanych nie jest uporczywą terapią?
3. Jaka definicja zdaniem badanych najlepiej obrazuje sens eutanazji?
4. Czy lekarz zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej może zdecydować o zaniechaniu dalszego leczenia względem osoby, co do której nie widzi nadziei na wyzdrowienie, a wręcz przeciwnie, dalsze leczenie przynosi tylko cierpienie?
5. Jak często spotykają się badani z pojęciem uporczywej terapii w swoim miejscu pracy?
6. Czy w miejscu pracy badanych rozmawia się o stosowaniu uporczywej terapii?
7. Czy ten temat uporczywej terapii jest poruszany, mimo nie stosowania procedur z jego zakresu?
8. Czy w miejscu pracy badanych o dalszym postępowaniu z pacjentem nieuleczalnie chorym rozmawia się z pielęgniarkami?
9. Czy personel lekarski konsultuje z badanymi ewentualne przerwanie działań uznając je za wkraczanie w zakres uporczywej terapii?
10. Jak często w miejscu pracy badanych podejmuje się decyzję o uporczywej terapii?
11. Czy w opinii badanych należy zaniechać uporczywego stosowania leczenia w momencie wykorzystania wszelkich możliwych metod na poczet uśmierzania bólu i pozwolenia pacjentowi śmierci w godnych warunkach? Czy jednak ankietowani są zwolennikiem leczenia do samego końca?
12. Jak obecnie przedstawia się stosunek personelu medycznego do uporczywej terapii w Polsce?
13. Co powinno być wyznacznikiem decyzji o stosowaniu uporczywej terapii?

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Człowiek nad niczym nie ma władzy, póki boi się śmierci.

A kto się jej nie boi, do tego należy wszystko

Lew Tołstoj

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem:

- Autorskiej ankiety składającej się z pytań dotyczących wiedzy i postaw personelu pielęgniarskiego wobec uporczywej terapii
- standaryzowanej Skali lęku i fascynacji śmiercią.

Sondaż został przeprowadzony w grupie 100 przedstawicieli personelu pielęgniarskiego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Białymstoku po uprzednim uzyskaniu Zgody Komisji Bioetycznej UMB (Uchwała numer: AKP.002.322.2022).

Badanie było w pełni anonimowe. Przystąpienie do badania było równoznaczne z wyrażeniem zgody na jego przeprowadzenie.

Uzyskane w ten sposób dane posłużyły jedynie celom naukowym. Zostały one poddane analizie statystycznej i porównane z dostępnymi na ten sam temat wynikami ankiety przeprowadzonymi przez innych badaczy.

Autorska ankieta

Ankieta zawierała pytania o

- płeć,
- wiek,
- miejsce zamieszkania,
- staż pracy na stanowisku pielęgniarki
- rozumienie pojęcia uporczywej terapii

oraz o to

- co zdaniem badanych nie jest uporczywą terapią
- jaka definicja eutanazji najlepiej obrazuje jej sens

- czy lekarz zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej może zdecydować o zaniechaniu dalszego leczenia względem osoby, co do której nie widzi nadziei na wyzdrowienie, a wręcz przeciwnie, dalsze leczenie przynosi tylko cierpienie
- jak często spotykają się badani z pojęciem uporczywej terapii w swoim miejscu pracy
- czy w miejscu pracy badanych rozmawia się o stosowaniu uporczywej terapii
- czy ten temat jest poruszany, mimo nie stosowania procedur z jego zakresu
- czy w miejscu pracy badanych o dalszym postępowaniu z pacjentem nieuleczalnie chorym rozmawia się z pielęgniarkami
- czy personel lekarski konsultuje z pielęgniarkami ewentualne przerwanie działań uznając je za wkraczanie w zakres uporczywej terapii
- czy często w miejscu pracy badanych podejmuje się decyzję o uporczywej terapii
- czy w opinii badanych należy zaniechać uporczywego stosowania leczenia w momencie wykorzystania wszelkich możliwych metod na poczet uśmierzenia bólu i pozwolenia pacjentowi śmierci w godnych warunkach
- czy jednak badani są zwolennikiem leczenia do samego końca
- jak obecnie przedstawia się stosunek personelu medycznego do uporczywej terapii w Polsce
- co powinno być wyznacznikiem decyzji o stosowaniu uporczywej terapii

Skala lęku i fascynacji śmiercią

Skala składa się z 23 pozycji i dwóch podskal. Zakres odpowiedzi badanych zawiera się między 1pkt. a 4 pkt., gdzie 1pkt.- oznaczał zdecydowanie nie; 2 pkt.- raczej nie; 3 pkt.- raczej tak i 4 pkt.- zdecydowanie tak [44].

Pierwsza podskala to Skala lęku przed śmiercią (dziewięć pytań - 1,3,4,6,8,13,15,16,17). Ta część służy pomiarowi świadomego poziomu lęku przed śmiercią, zwłaszcza w odniesieniu do własnej osoby. Badany może uzyskać tu maksymalnie 36 pkt. Im wyższy lęk przed śmiercią, tym jawi się ona jako bardziej okrutna, ciemna i brudna. Wskaźnik α Cronbacha wynosi 0,80. Druga podskala to Skala fascynacji śmiercią (14 pozycji - 2,5,7,9,10,11,12,14,18,19,20,21,22,23). Ta część służy pomiarowi fascynacji śmiercią jako poznawczemu zainteresowaniu tematyką śmierci i umierania, wyniki tej skali nie były brane pod uwagę w prezentowanych badaniach. Badany może uzyskać tu maksymalnie 66 pkt. Im wyższa fascynacja, tym bardziej śmierć oceniana jest jako czysta i litościwa Wskaźnik α Cronbacha = 0,90 [44].

Analiza statystyczna

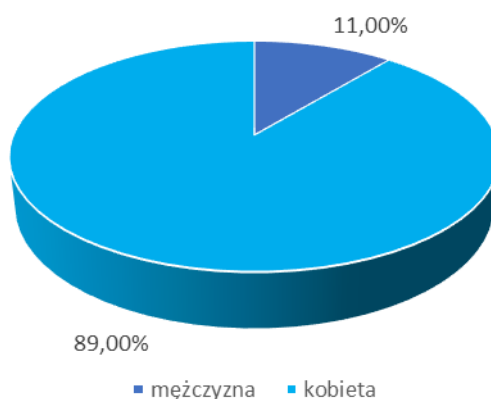
- Dokonano charakterystyki badanej grupy przy pomocy statystyki opisowej.
- Wyniki zaprezentowano w postaci rycin i tabel.
- Dane o charakterze nominalnym opisywano tworząc szeregi rozdzielcze, w których wyszczególnione wartości cech opisano ich licznością i częstością występowania w danej grupie badanych.
- Do analizy przeprowadzonych badań wykorzystano testy: test zgodności chi-kwadrat oraz Test korelacji rangowej Spearmana.
- Za istotne statystycznie przyjęto wyniki spełniające warunek $p < 0,05$.
- Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu statystycznego Statistica wersja 13.3.

CHARAKTERYSTYKA GRUPY BADANEJ

Pielęgniarka to też lekarstwo

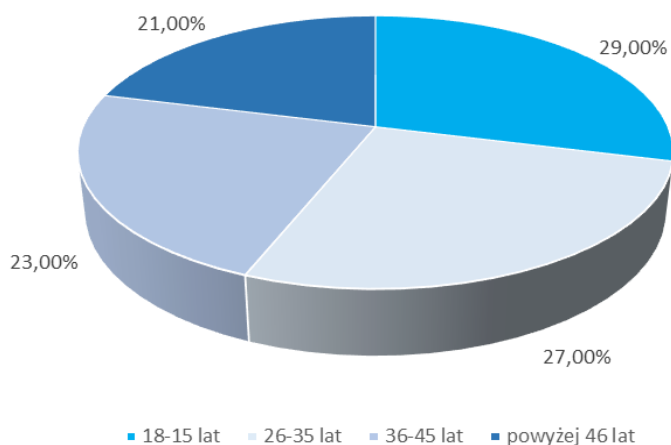
Piotr Szreniawski, 1976

W badaniu ankietowym wzięło udział 100 respondentów będących pracownikami Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Białymstoku. Wśród badanych było 89% kobiet i 11% mężczyzn (Rycina 1).



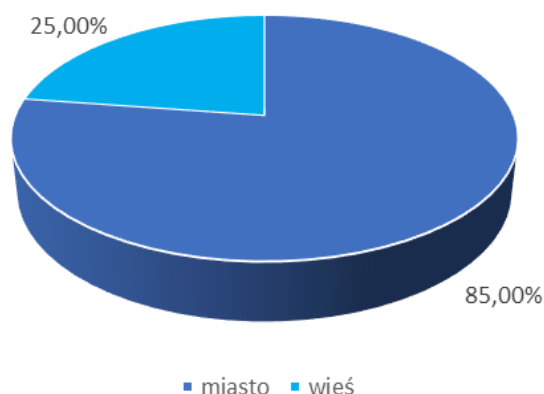
Rycina 1. Płeć ankietowanych

29% badanych było w wieku 18-25 lat (najwięcej ankietowanych), między 26 a 35 rokiem życia - 27% osób uczestniczących w sondażu, a 23% respondentów zadeklarowało, że mają od 36 do 45 lat. Najmniej liczną grupą byli ankietowani w wieku powyżej 46. lat i stanowili oni 21% wszystkich osób uczestniczących w badaniu (Rycina 2).



Rycina 2. Wiek ankietowanych

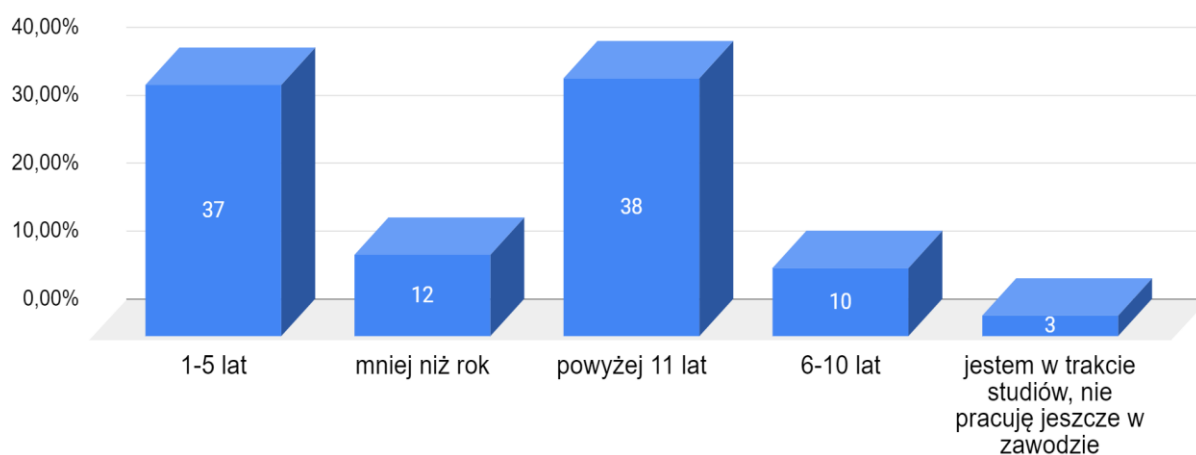
Znacząca większość badanych oznajmiła, że mieszka w mieście (85%). Jedyne 15% badanych było mieszkańcami wsi (Rycina 3).



Rycina 3. Miejsce zamieszkania respondentów

Ankietowanych zapytano, jak długo pracują na stanowisku pielęgniarki/ pielęgniarza. Trzy osoby zadeklarowały, że są jeszcze w trakcie studiów i nie pracują w zawodzie, jednakże są pracownikami Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Białymstoku. Poniżej roku na w/w stanowisku pracowało 12% ankietowanych. Staż między 1 a 5 lat miało 37% ankietowanych, 38% pracowało w zawodzie powyżej 11 lat, a 10% respondentów miało staż pracy wynoszący od 6 do 10 lat (Rycina 4).

Staż pracy na stanowisku pielęgniarki



Rycina 4. Staż pracy na stanowisku pielęgniarki

WYNIKI

*Ktokolwiek mówi,
że się śmierci nie lęka, kłamie.*

Ignacy Krasicki

Respondentów poproszono o określenie, co w ich pojęciu oznacza określenie uporczywej terapii. Spośród czterech dostępnych wariantów odpowiedzi jeden nie odnosił się do pojęcia uporczywej terapii, a mianowicie „działania prowadzące do śmierci pacjenta w krótszym czasie”. Pozytywnym jest fakt, że żaden z respondentów nie wybrał tej odpowiedzi. Większość badanych (53%) uważała, że pod pojęciem uporczywej terapii kryją się wszelkie procedury medyczne odwlekające w czasie śmierć chorego nieuleczalnie. Zdaniem 31% respondentów są to wszelkie procedury mające na celu podtrzymanie funkcji życiowych pacjenta, zaś 16% uważało, że są to metody potencjalnie odwlekające w czasie śmierć pacjenta (np. sztuczna wentylacja). Odpowiedzi obrazuje Tabela 2.

Tabela 2. Pojęcie znaczenia uporczywej terapii

Co rozumie Pani/Pan przez pojęcie uporczywej terapii?	% wybranych wariantów
metody potencjalnie odwlekające w czasie śmierć pacjenta (np. sztuczna wentylacja)	16
procedury medyczne, które odwlekają w czasie śmierć chorego nieuleczalnie	53
wszelkie procedury, mające na celu podtrzymanie funkcji życiowych pacjenta	31
Suma całkowita	100

Badanych poproszono również o wskazanie procedur nie noszących ich zdaniem znamion uporczywej terapii. Najwięcej (62%) ankietowanych stwierdziło prawidłowo, że są to wszelkie działania z zakresu pielęgnacji pacjenta, żywienia lub uśmierzania bólu. Pozostałe wyniki obrazuje Tabela 3.

Tabela 3. Znajomość procedur, które nie obejmują uporczywej terapii

Co Pani/Pana zdaniem nie jest uporczywą terapią?	% wybranych wariantów
działania z zakresu pielęgnacji pacjenta, żywienie, uśmierzanie bólu	62
operacje, próby leczenia	12
podaż nawodnienia drogą dożylną, wdrażanie procedur z zakresu RKO	13
stosowanie antybiotykoterapii, podejmowanie nowych prób leczenia mimo wyraźnego skutku	13
Suma całkowita	100

Personel pielęgniarski poproszono także o określenie, co ich zdaniem w najlepszym stopniu oddaje sens eutanazji.

Wszystkie z trzech dostępnych opcji odpowiedzi były prawidłowe, jednak pierwsza została uznana, za najbardziej adekwatną, potwierdzoną w aktach prawnych. Ten wariant został wybrany przez 27% badanych. Zdaniem 22% ankietowanych eutanazja oznacza zabójstwo człowieka, będące następstwem wyraźnej prośby chorego lub na skutek odczuwania współczucia dla jego sytuacji. Według większości personelu pielęgniarskiego pod pojęciem eutanazji kryją się wszelkie działania, które prowadzą bezpośrednio do przedwczesnej śmierci chorego, dokonane za zgodą, na żądanie pacjenta lub z mocy prawa (Tabela 4).

Tabela 4. Znajomość pojęcia eutanazja

Która z poniższych definicji Pani/Pana zdaniem najlepiej obrazuje sens eutanazji?	% wybranych wariantów
doprowadzenie do śmierci pacjenta, który jest nieuleczalnie chory poprzez podanie trucizny, śmiertelnej dawki leku lub zastosowanie procedury medycznej, które dzieje się na żądanie samego chorego lub w wyniku odczuwania współczucia dla jego sytuacji	27
jest to zabójstwo człowieka, będące następstwem wyraźnej prośby chorego lub na skutek odczuwania współczucia dla jego sytuacji	22
wszelkie działania, które prowadzą bezpośrednio do przedwczesnej śmierci chorego, dokonane za zgodą, na żądanie pacjenta lub z mocy prawa	51
Suma całkowita	100

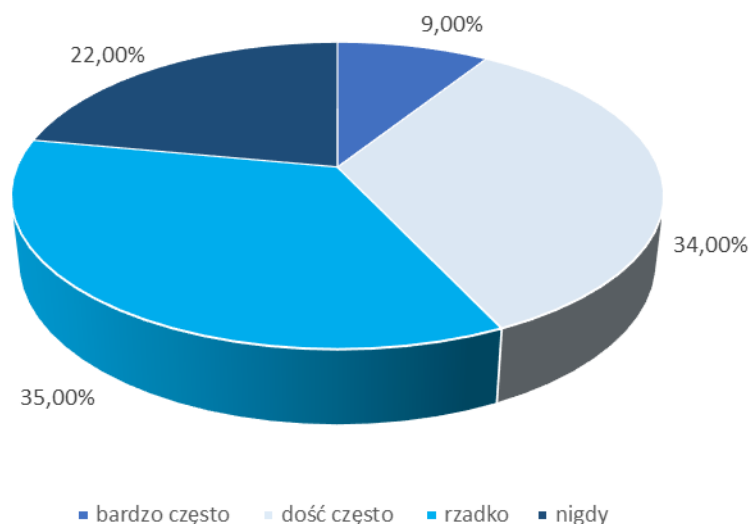
Kolejne pytanie dotyczyło znajomości podstawy prawnej, która pozwala na wdrożenie działań z zakresu zaprzestania uporczywej terapii. Badanych zapytano bowiem, czy lekarz zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej może zdecydować o zaniechaniu dalszego leczenia względem osoby, co do której nie widzi nadziei na wyzdrowienie, a wręcz przeciwnie, dalsze leczenie przynosi tylko cierpienie.

Rozkład odpowiedzi różnił się niewiele, bowiem 58% badanych odpowiedziało twierdząco, zaś 42% ankietowanych przeczyło, jakoby lekarz miał prawo o decydowaniu co do dalszego postępowania.

Należy w tym miejscu powołać się na Kodeks Etyki Lekarskiej, który zgodnie z artykułem 7 daje lekarzom w szczególnie uzasadnionych sytuacjach decydować o dalszym postępowaniu w przypadku chorego, który jest nieuleczalnie chory.

Ankietowanych poproszono o określenie, jak często spotykają się w swoim miejscu pracy z pojęciem uporczywej terapii.

Taki temat nigdy nie występował w pracy zawodowej 22% ankietowanych. Rzadko spotykało się z tym pojęciem 35% badanych, a bardzo często i dość często odpowiednio 9% i 34% badanego personelu pielęgniarskiego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Białymstoku (Rycina 5).



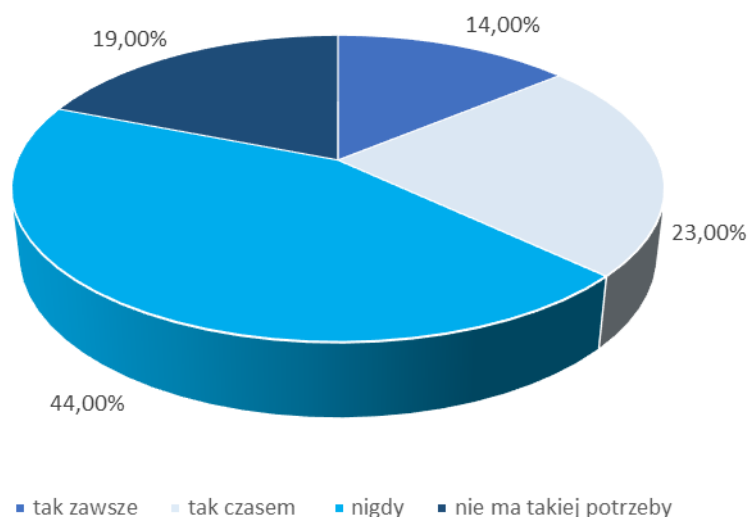
Rycina 5. Częstotliwość, z jaką badany personel spotyka się z opisywanym pojęciem

Personel pielęgniarski miał także za zadanie określenie, czy w ich miejscu pracy rozmawia się o stosowaniu uporczywej terapii. 53% badanych oznajmiło, że ten temat jest podejmowany, zaś w przypadku 47% ankietowanych nie było rozmów dotyczących uporczywej terapii.

Badanych zapytano, czy w ich miejscu pracy o dalszym postępowaniu z pacjentem nieuleczalnie chorym rozmawia się z personelem pielęgniarskim. W zdecydowanej większości (44%) decyzję o dalszym postępowaniu z chorymi podejmował indywidualnie personel lekarski. Czasem lekarze konsultowali swoją decyzję z pielęgniarkami (23%), zaś zawsze lekarze podejmowali decyzję w oparciu o konsultację z personelem pielęgniarskim tylko w przypadku 14% badanych. Zdaniem 19% ankietowanych nie ma potrzeby do podejmowania takich rozmów (Rycina 6).

Podjęcie decyzji o zaprzestaniu stosowania uporczywej terapii nie jest łatwe. Ankietowanych poproszono, czy o wypowiedź, czy w ich miejscu pracy często podejmuje się

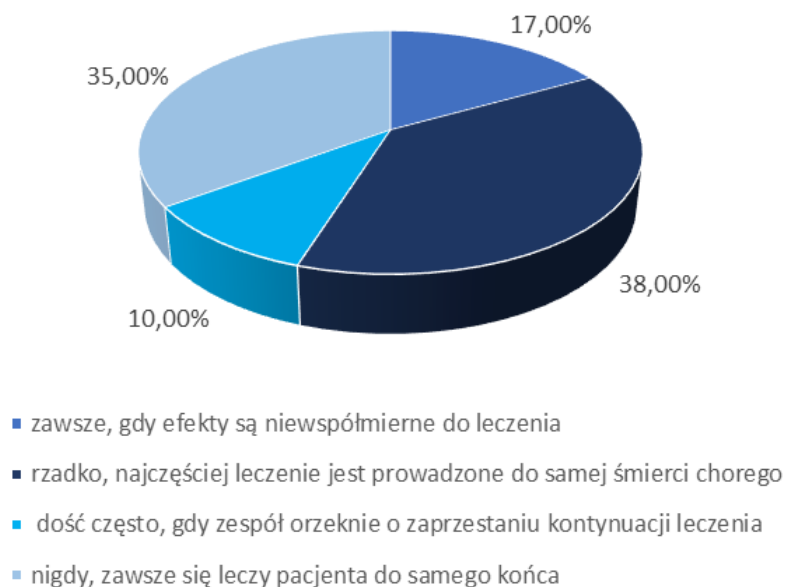
decyzje o zaprzestaniu dalszego postępowania leczniczego z uwagi na wykorzystanie wszelkich metod terapeutycznych.



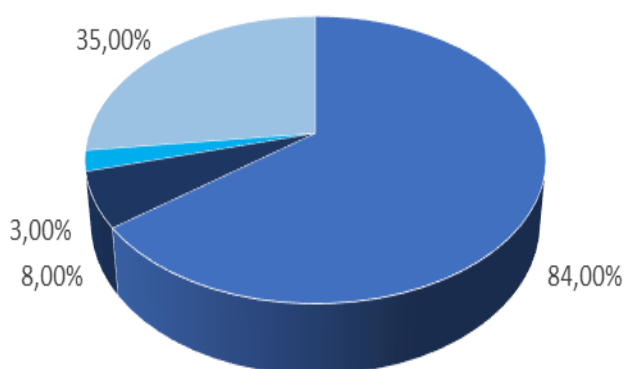
Rycina 6. Personel pielęgniarski, w przypadku którego o dalszym postępowaniu z pacjentem konsultuje się zespół lekarski

W miejscu pracy 17% badanych zawsze, gdy efekty są niewspółmierne do leczenia przerywa się dalsze leczenie. Dość często zaniechanie działań noszących znamiona uporczywej terapii podejmowało się w pracy 10% respondentów, rzadko bywało to w miejscu pracy 38% i na ich oddziale leczenie najczęściej było prowadzone do samej śmierci chorego, zaś 35% badanego personelu pielęgniarskiego w trakcie swojej pracy nigdy nie spotkało się z taką sytuacją (Rycina 7).

Ankietowanych zapytano, czy w ich opinii należy zaniechać uporczywego stosowania leczenia w momencie wykorzystania wszelkich możliwych metod na poczet uśmierzenia bólu i pozwolenia pacjentowi śmierci w godnych warunkach. 84% badanych uważało, że należy pozwolić pacjentowi godnie umrzeć, uśmierzając jedynie jego ból i stosując zabiegi pielęgnacyjne. Odpowiedź raczej tak, raczej nie oraz zdecydowanie nie w tej kwestii wybrało odpowiednio 8%, 3% i 5% (Rycina 8).



Rycina 7. Częstotliwość podejmowania decyzji o zaprzestaniu uporczywej terapii w miejscu pracy badanych

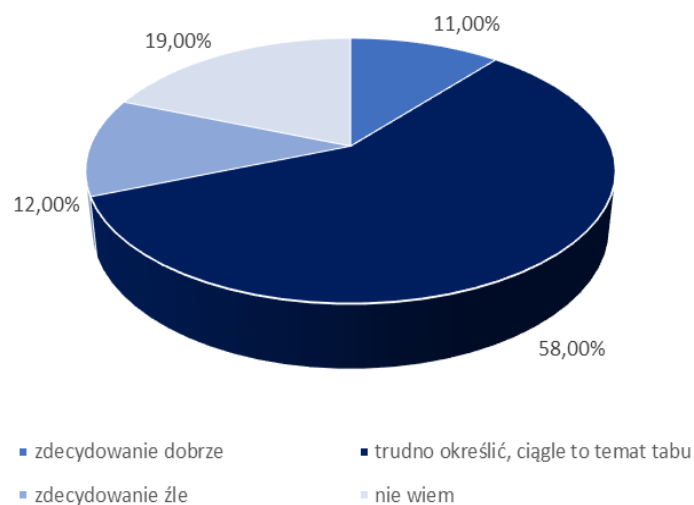


- tak, uważam że należy pozwolić pacjentowi godnie umrzeć, uśmierzając jedynie jego ból i stosując zabiegi pielęgnacyjne
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie, pacjent powinien być leczony do samego końca, bez względu na efekty terapii i rokowania

Rycina 8. Opinia ankietowanych, czy należy zaniechać uporczywego stosowania leczenia w momencie wykorzystania wszelkich możliwych metod

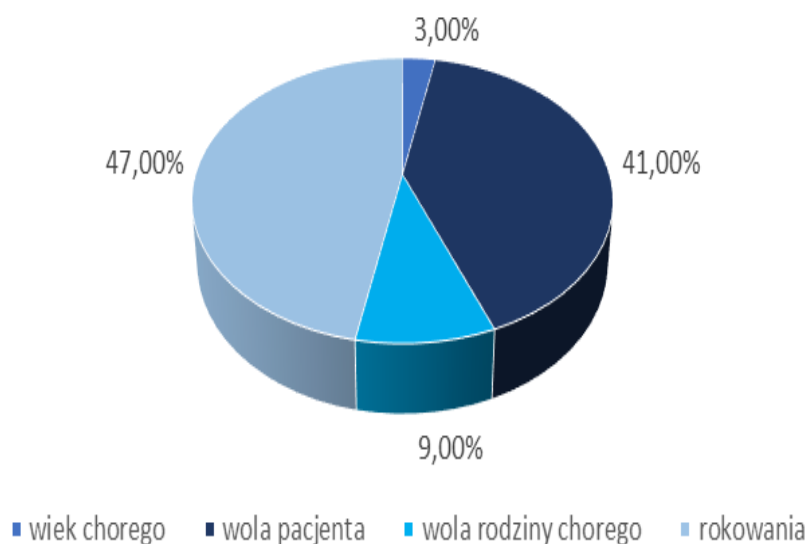
Respondenci zostali poproszeni o określenie, jak ich zdaniem obecnie przedstawia się stosunek personelu medycznego do uporczywej terapii w Polsce. Najmniejsza liczba

badanych, bo jedynie 11% uważała, że zdecydowanie dobrze. Według 12% respondentów zdecydowanie źle, nie miało zdania na ten temat 19% ankietowanych, zaś 58% twierdziło, że trudno powyższe określić, ponieważ jest to wciąż swoisty temat tabu w środowisku medycznym (Rycina 9).



Rycina 9. Stosunek personelu medycznego do stosowania uporczywej terapii w Polsce

Badani mieli także określić, co powinno być wyznacznikiem decyzji o stosowaniu uporczywej terapii. Za taki wyznacznik 3% badanych uznało wiek chorego, a 9% wolę rodziny. Zdaniem 41% taka decyzja powinna być podejmowana zgodnie z wolą chorego, zaś 47% badanych uważało, że zależeć to powinno od rokowania (Rycina 10).



Rycina 10. Wyznacznik decyzji o stosowaniu uporczywej terapii według respondentów

Kolejnym etapem badania było przeprowadzenie oceny za pomocą Skali fascynacji i lęku przed śmiercią.

W pierwszej kolejności analizowano warianty odpowiadające skali fascynacji śmiercią.

Pierwsza podskala służyła do pomiaru fascynacji śmiercią, jako poznawczemu zainteresowaniu tematyką śmierci i umierania. Zgodnie z zaleceniami autorów skali, im wyższa fascynacja, tym bardziej śmierć oceniana jest przez badanego jako czysta i litościwa.

Badani uzyskali średnio $23,98 \pm 5,2$ pkt. na 36 możliwych (min. 11 pkt., maks. 34 pkt.), w tym:

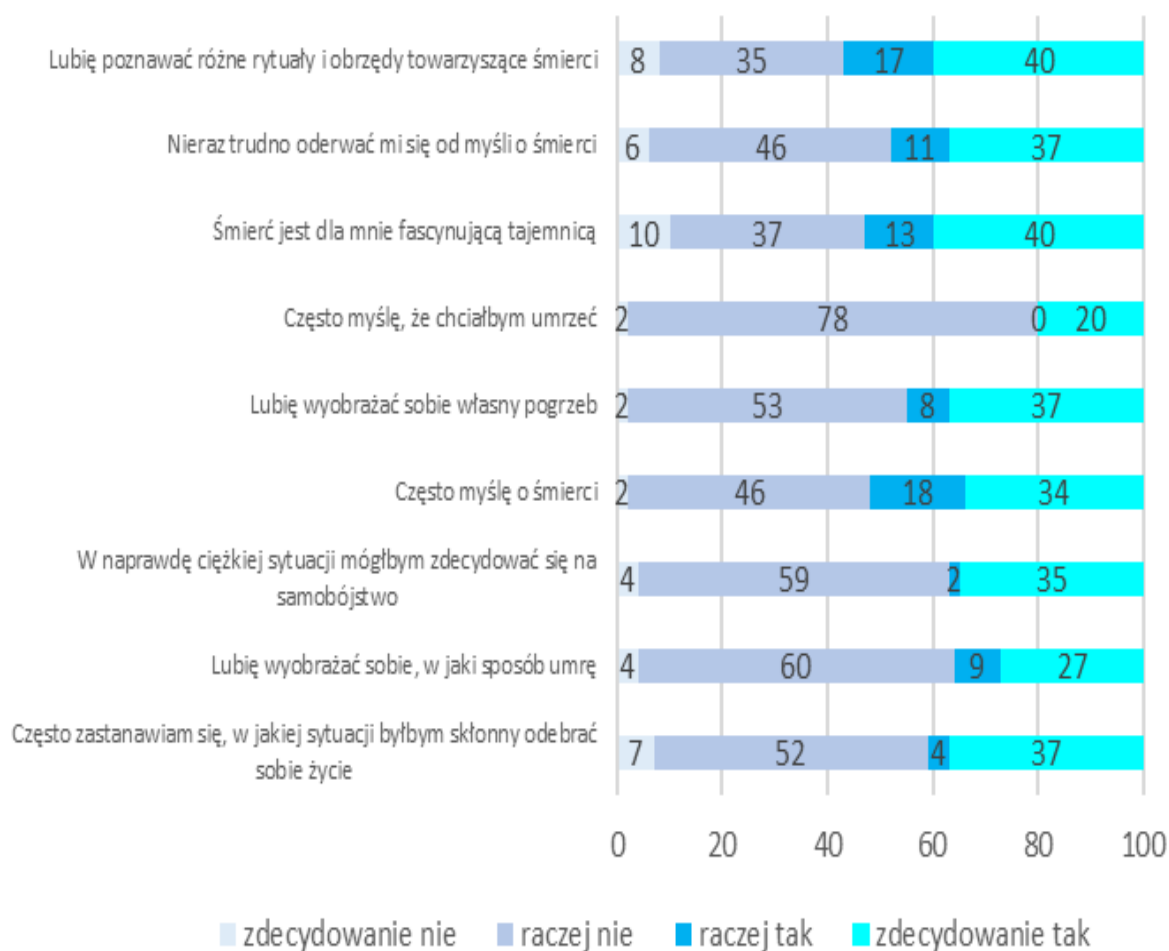
- 11 pkt. - 2 osoby
- 12 pkt. - 1 osoba
- 15 pkt. - 2 osoby
- 16 pkt. - 1 osoba
- 18 pkt. - 8 osób
- 19 pkt. - 5 osób
- 20 pkt. - 3 osoby
- 21 pkt. - 12 osób
- 22 pkt. - 4 osoby
- 23 pkt. - 13 osób
- 24 pkt. - 4 osoby
- 25 pkt. - 15 osób
- 26 pkt. - 3 pkt.
- 27 pkt. - 6 osób
- 29 pkt. - 4 osoby
- 30 pkt. - 3 osoby
- 32 pkt. - 3 osoby
- 33 pkt. - 7 osób
- 34 pkt. - 4 osoby

Zgodnie z analizą odpowiedzi udzielonych przez ankietowanych można stwierdzić, iż badani najczęściej twierdzili, że:

- często myślą o śmierci (80 osób),
- lubią wyobrażać sobie w jaki sposób umrą (64 osoby)

- naprawdę w trudnej sytuacji mogliby zdecydować się na samobójstwo (63 osoby).
- często rozmawiają z ludźmi na temat śmierci (68 osób),
- nie raz wyobrażali sobie co będzie się z nimi działo po śmierci (64 osoby)
- nie lubią rozmawiać na tematy związane ze śmiercią (63 osoby).

Pozostałe wskazania obrazuje rycina 11.



Rycina 11. Wyniki respondentów w podskali Skala fascynacji śmiercią

W drugiej kolejności analizowano warianty odpowiadające podskali lęku przed śmiercią.

Służy ona pomiarowi świadomego poziomu lęku przed śmiercią, zwłaszcza w odniesieniu do własnej osoby. Zgodnie z zaleceniami autorów skali, im wyższy lęk przed śmiercią prezentuje badany, tym jawi się ona jako bardziej okrutna, ciemna i brudna.

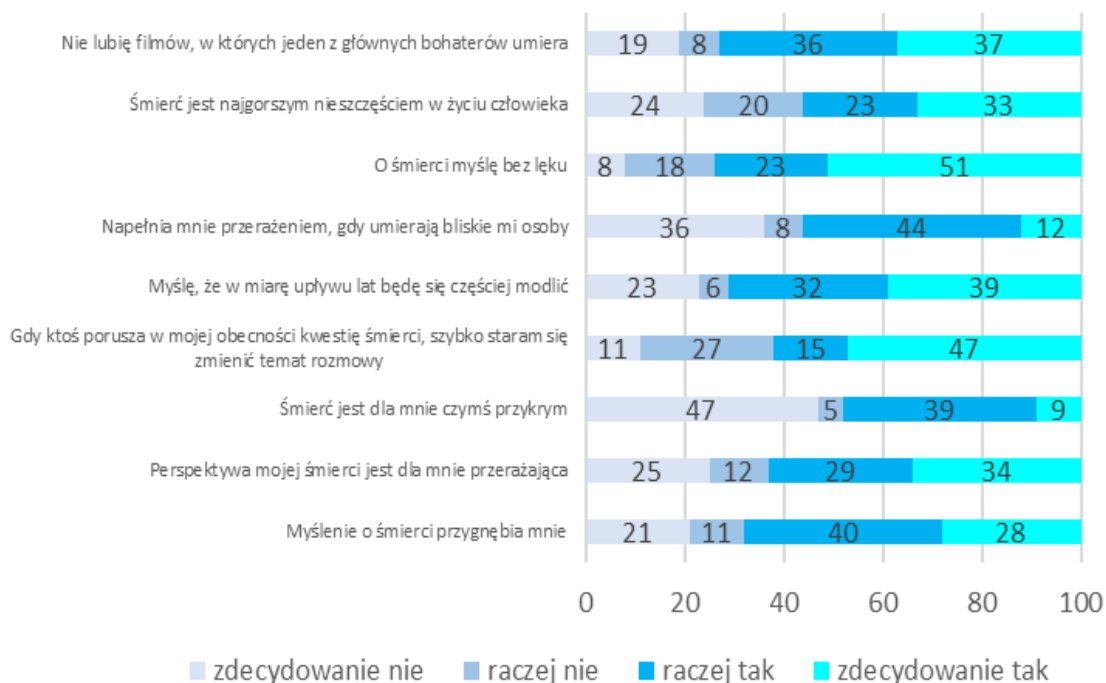
Badani uzyskali średnio $24,7 \pm 6,4$ pkt. na 56 możliwych (min. 14 pkt., mak. 44 pkt.),
w tym

- 14 pkt. - 3 osoby
- 15 pkt. - 5 osób
- 17 pkt. - 2 osoby
- 18 pkt. - 6 osób
- 19 pkt. - 3 osoby
- 20 pkt. - 6 osób
- 21 pkt. - 12 osób
- 22 pkt. - 3 osoby
- 23 pkt. - 15 osób
- 24 pkt. - 3 osoby
- 25 pkt. - 9 osób
- 27 pkt. - 5 osób
- 28 pkt. - 6 osób
- 29 pkt. - 2 osoby
- 30 pkt. - 8 osób
- 31 pkt. - 5 osób
- 32 pkt. - 3 osoby
- 41 pkt. - 4 osoby
- 44 pkt. - 2 osoby

Badani twierdzili najczęściej, że:

- śmierć jest dla nich czymś przykrym (52 osoby),
- śmierć jest najgorszym nieszczęściem w życiu człowieka (44 osoby),
- napętnia ich przerażenie, gdy umierają bliskie im osoby (44 osoby),
- myślą o śmierci bez lęku (74 osoby),
- nie lubią filmów w których jeden z bohaterów umiera (73 osoby),
- myślą iż w miarę upływu czasu będą się więcej modlić (71 osób).

Pozostałe wskazania zawiera Rycina 12.



Rycina 12. Wyniki respondentów w podskali lęku przed śmiercią

Dokonano oceny zależności pomiędzy stopniem nasilenia lęku przed śmiercią oraz fascynacji śmiercią a płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania, stażem pracy i innymi badanymi aspektami podejścia do terapii uporczywej.

Okazało się, że na powyższe nie mają wpływu jedynie płeć, wiek i staż pracy (Tabela 5).

Tabela 5. Analiza wyników użyciem Skali Lęku i Fascynacji Śmierci.

	PODSKALA/ ŚREDNIA PKT.	
	lęku przed śmiercią	fascynacji śmiercią
PLEĆ		
Kobieta (n=89)	24,2±5,1	24,6±5,9
Mężczyzna (n=9)	22,7±6,4	24,9±9,2
p	NS	NS
WIEK		
18-25 lat (n=29)	23,2±2,8	23,5±4,3
26-35 lat (n=27)	20,6±5,6	23,8±6,5
36-45 lat (n=23)	27,1±5,8	23,4±7,9
powyżej 46 lat (n=21)	26,0±3,7	28,7±4,9
p	NS	NS

MIEJSCE ZAMIESZKANIA		
Miasto (n=85)	23,1±4,9	24,7±5,9
Wieś (n=15)	28,8±4,6	24,7±8,5
p	<0,001; r = - 0,639	<0,001, r = - 0,635
STAŻ PRACY		
1-5 lat (n=37)	22,0±4,6	22,9±4,0
6-10 lat (n=10)	22,1±5,6	21,7±10,3
11 i powyżej (n=38)	26,7±5,2	27,9±6,4
w trakcie studiów (n=3)	21,0±0	25,0±0
p	NS	NS
WYBRANE PROBLEMY		
Przekonanie o tym, czy lekarz zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej może zdecydować o zaniechaniu dalszego leczenia względem osoby, co do której nie widzi nadziei na wyzdrowienie, a wręcz przeciwnie, dalsze leczenie przynosi tylko cierpienie		
tak (n=58)	25,1±7,4	22,9±5,5
nie (n=42)	24,4±4,4	25,4±4,4
p	<0,001, r=0,865	<0,001, r=0,850
Częstość spotykania się z pojęciem uporczywej terapii w miejscu pracy		
nigdy (n=22)	21,0±4,0	23,7±3,3
rzadko (n=35)	25,6±7,6	23,3±5,9
dość często (n=34)	26,5±5,2	25,4±3,9
bardzo często (n=9)	23,0±5,7	22,1±8,5
p	<0,001, r=0,946	<0,001, r=0,949
Odbywanie w miejscu pracy rozmów o stosowaniu uporczywej terapii		
tak (n=53)	26,1±6,2	25,2±5,3
nie (n=47)	23,1±6,2	22,6±4,8
p	<0,001, r=0,858	<0,001, r=0,847
Poruszanie tematów o stosowaniu uporczywej terapii, mimo nie stosowania procedur z jego zakresu		
tak (n=53)	26,1±6,2	25,2±5,3
nie (n=47)	23,1±6,2	22,6±4,8
p	<0,001, r=0,853	<0,001, r=0,844
Prowadzenie w miejscu pracy rozmów lekarza z pielęgniarkami o dalszym postępowaniu z pacjentem nieuleczalnie chorym		
tak zawsze (n=14)	24,4±4,8	19,9±5,0
tak czasem (n=23)	26,0±8,1	26,4±6,5
nigdy (n=44)	24,2±6,1	24,0±4,3
nie ma takiej potrzeby (n=19)	24,3±5,3	23,9±3,6
p	<0,001, r=0,927	<0,001, r=0,940
Konsultowanie przez personel ewentualnego przerwania działań uznając je za wkraczanie w zakres uporczywej terapii		
tak zawsze (n=14)	24,4±4,8	19,9±5,0
tak czasem (n=23)	26,0±8,1	26,4±6,5
nigdy (n=44)	24,2±6,1	24,0±4,3
nie ma takiej potrzeby (n=19)	24,3±5,3	23,9±3,6
p	<0,001, r=0,927	<0,001, r=0,940

Częstość podejmowania w miejscu pracy badanego decyzji o uporczywej terapii		
zawsze (n=17)	20,3±4,6	23,8±4,6
dość często (n=10)	27,0±6,4	27,4±8,4
rzadko (n=38)	24,9±5,2	26,1±6,6
nigdy (n=35)	23,9±4,2	22,8±5,4
p	<0,001, r=0,938	<0,001, r=0,940
Przekonanie o tym, czy należy zaniechać uporczywego stosowania leczenia w momencie wykorzystania wszelkich możliwych metod na poczet uśmierzenia bólu i pozwolenia pacjentowi śmierci w godnych warunkach, czy jednak leczyć do samego końca		
tak (n=84)	23,7±5,3	24,4±6,0
raczej tak (n=8)	25,4±6,3	29,4±8,8
raczej nie (n=3)	25,0±0	23,0±0
zdecydowanie nie (n=5)	26,0±2,4	22,8±6,4
p	<0,001, r=0,642	<0,001, r=0,638
Stosunek personelu medycznego do uporczywej terapii w Polsce		
zdecydowanie dobry (n=11)	22,4±9,3	30,4±10,0
zdecydowanie zły (n=12)	24,8±5,4	24,0±5,8
trudno określić, jest to temat niezwykle delikatny i wciąż panuje w stosunku do niego pewne tabu w środowisku medycznym (n=58)	24,9±4,3	24,5±4,8
nie wiem (n=19)	21,7±3,2	22,3±6,4
p	<0,001, r=0,903	<0,001, r=0,906
Wyznaczniki decyzji o stosowaniu uporczywej terapii		
wola rodziny chorego (n=9)	25,3±0,5%	24,0±2,9
wola pacjenta (n=41)	21,8±5,4	22,6±5,0
rokowanie (n=47)	25,5±5,2	26,7±7,4
wiek chorego (n=3)	23,0±0	23,0±0
p	<0,001, r=0,906	<0,001, r=0,909
Rozumienia pojęcia „uporczywa terapia”		
wszelkie procedury, mające na celu podtrzymanie funkcji życiowych pacjenta (n=31)	26,9±5,0	28,0±7,8
metody potencjalnie odwlekające w czasie śmierć pacjenta (np. sztuczna wentylacja) (n=16)	25,4±3,9	23,6±5,5
procedury medyczne, które odwlekają w czasie śmierć chorego nieuleczalnie (n=53)	21,8±4,7	23,2±4,7
p	<0,001, r=0,896	<0,001, r=0,887
Rozumienia co nie jest uporczywą terapią		
działania z zakresu pielęgnacji pacjenta, żywienie, uśmierzanie bólu (n=62)	24,4±5,1	25,3±7,1
podaż nawodnienia drogą dożylną, wdrażanie procedur z zakresu RKO (n=13)	27,1±2,6	25,2±6,2

operacje, próby leczenia (n=12)	22,6±7,8	22,5±1,8
stosowanie antybiotykoterapii, podejmowanie nowych prób leczenia mimo wyraźnego skutku (n=13)	25,7±4,0	23,1±4,4
p	<0,001, r=0,874	<0,001, r=0,869
Preferowanej definicji najlepiej obrazująca sens eutanazji		
wszelkie działania, które prowadzą bezpośrednio do przedwczesnej śmierci chorego, dokonane za zgodą, na żądanie pacjenta lub z mocy prawa (n=51)	24,1±5,5	22,7±6,0
doprowadzenie do śmierci pacjenta, który jest nieuleczalnie chory poprzez podanie trucizny, śmiertelnej dawki leku lub zastosowanie procedury medycznej, które dzieje się na żądanie samego chorego lub w wyniku odczuwania współczucia dla jego sytuacji (n=27)	23,6±5,5	27,3±7,3
jest to zabójstwo człowieka, będące następstwem wyraźnej prośby chorego lub na skutek odczuwania współczucia dla jego sytuacji (n=22)	24,3±4,2	26,0±4,2
p	<0,001, r= 0,912	<0,001, r= 0,910

PODSUMOWANIE

*Zaraz na początku życia ktoś powinien nam powiedzieć, że umieramy.
Może wtedy żylibyśmy pełnią życia, w każdej minucie każdego dnia.*

Michael Landon

Życie każdego człowieka jest swoistym fenomenem. To, co dzieje się od chwili poczęcia, poprzez wszystkie etapy życia przerasta naukę, bowiem nikt nie jest w stanie tych zmian zatrzymać. Jednak z uwagi na różnice wynikające ze stylu życia, jak również inne odmienności, życie ludzkie nie ma jednolitej struktury i nie da się go zamknąć w sztywnych ramach [45].

Należy podkreślić fakt, iż życie każdego stworzenia, zarówno ludzi, jak też i zwierząt, jest najwyższą wartością, o którą należy pielegnować w sposób szczególny. O każde życie należy dbać w ten sam sposób, jednak nie powinno się dążyć jedynie do wydłużania go, nie zważając na indywidualny stan. Podejście jednostronne może bowiem wpłynąć na ryzyko podejmowania działań, które wykazują cechy terapii daremnej [45].

Zgodnie z danymi płynącymi z opracowania Bołoz i wsp. [46] jednym ze stanowisk wobec śmierci i umierania jest postawa opierająca się na pielegnowaniu życia i uważaniu go za najwyższą wartość i świętość. Zgodnie z zasadami płynącymi z tej postawy medycyna powinna za wszelką cenę walczyć o życie ludzkie przy użyciu wszelkich możliwych środków, bez względu na cenę tych starań. Ponadto w podstawie tego stanowiska leży pojmowanie bólu i cierpienia towarzyszącemu umieraniu, jako czegoś naturalnego, nieodłącznego [46].

Należy jednak zadać sobie pytania - Czy każdy chce umierać w męczarniach? Czy działania zmierzające jedynie do sztucznego przedłużania agonii są niezbędne?

Na powyższe rozważania odpowiedzi szukali eksperci działający w ramach Brytyjskiego Towarzystwa Pediatrycznego [47]. Podjęli oni ważną kwestię, która niejako „kłóci się” z powyższą postawą. Zdaniem badaczy należy dostrzec, kiedy podejmowane próby ratowania życia ludzkiego są skazane na niepowodzenie, tym samym dając przyzwolenie na wycofanie się z uporczywego leczenia, które jedynie sztucznie podtrzymuje funkcje życiowe. Uznali oni bowiem, że daremnym jest przedłużanie terapii, która nie przynosi żadnych efektów, a jedynie pogarsza stan psychiczny i fizyczny chorego, skazując go na śmierć w męczarniach. Takie procedury bowiem wykazują cechy daremności i stanowią sprzeczność dla potrzeb i interesów pacjenta. W związku z tym badacze uznali, że lekarz nie

ma moralnego obowiązku, aby podejmować próby ratowania życia ludzkiego nie zważając na terminalny stan pacjenta [47].

W tym miejscu nadmienić należy, że kontynuowanie daremnej śmierci w myśl Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw człowieka i Podstawowych Wolności stanowi istotne naruszenie, a wręcz pogwałcenie prawa człowieka do zachowania suwerenności, co jest rozumiane wręcz jako niehumanitarne i poniżające dla pacjenta [47].

Zgodnie z wynikami przedstawionymi w publikacji Dzidy i Domagały [48] personel pielęgniarski biorący udział w badaniu znał pojęcie uporczywej terapii. Wykazano ponadto, że termin ten jest bliższy osobom w młodszym wieku i posiadającym krótszy staż pracy w zawodzie pielęgniarki. Jednak autorzy podkreślają, że zgodnie z danymi uzyskanymi podczas badania nie zaobserwowano korelacji między stażem pracy respondentów, a postawą wobec uporczywej terapii i styczności z w/w zagadnieniem [48].

Badania własne dowodzą, że 53% badanego personelu pielęgniarskiego z białostockiego szpitala wiedziało co kryje się pod pojęciem uporczywej terapii, 31% uważało, że są to po prostu wszelkie procedury mające na celu podtrzymanie funkcji życiowych pacjenta, zaś 16% twierdziło, że są to metody potencjalnie odwlekające w czasie śmierć pacjenta (np. sztuczna wentylacja)

Badania Tokarz [49] dowodzą ponadto, że większość respondentów spotykała się z tym problemem w swoim środowisku pracy, ale ich postawa wobec uporczywej terapii nie korelowała ze stażem pracy, podobnie jak styczność z badanym zagadnieniem.

W badaniu własnym dokonano oceny zależności pomiędzy stopniem nasilenia lęku przed śmiercią oraz fascynacji śmiercią a płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania, stażem pracy i innymi badanymi aspektami podejścia do terapii uporczywej. Okazało się, że na powyższe nie miały wpływu:

- płeć,
- wiek,
- staż pracy.

Wpływały natomiast:

- miejsce zamieszkania,
- przekonanie iż lekarz zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej może zdecydować o zaniechaniu dalszego leczenia,

- częstość spotykania się z pojęciem uporczywej terapii w miejscu pracy i podejmowania w miejscu decyzji o uporczywej terapii; stosunek personelu medycznego do uporczywej terapii w Polsce,
- istnienie wyznaczników do podjęcia decyzji o stosowaniu uporczywej terapii, rozumienia pojęcia uporczywa terapia,
- rozumienie co nie jest uporczywą terapią,
- preferowana definicja obrazująca sens eutanazji,
- odbywanie w miejscu pracy rozmów o stosowaniu uporczywej terapii i o dalszym postępowaniu z pacjentem nieuleczalnie chorym,
- konsultowanie przez personel ewentualnego przerwania działań uznając je za wkraczanie w zakres uporczywej terapii,
- przekonanie, czy należy zaniechać uporczywego stosowania leczenia w momencie wykorzystania wszelkich możliwych metod na poczet uśmierzania bólu i pozwolenie pacjentowi śmierci w godnych warunkach, czy jednak leczyć do samego końca.

Zgodnie z zapisami prawa podjęcie decyzji o prowadzeniu terapii daremnej spoczywa na personelu lekarskim. Opieka paliatywna z kolei charakteryzuje się zespołowym (lekarze i pielęgniarki) podejmowaniem decyzji o zaprzestaniu uporczywego leczenia, co związane jest z zawodowym charakterem wykonywanej pracy. Ponadto na personelu placówki medycznej ciąży, jak już wcześniej wspomniano, odpowiedzialność karna oraz moralna za nieludzkie decyzje przedłużające agonie pacjentów, co wynika bezpośrednio z artykułu 30 Kodeksu Etyki Lekarskiej [50].

Mimo podstaw prawnych, dających możliwość podejmowania decyzji o zaprzestaniu uporczywego leczenia, wciąż znaczna część personelu pielęgniarskiego nie angażuje się w tę procedurę. Wynikać to może ze specyficznych warunków pracy, jak również uwarunkowań historycznych, które zakorzeniły w społeczeństwie postawę lekarzy. Nie konsultują oni bowiem przypadków medycznych z pielęgniarkami, choć to one w głównej mierze opiekują się chorymi i spędzają z nimi najwięcej czasu. Problem ten mógłby zostać rozwiązany dzięki zwiększeniu autonomii zawodu pielęgniarki, jak ma to miejsce w zachodniej części świata [51].

W obecnej pracy postanowiono sprawdzić, czy w miejscu pracy respondentów decyzję o zaprzestaniu terapii daremnej konsultuje się z zespołem pielęgniarskim. W zdecydowanej większości (44%) badani stwierdzili, że decyzję o dalszym postępowaniu z chorymi podejmuje indywidualnie personel lekarski. Zdaniem jednak 19% ankietowanych

nie ma potrzeby do podejmowania takich rozmów. Lekarze czasami (23%) konsultowali swoją decyzję z pielęgniarkami, a jedynie w 14% zawsze podejmowali decyzję w oparciu o konsultację z personelem pielęgniarskim.

Na podkreślenie zasługuje również fakt, że każdy przypadek pacjenta powinien być analizowany indywidualnie. W podejmowaniu decyzji o zaprzestaniu stosowania terapii daremnej ważne jest, aby została dokonana dogłębna analiza stanu klinicznego, rokowań, jak również skuteczności dotychczasowych działań. Jednak wciąż gro personelu nie bierze pod uwagę dotychczasowej diagnozy i w zależności od osoby pełniącej dyżur, z uwagi na różne pojmowanie możliwości do kontynuowania bądź zaprzestania terapii, decyzje w tej kwestii ulegają ciągłej zmianie. Wynikać to może z obawy lekarzy co do konsekwencji prawnych ciążyących na nich w przypadku błędnych decyzji. W związku z tym obarcza się tym w głównej mierze przedstawicieli ustawowych i członków rodziny pacjenta, co tak naprawdę jest nieetyczne i co najmniej bezzasadne [52].

Warto zaznaczyć, że istotne jest aktywne włączanie personelu pielęgniarskiego w decydowanie o dalszych losach chorego, zaznajamianie go na bieżąco ze stanem klinicznym pacjenta i prowadzenie aktywnego dialogu w zespole terapeutycznym, gdyż na chwilę obecną pielęgniarki w większości jedynie realizują zlecenia lekarskie, bez możliwości uzyskania rzetelnych informacji co do faktycznego stanu klinicznego pacjenta [52].

Zaprzestanie życia, poprzez uznanie stanu klinicznego pacjenta jako nierokujący i niepoddający się jakiegokolwiek terapii, jest decyzją niezwykle trudną do podjęcia. Personel medyczny stoi bowiem przed wyzwaniem wybrania czynników, które są decydujące w przerwaniu leczenia, co niejednokrotnie nie jest proste. O kryteria, które są wyznacznikiem możliwości zaprzestania uporczywego leczenia zostali zapytani ankietowani biorący udział w badaniu Dzidy i Domagały [48]. Zdaniem 51% badanych biorących udział w tym sondażu ból i rokowanie to czynniki decydujące. W opinii 30% respondentów – wyznacznikiem są stan neurologiczny i opinie specjalistów, zaś 19% uważało za taki wyznacznik wiek i wolę chorego [53].

Podobne pytanie zostało zadane ankietowanym w opracowaniu własnym. Badanych poproszono o określenie, co powinno być wyznacznikiem decyzji o stosowaniu uporczywej terapii. Za taki wyznacznik 3% badanych uznało wiek chorego, a 9% - wolę rodziny. Zdaniem 41% taka decyzja powinna być podejmowana zgodnie z wolą chorego, zaś 47% badanych uważało, że zależeć to powinno od rokowania.

Zgodnie z danymi Bazalińskiego i wsp. [45], badany przez nich personel pielęgniarski w zdecydowanej większości poprawnie definiował działania, które nie wchodzą w skład

uporczywej terapii, a są elementem humanitarnego postępowania wobec pacjenta. Respondenci w 83% i 79% uważali odpowiednio, że pielęgnacja chorego oraz terapia przeciwbólowa nie są działaniami noszącymi miano terapii daremnej. Zdaniem 74% ankietowanych nie jest nimi również leczenie ran, a 55% osób uważało, że uporczywą terapią nie jest też żywienie enteralne oraz parenteralne. Uzyskane dane zgadzają się z podstawowym założeniem uporczywej terapii, które wiąże się z podejmowaniem resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz innych zabiegów sztucznie przedłużających agonię, mimo braku skuteczności wszelkich dostępnych form terapii [54]. Z tym twierdzeniem zgadza się Zoll [55]. Jego zdaniem nie ma błędu medycznego, jeżeli odstępuje się od czynności reanimacyjnych w przypadku pacjentów, u których wiadome jest, że takie procedury jedynie przedłużą proces umierania, a co może się wiązać z dostarczeniem zbędnego cierpienia w ostatnich chwilach życia chorego [55].

Jak mówi sama definicja terapii daremnej, nie obejmuje ona podstawowych czynności wykonywanych przy chorym (które najzwyczajniej są działaniami humanitarnymi), takich jak pielęgnowanie, karmienie, nawadnianie, działanie przeciwbólowe. Zaniechanie tych czynności bowiem mogło by, poprzez przyspieszenie śmierci chorego np. w wyniku zagłodzenia, nosić miano eutanazji [56].

Z powyższym twierdzeniem w większości zgadzali się także respondenci biorący udział w badaniu własnym, bowiem 62% ankietowanych uważało, że są to działania z zakresu pielęgnacji pacjenta, żywienia lub uśmierzania bólu. Pozostałe wskazywane warianty, takie jak operacje, próby leczenia (12%), podaż nawodnienia drogą dożylną, wdrażanie procedur z zakresu RKO (13%), stosowanie antybiotykoterapii, podejmowanie nowych prób leczenia mimo wyraźnego skutku (13%), noszą znamiona uporczywej terapii w mniejszym lub większym stopniu.

Idąc tym tropem zapytano respondentów o pojęcie eutanazji. Ankietowani zdawali sobie sprawę, że związane jest to z podjęciem wszelkich działań, które prowadzą bezpośrednio do przedwczesnej śmierci chorego, dokonane za zgodą, na żądanie pacjenta lub z mocy prawa (51%). Według 27% jest to doprowadzenie do śmierci pacjenta, który jest nieuleczalnie chory, poprzez podanie trucizny, śmiertelnej dawki leku lub zastosowanie procedury medycznej, co może odbywać się na żądanie samego chorego lub w wyniku odczuwania współczucia dla jego sytuacji. Zdaniem 22% ankietowanych eutanazja oznacza zabójstwo człowieka, będące następstwem wyraźnej prośby chorego lub na skutek odczuwania współczucia dla jego sytuacji.

Zgodnie z teoriami pochodzącymi z lat 90. XX wieku lęk przed śmiercią jest zjawiskiem powszechnym [57]. Swoją początek ma już w wieku dziecięcym i rozwija się w ciągu życia człowieka [58]. Każdy człowiek odbiera śmierć na swój własny sposób, w zależności od dojrzałości emocjonalnej oraz doświadczeń poszczególnych osób [59]. Można więc wnioskować, że pojmowanie śmierci oraz postawy wobec niej są wysoce niejednorodne. Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi przez Feifel i Branscomba [60] można wyróżnić trzy podstawowe poziomy, dotyczące śmierci własnej:

- świadomy,
- nieświadomy,
- wyobrażeniowy.

Dodatkowo należy nadmienić, że wszystkie te poziomy mogą dotyczyć zarówno śmierci własnej, jak również innych osób z otoczenia, bądź też śmierci pojmowanej jako zjawisko abstrakcyjne, które ewentualnie może się wydarzyć bez odniesienia do konkretnej osoby [61].

W autorskiej publikacji w pierwszej kolejności analizowano warianty odpowiadające skali fascynacji śmiercią. Pierwsza podskala służyła do pomiaru fascynacji śmiercią, jako poznawczemu zainteresowaniu tematyką śmierci i umierania. Zgodnie z zaleceniami autorów skali, im wyższa fascynacja, tym bardziej śmierć oceniana jest przez badanego jako czysta i litościwa. Badani uzyskali średnio $23,98 \pm 5,2$ pkt. na 36 możliwych, co świadczy o wyższym niż przeciętny poziomie fascynacji śmiercią. Zgodnie z analizą odpowiedzi udzielonych przez ankietowanych można stwierdzić, że badani najczęściej twierdzili, że często myśleli o śmierci (80 osób), lubili wyobrażać sobie a jaki sposób umrą (64 osoby) i co niepokojące, że w naprawdę trudnej sytuacji mogliby zdecydować się na samobójstwo (63 osoby).

W drugiej kolejności analizowano warianty odpowiadające podskali lęku przed śmiercią, służącej pomiarowi świadomego poziomu lęku przed śmiercią, zwłaszcza w odniesieniu do własnej osoby. Zgodnie z zaleceniami autorów skali, im wyższy lęk przed śmiercią prezentuje badany, tym jawi się ona jako bardziej okrutna, ciemna i brudna. Badani uzyskali średnio $24,7 \pm 6,4$ pkt. na 56 możliwych, czyli poniżej średniej. Respondenci twierdzili najczęściej, że śmierć jest dla nich czymś przykrym (52 osoby), najgorszym nieszczęściem w życiu człowieka (44 osoby) i że napełnia ich przerażenie, gdy umierają bliskie im osoby (44 osoby).

Śmierć pacjenta, jak już wspomniano, należy do częstych sytuacji zawodowych w pielęgniarstwie. Zawsze takim zdarzeniom towarzyszą im różne emocje i uczucia, w tym

żalu i braku nadziei. Te przeżycia pielęgniarka przenosi do środowiska domowego, co może skutkować utratą pewności siebie i poczuciem winy.

Każda śmierć zawsze łączy się z negatywnymi i nieprzyjemnymi uczuciami – bólem, strachem i poczuciem starty.

Podsumowaniem wyników tej pracy mogą być słowa Sokratesa: *Bać się śmierci, o szlachetni, jest tym samym co mieć się za mądrego nim nie będąc; gdyż jest to mniemać, że się wie to, czego się nie wie. Nikt nie wie, czy śmierć nie okaże się największym błogosławieństwem dla ludzkiej istoty, a jednak ludzie boją się jej, jak gdyby posiadali niezbitą pewność, że jest największym z nieszczęść [62].*

WNIOSKI

*Groźba śmierci**zmienia perspektywę czasową życia ludzkiego.**Antoni Kępiński*

- Większość badanych twierdziła, że uporczywa terapia to wszelkie procedury medyczne odwlekające w czasie śmierć chorego nieuleczalnie, natomiast znamion uporczywej terapii nie mają wszelkie działania z zakresu pielęgnacji pacjenta, żywienia lub uśmierzania bólu.
- W opinii większości badanych najlepiej sens eutanazji oddają wszelkie działania, które prowadzą bezpośrednio do przedwczesnej śmierci chorego, dokonane za zgodą, na żądanie pacjenta lub z mocy prawa.
- Pacjentowi, według większości badanych, należy pozwolić godnie umrzeć, uśmierzając jedynie jego ból i stosując zabiegi pielęgnacyjne, a decyzja o zaprzestaniu uporczywej terapii powinna być warunkowana rokowaniem chorego.
- Badani dość wysoko oceniali śmierć jako czystą i litościwą oraz nie traktowali jej jako okrutną, ciemną i brudną.
- Poziomy lęku przed śmiercią i fascynacji śmiercią zależały istotnie statystycznie od stażu pracy oraz opinii badanych o podejmowaniu decyzji o zaniechaniu dalszego leczenia, o prowadzeniu w miejscu pracy rozmów/konsultacji lekarza pielęgniarkami o uporczywej terapii, od stosunku personelu medycznego do uporczywej terapii w Polsce oraz od częstości spotykania się z pojęciem uporczywej terapii w miejscu pracy, preferowanych wyznaczników decyzji o stosowaniu uporczywej terapii i znajomości definicji uporczywej terapii i eutanazji

POSTULATY

*Boimy się nie śmierci,
ale wyobrażenia, jakie o niej mamy.
Seneka Młodszy*

Obecny system edukacyjny na kierunku Pielęgniarstwo, pozwala pielęgniarcom na nabycie np. umiejętności stawiania diagnozy pielęgniarstwa, pielęgnowania chorych, postępowania poprawiającego ich stan zdrowia, czy proceduralnego postępowania w przypadku zgonu pacjenta. Nie daje jednak możliwości zapoznania się z metodami/narzędziami jak radzić sobie z emocjami i jak zadbać o zdrowie psychiczne w sytuacjach trudnych, np. umierania i śmierci pacjentów.

W obliczu dramatu umierania i śmierci niezwykle trudne jest ofiarowanie wsparcia drugiemu człowiekowi. Wymaga to szczerego zaangażowania w relacje z pacjentem i jego rodziną oraz wyjścia naprzeciw ich potrzebom w tym zakresie.

W związku z powyższym niezbędne jest zdobywanie i rozwijanie kompetencji interpersonalnych przez pielęgniarzy oraz pogłębianie przez nie wiedzy pozwalającej na realizowanie zadań zawodowych, w taki sposób, aby zawsze miały na uwadze, że godność pacjenta jest wartością najwyższą.

Istnieje też konieczność edukowania pielęgniarzy w zakresie sposobów/metod jakie można używać w praktyce pielęgniarstwa, aby być empatycznym, zarówno w stosunku do pacjentów, ich rodzin, jak i do współpracowników.

Negatywne emocje rozwijające się u pielęgniarzy podczas pracy z ludźmi umierającymi, zabieranie ich do domu, może z czasem doprowadzić do powstania wypalenia zawodowego.

Warto więc zapewnić pielęgniarcom możliwość kontaktu z psychologiem i psychiatrą, co ewidentnie przyczyni się do poprawy ich emocjonalnej i zdrowotnej sytuacji oraz podniesie jakość opieki nad pacjentami, tym umierającymi.

PIŚMIENICTWO

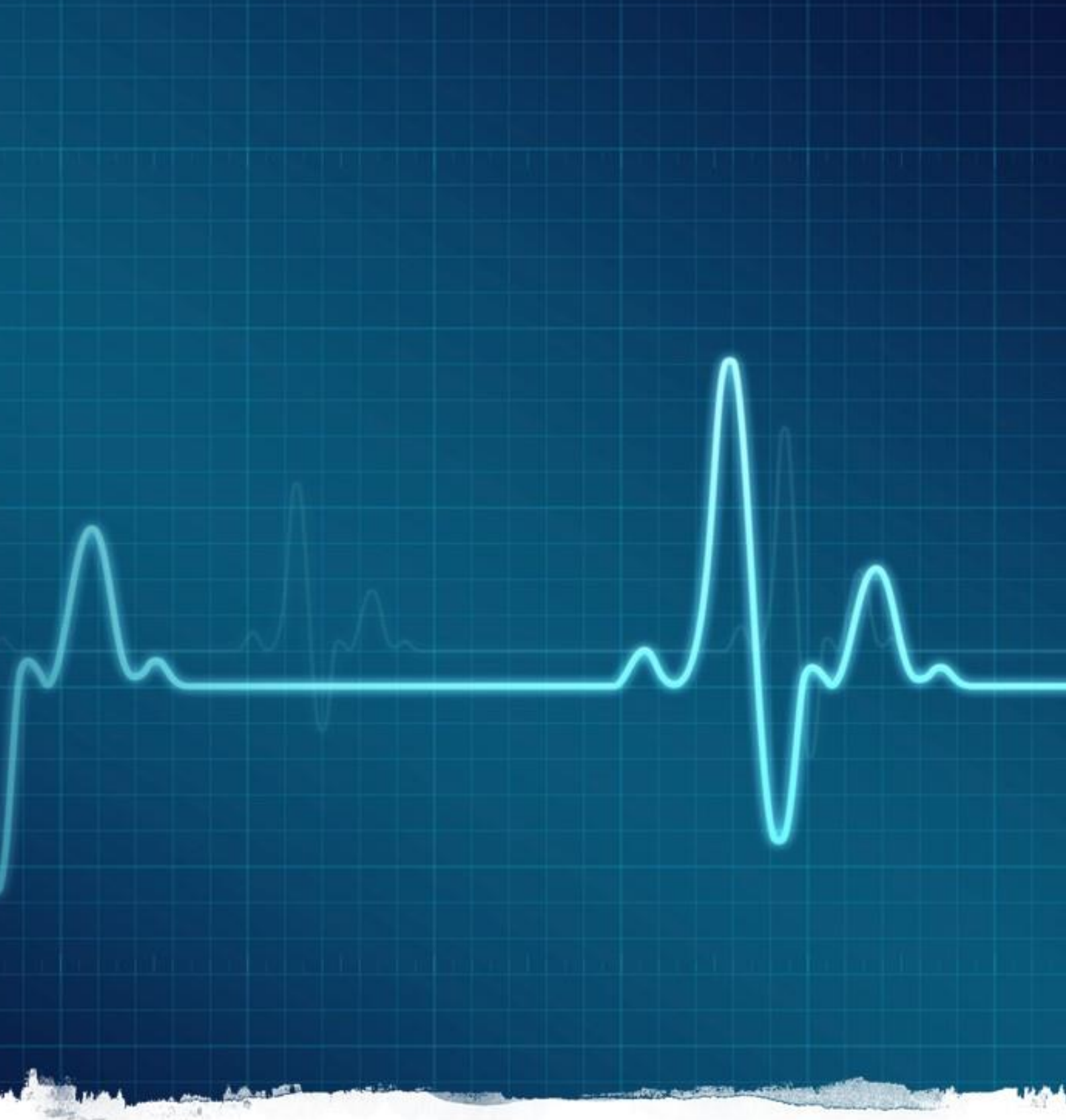
1. Siewiera J., Kübler A.: Terapia daremna dla lekarzy i prawników. Wyd. Urban & Partner, Wrocław. 2015.
2. Szczeklik A.: Nieśmiertelność. Prometejski sen medycyny. Wyd. Znak, Kraków, 2012.
3. Rostami S., Jafari H.: Nurses' perceptions of futile medical care. Mater. Sociomed. 2016; 28(2): 151-155.
4. Wach B.: Próba oceny sytuacji granicznych związanych z chorobą i umieraniem. Analiza i Egzystencja. 2013; 22: 139-69.
5. Bołoz W., Krajnik M.: Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. Definicja uporczywej terapii. Med. Paliat. Prakt. 2008; 2(3): 77-78.
6. Kübler A., Siewiera J., Durek G.: Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapia daremna) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii. Anest. Intens. Terap. 2014; 46(4): 229-234.
7. Niemiec M.: Aspekty etyczne końca życia. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2016; 10(1): 1-7.
8. Kalita T.: Śmierć mózgu jako granica prawnokarnej ochrony życia człowieka. Prokuratura i Prawo, 2016; 7-8: 39-54.
9. Bauer W.: Das Stirnrunzeln des Totenkopfes. Über die Paradoxie des Todes in der frühen chinesischen Philosophie. Insel Verlag, Frankfurt am Main. 2000: 309.
10. Benzehöfer U.: Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart. Verlag C. H. Beck, München. 1999; 17: 66-79.
11. Kassel H.: Ars Moriendi. Eine Sterbekunst aus der Sorge um das ewige Heil. Erwägungen zur Kunst des Sterbens [in:] Ars Moriendi. Erwägungen zur Kunst des Sterbens, Wagner H. (ed.), Herder, 1989: 15-44.
12. Bołoz W.: Utrzymywanie życia za wszelką cenę czy rezygnacja z uporczywej terapii. Punkt widzenia etyka. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2013; 7(3-4): 69-74.
13. Jaśkowiec M.: Zagadnienie życia w aspekcie zabójstwa eutanatycznego. Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ. 2019; 3: 49-65.
14. Dziedziak W.: Godność człowieka jako podstawa sprawiedliwości. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Annales UMCS. Sektio G. Lublin 2019, 1(66): 87-99.

15. Rzecznik Praw Pacjenta. Standardy postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia. Warszawa. 2021.
16. Budziński R.: Uporczywa terapia we współczesnej medycynie. Wyd. Bernardinum, Pelpin, 2016.
17. Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych. O leczeniu daremnym chorych poddawanych intensywnej terapii. Warszawa, 2018.
18. Michoński D.: Kwestia oświadczeń pro futuro w kontekście artykułu 9 Europejskiej Konwencji Bioetycznej i praktyki wybranych państw europejskich. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*. 2017; 11(3): 102–110.
19. Boratyńska M., Malczewski J.: Spór o zaprzestanie daremnej terapii oraz sztucznego odżywiania i nawadniania na przykładzie sprawy polskiego pacjenta RS w Wielkiej Brytanii. *Przegląd Prawa Medycznego*. 2017; 1-2(7): 171-233.
20. Iacobucci G.: Covid-19: Government to issue new guidance on DNAR orders after legal challenge. *BMJ*. 2020; 370: m2848.
21. Kluz M.: Troska o dar ludzkiego zdrowia. Odpowiedzialność osobista czy społeczna?. *Teologia i Człowiek*. 2016; 33(1): 47-62.
22. Dzierżanowski T.: Definicje ostatnich paliatywnych - przegląd narracyjny i nowa propozycja. *Med. Paliat.*. 2021; 13(4): 187-200.
23. Mańkowska J., Pytłasińska J., Pielka E., Pielka I., Dorna K., Paprocka-Borowicz M., Gnus J.: Medycyna paliatywna a eutanazja i ortotanazja. Odmienne oblicza godnej śmierci. <https://ppm.umed.wroc.pl/docstore/download/UMW70d0e069d4b9425d805c4433f22bed23/Medycyna+paliatywna+a+eutanzja+i+ortotanazja.+Odmienne+oblicza+godnej+%C5%9Bmierci-wcag.pdf?entityType=article>, data dostępu: 31.10.2022.
24. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Cybulski M.: Wybrane aspekty problemu ortotanazji w percepcji studentów kierunków medycznych, *Med. Paliat.*, 2014; 3: 158-164.
25. <https://www.slideserve.com/spike/prawa-cz-owieka>, data dostępu 05.11.2022.
26. Tarnawski M.: Zabójstwa uprzywilejowane w ujęciu polskiego prawa karnego. Wyd. UAM, Poznań, 1981.
27. Rusznica A., Kieca M., Kleska Ł.: Eutanazja i samobójstwo. Filozoficzno-prawne refleksje nad śmiercią z wyboru. Wyd. Łukasz Kleska, Rzeszów, 2016.
28. Borkowska K.: Zabójstwo eutanatyczne w polskim i austriackim prawie karnym – rozważania komparatystyczne. *Studia Prawnoustrojowe*. 2022, 5: 43-53.

29. De Walden-Gałuszko K., Pawłowski L. Problemy etyczne w opiece paliatywnej. Medycyna paliatywna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa, 2015.
30. Miziara ID, Miziara CS. Moral consensus theory: paradigm cases of abortion and orthothanasia in Brazil. *Indian J Med Ethics* 2013; 10: 58-61.
31. Cruz V., Camaliente L., Caruso P.: Factors Associated With Futile EndOf-Life Intensive Care in a Cancer Hospital. *AJHPM*, 2015; 3: 329–334.
32. Noyes R., Clancy J: The Dying Role: Its Relevance to Improved Patient Care. *Psychiatry*. 2016; 79: 199-205.
33. Słownik Języka Polskiego. Warszawa. Wydawnictwo Naukowe PWN: <https://sjp.pwn.pl>, data dostępu: 06.11.2022
34. Szeroczyńska M.. Odstąpienie od uporczywej terapii- de lege lata i de lege ferenda. *Med. Paliat.*, 2013; 5(2): 31–40.
35. Kubler K., Siewiera J., Durek G., Kusza K., Piechota M., Szkulmowski Z.: Guidelines regarding the ineffective maintenance of organ functions (futile therapy) in ICU patients incapable of giving informed statements of will. *Anaesthesiol. Intensive Ther.*, 2014; 46(4): 215–220.
36. Kodeks Etyki Lekarskiej. Tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, <https://www.mp.pl/etyka/dokumenty/86823,kodeks-etyki-lekarskiej>, data dostępu: 06.11.2022.
37. Kuć D.: Kodeks Etyki Lekarskiej: odcinek 34: Co robić, kiedy „nie da się nic zrobić” - opieka nad człowiekiem umierającym. *Med. Prakt.*, 2016; 5: 113–115.
38. Bołoz W., Krajnik M.: Definicja uporczywej terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*. 2008; 2: 77–78.
39. Dahlin C.: Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Chapter, 2015; 11-19.
40. Mariański J.: Godność ludzka jako wartość i sposoby jej uzasadniania w opinii młodzieży *Zeszyty Naukowe KUL* 2019; 62(4): 5-25.
41. Szeroczyńska M.: Odstąpienie od uporczywej terapii-de lege lata i de lege ferenda. *Med. Paliat.*, 2013; 5(2): 31–40.
42. Szczeklik W., Krajnik M., Pawlikowski J. i wsp.: Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu – stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych. Część 1:

- chory umierający nieubezpieczeni, niebędący w stanie podejmować świadomych decyzji co do leczenia w sytuacji daremności medycznej stosowanej terapii. *Med. Prakt.*, 2023; 4: 121–140.
43. https://pulsmedycyny.pl/terapia-daremna-powstaly-wytyczne-poparte-przez-wiekszos-towarzystw-naukowych-1183687?fbclid=IwAR3W9DP7NJpk6U7Ownh-ksWcgdltbPsGr_WGSl2FU-zVyhZzJqGtabDjx9I, data dostępu 18.04.2023.
44. Piotrowski J., Żemojtel-Piotrowska M. Skala lęku i fascynacji śmiercią, *Polskie Forum Psychologiczne*, 2009; 14(1): 90-109.
45. Bazaliański D., Marciniak I., Sałacińska I., Przybek-Mita J., Więch P.: Doświadczenie uporczywej terapii w pracy pielęgniarek pracujących w oddziałach intensywnej terapii-doniesienie wstępne. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2018; 12: 52-61.
46. Bołoz W, Krajnik M. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. Definicja uporczywej terapii. *Med. Paliat. Prakt.*, 2008; 2(3): 77-78.
47. Royal College of Paediatrics and Child Health. Zaniechanie i wycofanie się z leczenia przedłużającego życie u dzieci. *Zarys praktyki medycznej. Pediatr. Pol.*, 1999; 8: 48. 821-37.
49. Dzida J., Domagała P.: Analiza postaw personelu pielęgniarskiego wobec uporczywej terapii. *utile treatment. Probl. Pielęg.*, 2017; 25(4): 221–226.
50. Tokarz W. Współczesne dylematy intensywnej terapii. Eutanazja - Anioł Śmierci czy Zbawienia? *Anestezjologia i Ratownictwo*. 2012; 6: 16–23.
51. Kodeks Etyki Lekarskiej; http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf, data dostępu 19.02.2023.
52. Włodarczyk D, Tobolska B. Wizerunek zawodu pielęgniarki z perspektywy lekarzy, pacjentów i pielęgniarki. *Medycyna Pracy*, 2011; 62(3): 269–279.
53. Piechota M. Granica pomiędzy legalnością a bezprawnością udzielania świadczeń zdrowotnych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. *Anest. Intens. Terap.* 2014; 46(1), 1-3.
54. White B, Willmott L, Close E, et al. What does “futility” mean? An empirical study of doctors’ perceptions. *Med. J. Aust.*, 2016; 204(8): 318.
55. Kübler A, Siewiera J, Durek G. Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapia daremna) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii. *Anest. Intens. Terap.* 2014; 46(4): 229-234.
56. Zoll A. Zaniechanie leczenia – aspekty prawne. *Prawo Med.* 2005; 5(2): 31-38.

57. Dangel T, Grenda R, Kaczkowski J, Pawlikowski J, Rawic M, Sawicka E i wsp. Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, 2011, https://www.hospicjum.waw.pl/pliki/Artykul/1134_zaniechanieiwycofaniezleczeniapo-dtrzymujacegozyciudzieci-wytycznept-2011.pdf, data dostępu 19.02.2023.
58. Sołoma A.: Lęk przed śmiercią, światopogląd a samoocena: omówienie teorii opanowywania trwogi. Przegląd Psychologiczny, 1995; 38: 191-200.
59. Wysoczańska A.: Spojrzenie dziecka na zagadnienia umierania i śmierci. Przegląd Psychologiczny. 1990; 33: 585-593.
60. Turner J., Helms D.: Rozwój człowieka. Wyd. Szkolne i Pedagogiczne S.A., Warszawa, 1999.
61. Feifel H., Branscomb A.: Who's Affraid of Death. J. Abnorm, Psychol., 1973; 81: 282-288.
62. Ostrowska A.: Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa. Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa, 1997.
63. Sokrates, <https://pl.wikiquote.org/wiki/%C5%9Amier%C4%87>, data dostępu 17.05.2023.



ISBN 978-83-67454-45-2