

Wiedza i opinie personelu medycznego oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii na temat prowadzenia uporczywej terapii

Knowledge and opinions on conducting persistent therapy in the work of medical staff in anaesthesiology and intensive care departments

Violetta Cebulka¹, Violetta Koźlak¹, Piotr Dybalski^{2,3}

¹Wydział Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu

²Oddział Chirurgii Ogólnej i Leczenia Ran Przewlekłych, Centrum Medyczne HCP im. św. Jana Pawła II w Poznaniu

³Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Powiatowy we Wrześni

Streszczenie

Cel pracy: Poznanie wiedzy oraz opinii personelu pielęgniarskiego oraz lekarskiego zatrudnionego na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii na temat uporczywej terapii.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono na wybranych oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii na terenie województwa wielkopolskiego. Grupę badawczą stanowiło 155 respondentów, w tym 123 pielęgniarki (pielęgniarzy) oraz 32 lekarzy. W badaniach zastosowano autorski kwestionariusz. Do analizy statystycznej uzyskanych wyników wykorzystano test niezależności χ^2 Pearsona oraz test χ^2 największej wiarygodności.

Wyniki: Prawidłową definicję uporczywej terapii wskazało jedynie 43,9% badanych, przy czym jej znajomość deklarowało 91,6%. W badanej grupie 81,3% osób stwierdziło, że protokół o odstąpieniu od daremnej terapii powinien być stosowany w uzasadnionych medycznie sytuacjach. Zdecydowana większość (66,5%) ankietowanych potwierdziła, że nie wykorzystuje wskazanego protokołu w miejscu pracy. Z kolei 71% respondentów potwierdziło stosowanie terapii uporczywej w miejscu pracy pomimo możliwości skorzystania z protokołu, 20,6% ankietowanych nie miało zdania na ten temat.

Wnioski: Znajomość i rozumienie pojęcia uporczywej terapii przez personel medyczny oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii nie są zadowalające. Uporczywa terapia jest stosowana w miejscu pracy respondentów. Większość badanych wyraziła opinię o zasadności stosowania protokołu o odstąpieniu od daremnej terapii. W sytuacji nieuleczalnej choroby swojej i osób bliskich, nieobjętej leczeniem na oddziale intensywnej terapii, respondenci wybraliby śmierć naturalną.

Słowa kluczowe: uporczywa terapia, daremna terapia, intensywna terapia.

Abstract

Aim of the study: Assertaining nurses' and doctors' knowledge and opinions on persistent therapy provided in anaesthesiology and intensive care departments.

Material and methods: The research was done in selected Anaesthesiology and Intensive Care Departments in the Greater Poland Province. The research group consisted of 155 respondents, including 123 nurses and 32 doctors. The researchers used their own questionnaire. The statistical analysis of the results was made with the χ^2 test of independence and the Pearson's χ^2 test.

Results: Only 43.9% of the respondents confirmed their familiarity with the correct definition of persistent therapy; 91.6% declared that they knew the concept, 81.3% pointed that the protocol for withdrawal from futile therapy should be used in medically justified situations. The vast majority (66.5%) of the respondents confirmed that they did not use the indicated protocol in the workplace. On the other hand, 71% of the interviewees confirmed using persistent therapy in the workplace despite the possibility of taking advantage of the protocol. 20.6% of the respondents had no opinion.

Conclusions: The knowledge and understanding of the concept of persistent therapy of medical staff in anaesthesiology and intensive care departments is not satisfactory. Persistent therapy is used in the respondents' workplace. The majority considered use of the protocol for withdrawal from futile therapy legitimate. In the case of an incurable illness in themselves or in their relatives, with no treatment in the intensive care unit, the respondents would choose natural death.

Key words: persistent therapy, futile therapy, intensive therapy.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Violetta Cebulska, Wydział Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu, e-mail: vcebulska@o2.pl

WSTĘP I CEL PRACY

Współczesny rozwój nowoczesnych technologii mających zastosowanie w różnych dziedzinach medycyny stworzył ogromne możliwości podtrzymywania funkcji życiowych pacjentów i tym samym przedłużania ich życia. Sytuacja ta w przypadku braku skuteczności podejmowanych zaawansowanych procedur medycznych może wywoływać kontrowersje natury medycznej, społecznej, etycznej oraz światopoglądowej. Świadczenia z zakresu intensywnej terapii, takie jak resuscytacja krążeniowo-oddechowa, wentylacja mechaniczna, pozaustrojowe wspomaganie krążenia, są przykładem nie tylko wysokospecjalistycznych zabiegów diagnostyczno-terapeutycznych, ale często także permanentnego ingerowania w proces umierania. Często zapominamy, że potencjał fizyczny i psychiczny człowieka jest w pewnym sensie ograniczony, a każde działanie mające na celu jedynie podtrzymanie niewydolnych narządów nie zawsze przynosi wymierne korzyści dla pacjenta i służy jego dobru [1].

Obecne prawodawstwo nie definiuje jednoznacznie pojęcia uporczywej i daremnej terapii, a w konsekwencji nie reguluje wprost dopuszczalności ich zaprzestania. Uporczywa terapia najczęściej jest określana jako stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, co przedłuża jego umieranie oraz wiąże się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności człowieka. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia, nawadniania, o ile służą dobru pacjenta. Z kolei terapia daremna, jako termin obowiązujący na oddziałach intensywnej terapii, jest rozumiana jako podtrzymywanie czynności narządów nieprzynoszące korzyści pacjentowi. Według innych autorów terapia daremna to taka, która z małym prawdopodobieństwem przyniesie poprawę stanu zdrowia, wyleczenie czy złagodzenie dolegliwości [2].

Analizując problem daremnej, uporczywej terapii w kontekście prawa medycznego i karnego, należy zwrócić uwagę na zapis odnoszący się m.in. do obowiązków lekarza, które reguluje art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentyści. Powyższy akt prawny nakłada „obowiązek udzielania pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spo-

wodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki” [3]. Oznacza to, że w razie braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów u pacjentów objętych intensywnym leczeniem, u których pogorszenie stanu zdrowia jest nieodwracalne, a nadchodząca śmierć spodziewana i nieuchronna, nie można jej określać w myśl ustawy jako sytuacji nagłej. Lekarz nie ma obowiązku kontynuowania procedur medycznych z góry skazanych na niepowodzenie. Ponadto art. 38 ustawy dopuszcza możliwość niepodjęcia leczenia lub odstąpienia od niego, jeżeli stwierdza się poważne ku temu przesłanki, których dokument szczegółowo nie określa. Niektóre z uregulowań spoza prawa powszechnego dotyczące poruszanej problematyki zostały ujęte w art. 32 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej wskazującym, że w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii oraz stosowania środków nadzwyczajnych. Dodatkowo decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans pacjenta. Odstąpienie od uporczywej, daremnej terapii zawsze budzi wątpliwości natury etycznej z uwagi na podstawowe prawo człowieka do ochrony życia. Z kolei kontynuowanie działań typowych dla intensywnej terapii wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów należy uznać za postępowanie nieetyczne. Właśnie w trosce o godną śmierć i poszanowanie ludzkiego istnienia na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii w uzasadnionych przypadkach odstępuje się od prowadzenia uporczywej, daremnej terapii zgodnie z obowiązującymi procedurami [4–6].

Celem pracy było poznanie wiedzy oraz opinii personelu pielęgniarskiego oraz lekarskiego zatrudnionego na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii na temat uporczywej terapii. Poddając analizie problem uporczywej terapii w grupie respondentów, postawiono następujące pytania badawcze:

Jaki jest poziom świadomości i zrozumienia uporczywej terapii wśród personelu medycznego oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii?

Jakie doświadczenia z prowadzeniem uporczywej terapii mają pielęgniarki (pielęgniarze) oraz lekarze w miejscu pracy?

Jakie czynniki socjodemograficzne mają wpływ na wiedzę i opinię personelu medycznego na temat uporczywej terapii?

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono na wybranych oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii w placówkach o zróżnicowanym poziomie referencyjnym na obszarze województwa wielkopolskiego. Grupę badawczą stanowiło 155 respondentów reprezentujących zawody medyczne, w tym 123 pielęgniarki (pielęgniarki) oraz 32 lekarzy. Badania przeprowadzono od lipca do sierpnia 2017 r. po wcześniejszym uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem samodzielnie skonstruowanego kwestionariusza anonimowej ankiety. Ankieta składała się z metryczki oraz 20 pytań, w tym 18 pytań jednokrotnego wyboru i dwóch pytań wielokrotnego wyboru. Pytania weryfikowały najistotniejsze aspekty wiedzy oraz doświadczenie personelu medycznego związane z prowadzeniem uporczywej terapii.

Do analizy i opracowania statystycznego wyników badań wykorzystano program Statistica 12, arkusz kalkulacyjny Excel, test niezależności χ^2 Pearsona oraz test χ^2 największej wiarygodności (NW) w przypadku, gdy licznosci oczekiwane w tabeli kontyngencji o rozmiarze większym niż 2×2 były mniejsze niż 5. Za istotną statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$.

WYNIKI

W badanej grupie (155 osób) kobiety stanowiły 74,8%, a mężczyźni 25,2%. Wiek ankietowanych zawierał się w przedziale 22–63 lat, średnia wieku wynosiła $39,6 \pm 10,5$ roku (średnia wieku kobiet – $40,0 \pm 10,5$ roku, mężczyzn – $38,4 \pm 10,6$ roku). Wśród badanych pielęgniarek (pielęgniarki) i lekarzy najliczniejszą grupę (64 osoby, 41,3%) stanowiły osoby młode, do 35. roku życia. Większość respondentów (85 ankietowanych, 54,8%) to osoby z wykształceniem wyższym, wykonujące zawód pielęgniarki (pielęgniarka). Wykształcenie średnie pielęgniarskie miało 38 (24,5%) badanych. Trzydzieści dwie osoby (20,6%) wykonywały zawód lekarza. Wśród ankietowanych 64 osoby (41,3%) mieszkały w aglomeracji miejskiej do 500 tys. mieszkańców, w mieście do 100 tys. mieszkańców – 38 osób (24,5%), a w mieście do 20 tys. – 17 osób (11%). Trzydziestu sześciu (23,2%) respondentów było mieszkańcami wsi. Ankietowani pracowali w zawodzie od roku do 41 lat. Średnia stażu pracy wynosiła $16,3 \pm 11,0$ lat. W badanej grupie 79 (51%) osób pracowało w zawodzie do 15 lat, a 76 (49%) dłużej niż 15 lat. W szpitalach miejskich pracowało 70 (45,2%) badanych osób, w szpitalach powiatowych zatrudnionych było 35 osób (22,6%), w szpitalach wojewódzkich – 28 (18,1%), a 22 (14,2%) respondentów pracowało w szpitalach uniwersyteckich. Wśród

badanych pielęgniarek (pielęgniarki) i lekarzy zdecydowaną większość ($n = 120$, 77,4%) stanowiły osoby wyznania rzymskokatolickiego. Świadkowie Jehowy byli reprezentowani przez 4 (2,6%) ankietowanych, 31 osób (20%) było niewierzących.

Na pytanie: „Czy zna Pani/Pan definicję uporczywej terapii”, zdecydowana większość odpowiedziała twierdząco – 91,4% kobiet i 92,3% mężczyzn. Biorąc pod uwagę wiek badanych, znajomość terminu zadeklarowało 97,7% osób w wieku 36–45 lat, przecząco odpowiedziało 85,9% ankietowanych w wieku do 35 lat. Na znajomość definicji uporczywej terapii wśród ankietowanych wskazało 100% lekarzy, 91,8% pielęgniarek (pielęgniarki) z wykształceniem wyższym oraz 84,2% osób z wykształceniem średnim. Znajomość terminu deklarowało 96,4% zatrudnionych w szpitalu wojewódzkim.

Z kolei wyniki uzyskane w odpowiedzi na pytanie: „Które z zamieszczonych twierdzeń odpowiada definicji uporczywej terapii”, nie potwierdziły znajomości tego pojęcia w badanej grupie. Prawidłową definicję wskazało jedynie 43,9% osób, przy czym jej znajomość deklarowało 91,6%. Uwzględniając grupy wiekowe, prawidłową odpowiedź najczęściej podawali respondenci w wieku 36–45 lat (47,7% osób) oraz w wieku 46–55 lat (35,3%). Po uwzględnieniu wykształcenia ankietowanych prawidłową odpowiedź najczęściej (56,3%) wybierali lekarze oraz pielęgniarki (pielęgniarki) z wykształceniem wyższym (40% osób). Ponadto znajomość definicji uporczywej terapii różnicowało miejsce zatrudnienia. Prawidłową odpowiedź wybierali najczęściej lekarze i pielęgniarki (pielęgniarki) pracujący w szpitalach miejskich oraz wojewódzkich (odpowiednio 52,9% i 46,4% osób). Wśród ankietowanych zatrudnionych w szpitalach powiatowych prawidłową odpowiedź wskazało 37,1% osób, a wśród zatrudnionych w szpitalach uniwersyteckich – zaledwie 22,7% osób.

Weryfikacja opinii respondentów na temat stosowania protokołu o odstąpieniu od daremnej terapii ujawniła, że według większości badanych (81,3%) „powinien być [on] stosowany, gdy pomimo postępowania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i stanem pacjenta terapia nie przynosi pacjentowi korzyści”. Zdania na ten temat nie miało 14,2% ankietowanych, a jedynie 4,5% uważało, że protokół nie powinien być stosowany w żadnym przypadku. Poszukując związków i zależności pomiędzy odpowiedzią na powyższe pytanie a wyznaniem (na poziomie istotności 0,05), stwierdzono statystycznie istotną zależność ($p = 0,0298$). Wśród respondentów, którzy twierdzili, że protokół powinien być stosowany, było 97 osób (80,8%) wyznania rzymskokatolickiego i 27 osób niewierzących (80,8%). Dwóch świadków Jehowy (50%) wyraziło opinię, że protokół ten nie powinien być stosowany w żadnym wypadku, bez względu na stan pacjenta (tab. 1).

Tabela 1. Opinia na temat stosowania protokołu o odstąpieniu od daremnej terapii według wyznania badanych oraz wynik testu χ^2 NW

Według Pani/Pana opinii protokół o odstąpieniu od daremnej terapii:	Wyznanie					
	rzymskokatolickie n = 120		niewierzący n = 31		świadkowie Jehowy n = 4	
	n	%	n	%	n	%
powinien być stosowany, gdy pomimo postępowania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i stanem pacjenta terapia nie przynosi pacjentowi korzyści	97	80,8	27	87,1	2	50,0
nie powinien być stosowany w żadnym wypadku, bez względu na stan pacjenta	5	4,2	0	0,0	2	50,0
nie mam zdania	18	15,0	4	12,9	0	0,0
χ^2	10,73					
df	4					
p	0,0298*					

*istotny statystycznie, $p < 0,05$ **Tabela 2.** Opinia badanych na temat zastosowania protokołu o odstąpieniu od daremnej terapii ze względu na miejsce zatrudnienia oraz wynik testu χ^2 Pearsona

Czy w Pani/Pana miejscu pracy stosowany jest „Protokół postępowania wobec nieskuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego oświadczenia woli, leczonych na stanowiskach intensywnej terapii”?	Miejsce zatrudnienia – szpitale							
	miejskie n = 70		powiatowe n = 35		wojewódzkie n = 28		uniwersyteckie n = 22	
	n	%	n	%	n	%	n	%
tak	22	31,4	7	20,0	5	17,9	18	81,8
nie	48	68,6	28	80,0	23	82,1	4	18,2
χ^2	28,63							
df	3							
p	0,0000*							

*istotny statystycznie, $p < 0,05$

Wiek badanych, staż pracy, wykształcenie, miejsce zatrudnienia, czas obciążenia pracą oraz miejsce zamieszkania nie miało wpływu na opinię dotyczącą zastosowania protokołu o odstąpieniu od daremnej terapii. Nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie ($p > 0,05$).

W grupie 155 respondentów w odpowiedzi na pytanie o stosowanie w ich miejscu pracy protokołu odstąpienia od daremnej terapii większość ankietowanych (66,5%) wskazała na jego niewykorzystywanie, twierdząco odpowiedziało 33,5% badanych. Analizując wpływ określonych zmiennych na uzyskane wyniki, należy stwierdzić, że miejsce zatrudnienia miało wpływ na opinię badanych (istotna statystycznie zależność, $p < 0,0001$). Protokół najczęściej był stosowany w szpitalach uniwersyteckich (81,8%). Jego niewykorzystywanie w miejscu pracy potwierdziło 82,1% zatrudnionych w szpitalach wojewódzkich, 80% w powiatowych oraz 68,6% osób pracujących w szpitalach miejskich (tab. 2). Wykazano istotną statystycznie zależność między miejscem zatrudnienia a opinią na temat stosowania uporczywej terapii w środowisku pracy badanych

($p = 0,0074$). Wśród zatrudnionych w szpitalach uniwersyteckich 21 respondentów (95,5%) podała, że w ich miejscu pracy jest stosowana uporczywa terapia (tab. 3).

W odpowiedzi na pytanie o możliwość dokonania wyboru i skorzystania z protokołu o odstąpieniu od terapii daremnej w przypadku nieuleczalnej choroby własnej lub bliskiej Pani/Panu osoby przebywającej na oddziale intensywnej terapii, większość badanych (69,7%) wskazała, że skorzystałaby z takiej możliwości. Przeciwnego zdania było 6,4% ankietowanych, a według 11,6% respondentów taką decyzję powinien podejmować lekarz prowadzący. Pozostali ankietowani (12,3%) nie mieli zdania na ten temat.

Analiza opinii badanych dotyczącej wyboru postępowania obejmującego skorzystanie z protokołu o odstąpieniu od daremnej terapii w sytuacji nieuleczalnej choroby własnej lub osoby bliskiej przebywającej na oddziale intensywnej terapii oraz dotyczącej stosowania protokołu odstąpienia od terapii daremnej wykazała, że wśród badanych, którzy skorzystaliby z możliwości wyboru, największy (79,4%) był odsetek osób deklarujących, że protokół

Tabela 3. Prowadzenie uporczywej terapii w miejscu pracy respondentów oraz wynik testu χ^2 NW

Czy według Pani/Pana uporczywa terapia jest stosowana w Pani/Pana miejscu pracy mimo możliwości skorzystania z protokołu o odstąpieniu od terapii daremnej?	Miejsce zatrudnienia – szpitale							
	miejskie n = 70		powiatowe n = 35		wojewódzkie n = 28		uniwersyteckie n = 22	
	n	%	n	%	n	%	n	%
tak	47	67,1	20	57,1	22	78,6	21	95,5
nie	4	5,7	7	20,0	2	7,1	0	0,0
nie mam zdania	19	27,1	8	22,9	4	14,3	1	4,5
χ^2	17,62							
df	6							
p	0,0074*							

Tabela 4. Opinia na temat wyboru wykorzystania protokołu o odstąpieniu od daremnej terapii w sytuacji nieuleczalnej choroby u ankietowanego lub osoby bliskiej oraz wynik testu χ^2 NW

Gdyby mogła/mógł Pani/Pan dokonać wyboru w przypadku nieuleczalnej choroby własnej lub bliskiej Pani/Panu osoby przebywającej na oddziale intensywnej terapii o skorzystaniu z protokołu o odstąpieniu od terapii daremnej, to:	Według Pani/Pana opinii protokół o odstąpieniu od terapii daremnej:					
	powinien być stosowany, gdy pomimo postępowania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i stanem pacjenta terapia nie przynosi pacjentowi korzyści n = 90		nie powinien być stosowany w żadnym wypadku n = 30		nie mam zdania n = 35	
	n	%	n	%	n	%
skorzystał(a)bym z możliwości wyboru	100	79,4	1	14,3	7	31,8
nie skorzystał(a)bym z możliwości wyboru	4	3,2	4	57,1	2	9,1
wolę, aby wszystkie decyzje związane z terapią podejmował lekarz prowadzący	16	12,7	1	14,3	1	4,5
nie mam zdania	6	4,8	1	14,3	12	54,5
χ^2	51,23					
df	6					
p	0,0000*					

*istotny statystycznie, $p < 0,05$

powinien być stosowany. Z kolei wśród respondentów, którzy nie skorzystaliby z takiej możliwości, największy był odsetek osób (57,1%) potwierdzających jego niestosowanie. Wśród badanych, którzy nie mieli zdania na temat skorzystania z możliwości wyboru, największy był odsetek osób (54,5%), które nie miały zdania na temat stosowania protokołu. Stwierdzono istotną statystycznie zależność ($p < 0,0001$) między opinią o odstąpieniu od protokołu daremnej terapii a możliwością skorzystania z niego w sytuacji nieuleczalnej choroby własnej lub osoby bliskiej (tab. 4).

Gdyby istniała możliwość dokonania wyboru w przypadku nieuleczalnej choroby własnej lub osoby bliskiej, większość badanych (62,6%) wybrałaby podpisanie protokołu o zaniechaniu terapii daremnej. Śmierć naturalną wybrałoby 24,5% ankietowanych, pozostali (12,9%) wybraliby eutanazję lub samobójstwo wspomagane przez lekarza.

Analiza opinii personelu pielęgniarskiego i lekarskiego dotyczącej dwóch poruszanych w sondażu kwestii: „Gdyby mogła/mógł Pani/Pan w przypadku

nieuleczalnej choroby własnej lub osoby Pani/Panu bliskiej dokonać wyboru postępowania” oraz „Kiedy według Pani/Pana opinii protokół o odstąpieniu od terapii daremnej powinien być stosowany?”, wskazała, że największy odsetek (71,4%) stanowili przeciwnicy stosowania protokołu, którzy wybraliby śmierć naturalną bez względu na przebieg choroby, czas i objawy współistniejące. Z kolei wśród ankietowanych, którzy wybrali podpisanie protokołu o zaniechaniu daremnej terapii, największy był odsetek osób (68,3%), które jednocześnie akceptowały jego wykorzystanie. Wśród personelu medycznego, który wskazał na eutanazję lub samobójstwo wspomagane przez lekarza, największy odsetek (15,1%) stanowiły osoby jednocześnie akceptujące protokół. Stwierdzono istotną statystycznie zależność między opinią ankietowanych na temat wyboru postępowania w sytuacji nieuleczalnej choroby badanego lub osoby bliskiej a protokołem odstąpienia od daremnej terapii ($p < 0,0001$) (tab. 5).

Według badanych pielęgniarek (pielęgniarzy) i lekarzy protokół o odstąpieniu od terapii daremnej po-

Tabela 5. Zależność pomiędzy opinią na temat stosowania protokołu o odstąpieniu od daremnej terapii a postępowaniem respondentów w przypadku nieuleczalnej choroby własnej lub bliskiej osoby oraz wynik testu χ^2 NW

Gdyby mogła/mógł Pani/Pan w przypadku nieuleczalnej choroby własnej lub bliskiej Pani/Panu osoby dokonać wyboru, to:	Według Pani/Pana opinii protokół o odstąpieniu od terapii daremnej:					
	powinien być stosowany, gdy pomimo postępowania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i stanem pacjenta terapia nie przynosi pacjentowi korzyści n = 90		nie powinien być stosowany w żadnym wypadku n = 30		nie mam zdania n = 35	
	n	%	n	%	n	%
wybrał(a)bym śmierć naturalną bez względu na przebieg choroby, czas i objawy współistniejące	21	16,7	5	71,4	12	54,5
wybrał(a)bym podpisanie protokołu o zaniechaniu terapii daremnej	86	68,3	1	14,3	10	45,5
wybrał(a)bym eutanazję lub samobójstwo wspomagane przez lekarza	19	15,1	1	14,3	0	0,0
χ^2			30,49			
df			4			
p			0,0000*			

*istotny statystycznie, $p < 0,05$

winien być zastosowany, gdy podtrzymywanie czynności narządów nie przynosi korzyści pacjentowi (65,2% osób). Ze wszystkimi odpowiedziami zgadzało się 12,3% ankietowanych, natomiast z żadną odpowiedzią nie zgadzało się 18,1% badanych (ryc. 1).

Na pytanie: „Jaką grupę pacjentów można objąć protokołem o odstąpieniu od terapii daremnej według Pani/Pana?”, prawie wszyscy respondenci (96,1%) odpowiedzieli, że wszystkich pacjentów bez względu na wiek, płeć, wyznanie, u których podtrzymywanie czynności narządów nie przynosi korzyści, a jedynie wydłuża cierpienie. Pozostałe osoby uważały, że tylko pacjentów onkologicznych (2,6%) lub tylko pacjentów geriatrycznych (1,3%).

Zdaniem prawie połowy respondentów (43,2%) protokół o odstąpieniu od terapii daremnej jest zbyt rzadko wykorzystywany w ich miejscu pracy. Według 20,6% badanych protokół był stosowany zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, stanem pacjenta oraz poszanowaniem jego woli i praw, natomiast 1,3% osób uważało, że był wykorzystywany zbyt często. Pozostali (34,8%) nie wyrazili opinii na ten temat.

Na pytanie: „Czy Pana/Pani zdaniem zastosowanie protokołu o odstąpieniu od terapii daremnej jest tożsame z zastosowaniem protokołu postępowania diagnostycznego stwierdzającego śmierć pnia mózgu?”, zdecydowana większość (80%) odpowiedziała „nie”. Odpowiedzi „tak” udzieliło 11% ankietowanych, a 9% badanych nie miało zdania w tej kwestii.

W odniesieniu do dwóch pytań ankiety dotyczących wiedzy na temat tożsamości wykorzystania na oddziale intensywnej terapii dwóch protokołów: protokołu postępowania wobec nieskuteczności

podtrzymywania funkcji narządów u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego oświadczenia woli oraz protokołu postępowania diagnostycznego stwierdzającego śmierć pnia mózgu, stwierdzono istotną statystycznie zależność ($p = 0,0001$). W grupie badanych, którzy podali, że zastosowanie protokołu o odstąpieniu od terapii daremnej jest tożsame z zastosowaniem protokołu postępowania diagnostycznego stwierdzającego śmierć pnia mózgu, 23,1% potwierdziło stosowanie w ich miejscu

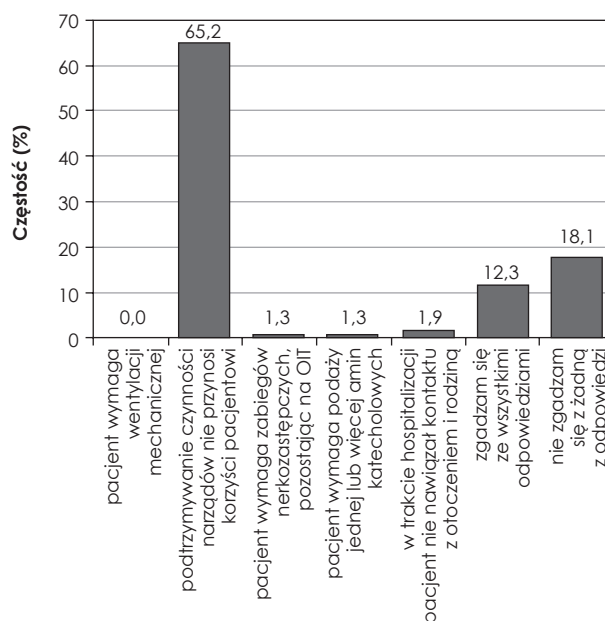
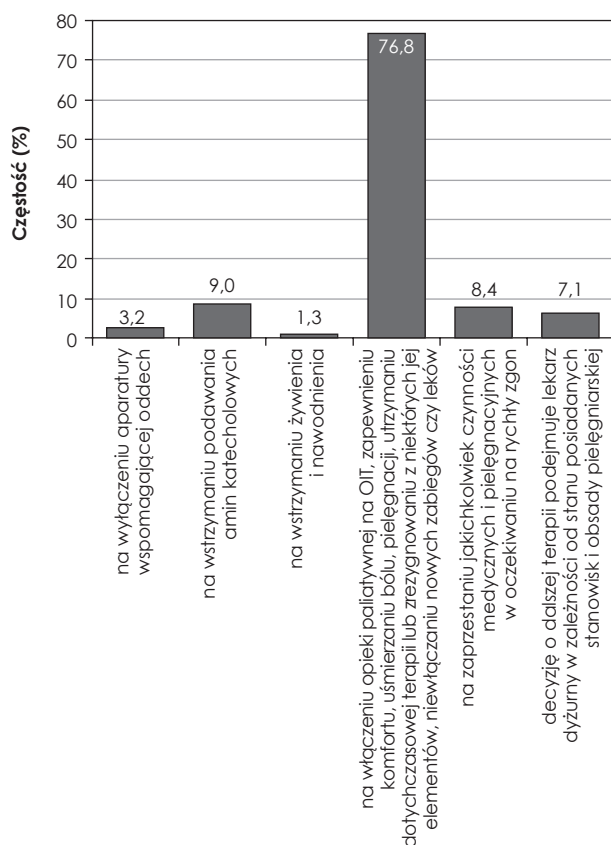
**Ryc. 1.** Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące wyboru grupy pacjentów, u których należy zastosować protokół odstąpienia od daremnej terapii

Tabela 6. Wiedza ankietowanych na temat tożsamości protokołu o odstąpieniu od terapii daremnej z zastosowaniem protokołu postępowania diagnostycznego śmierci pnia mózgu oraz wynik testu χ^2 NW

Czy Pani/Pana zdaniem zastosowanie protokołu o odstąpieniu od terapii daremnej jest tożsame z zastosowaniem protokołu postępowania diagnostycznego stwierdzającego śmierć pnia mózgu?	Czy w Pani/Pana miejscu pracy jest stosowany protokół postępowania wobec nieskuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego oświadczenia woli, leczonych na stanowiskach intensywnej terapii?			
	tak n = 52		nie n = 103	
	n	%	n	%
tak	12	23,1	5	4,9
nie	40	76,9	84	81,6
nie wiem	0	0,0	14	13,6
ogółem	52		103	
χ^2	19,76			
df	2			
p	0,0001*			

*istotny statystycznie, $p < 0,05$ **Ryc. 2.** Procentowy rozkład wielokrotnych odpowiedzi na pytanie: „Na czym według Pani/Pana polega wdrożenie protokołu o odstąpieniu od terapii daremnej?”

pracy protokołu odstąpienia od terapii daremnej. Z kolei wśród respondentów, którzy uważali, że zastosowanie protokołu o odstąpieniu od terapii daremnej nie jest tożsame z zastosowaniem protokołu postępowania diagnostycznego stwierdzającego śmierć pnia mózgu, 81,6% potwierdziło niestosowanie obu dokumentów w miejscu pracy. Ponadto wśród ankietowanych, którzy nie wiedzieli, czy za-

stosowanie powyższych dokumentów jest tożsame, większy odsetek (13,6%) stanowiły osoby, u których w miejscu pracy nie był stosowany protokół odstąpienia od terapii daremnej (tab. 6).

Na pytanie: „Na czym według Pani/Pana polega wdrożenie protokołu o odstąpieniu od terapii daremnej?”, 76,8% badanych odpowiedziało, że jest to włączenie opieki paliatywnej na oddziale intensywnej terapii, zapewnienie komfortu, uśmierzenie bólu, pielęgnacja, utrzymanie dotychczasowej terapii lub zrezygnowanie z niektórych jej elementów oraz niewvtęzanie nowych zabiegów czy leków (ryc. 2).

Prawie połowa (47,7%) ankietowanych zapytanych o zmniejszenie poziomu zaufania do grupy zawodowej pielęgniarek (pielęgniarzy) oraz lekarzy po wprowadzeniu protokołu uważała, że jego wprowadzenie nie wpłynie niekorzystnie na poziom zaufania. Odmiennego zdania było 29% badanych, a 23,2% nie miało zdania na ten temat.

OMÓWIENIE

Dynamiczny rozwój medycyny oraz nowoczesnych technologii terapeutycznych stworzył możliwość leczenia ciężkich chorób, wcześniej nieuleczalnych, co doprowadziło m.in. do znacznego wydłużenia średniej długości życia człowieka. Podtrzymywanie życia ludzkiego za wszelką cenę, przy wykorzystaniu zaawansowanych technik oraz procedur medycznych, budzi jednak wiele kontrowersji i pytań o słuszność ich wykorzystywania oraz naruszanie praw człowieka do godnej śmierci. Wskazane zjawiska bezpośrednio przyczyniły się do konieczności zmierzenia się z problemami etyczno-moralnymi pacjentów hospitalizowanych na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii oraz inicjowania dyskusji na temat uporczywej terapii [3].

W badaniu ankietowym 155 czynnych zawodowo pielęgniarek (pielęgniarzy) oraz lekarzy oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii z terenu Wielkopolski uzyskano wyniki wskazujące, że poziom wiedzy w zakresie prowadzenia uporczywej terapii jest niezadowalający. Doświadczenie zawodowe personelu medycznego w zakresie poruszanej problematyki miało dość zróżnicowany wpływ na prezentowane poglądy. Z jednej strony wskazywało bowiem na aprobatę odstępowania od terapii daremnej i poparcie dla wprowadzenia protokołu odstąpienia od niej, z drugiej zaś nie przekładało się na większą świadomość i zrozumienie problemu.

Na pytanie: „Czy zna Pani/Pan termin terapia uporczywa?”, 91,6% ankietowanych odpowiedziało twierdząco.

Na prośbę o wskazanie poprawnej definicji terapii uporczywej jedynie 43,9% badanych wykazało się jej znajomością. Uwzględniając kryterium wieku, prawidłową definicję uporczywej terapii wybrało 47,7% respondentów w wieku 36–45 lat oraz 35,3% osób w wieku 46–55 lat. Prawidłową odpowiedź wskazało 56,3% w grupie lekarzy oraz 4,0% pielęgniarek z wykształceniem wyższym. Znajomością definicji wykazali się przede wszystkim ankietowani zatrudnieni w szpitalach miejskich (52,9%) oraz wojewódzkich (46,4%).

Kielbasa-Siennicki w badaniach analizujących postawy personelu pielęgniarskiego wobec uporczywej terapii podaje, że 32% ankietowanych określa uporczywą terapię jako bolesne przedłużanie agonii, 27% – przedłużanie życia, a 24% jako stosowanie specjalistycznych procedur medycznych u nieuleczalnie chorych [7]. W badaniach Bazalińskiego i wsp. 69% pielęgniarek (pielęgniarzy) prawidłowo definiowało uporczywą terapię, natomiast 13% określiło ją jako prowadzenie leczenia, które przedłuża życie osób przewlekle i nieuleczalnie chorych. Warto podkreślić, że w grupie badanych, którzy prawidłowo zdefiniowali pojęcie uporczywej terapii, 87% posiadało specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa w anestezjologii i intensywnej opiece medycznej [8]. Dzido w badaniu postaw personelu pielęgniarskiego wobec uporczywej terapii ujawnił, że 68% respondentów, głównie osób młodych, prawidłowo rozumiało znaczenie tego terminu, 27% wskazało, że są to metody, które mają potencjał opóźniania śmierci. Większość (79%) badanych poprawnie wymieniało działania niewchodzące w zakres uporczywej terapii. Ponadto autor zwrócił uwagę, że ponad połowa (61%) respondentów była zdania, że należy przerwać leczenie, gdy jest się przekonany, że spełnia ono przesłanki terapii uporczywej, 23% uważało, że chory powinien być ratowany do samego końca, a 16% wyraziło opinię, że tylko Bóg może decydować o śmierci człowieka. Uwzględniając kryteria niezbędne przy podejmo-

waniu decyzji o przerwaniu uporczywej terapii, 51% badanych zaznaczyło rokowanie i ból, 30% – stan neurologiczny oraz opinię specjalistów, a 11% – wiek i wolę pacjenta [9].

W badaniach Kielbasy-Siennickiego 82% pielęgniarek (pielęgniarzy) było zdania, że rezygnując z uporczywej terapii, można zapewnić godne umieranie [7].

W badaniach własnych 81,3% respondentów wyraziło opinię o zasadności stosowania protokołu o odstąpieniu od daremnej terapii, gdy pomimo postępowania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i stanem pacjenta leczenie nie przynosi mu korzyści. Zdania na ten temat nie miało 14,2% ankietowanych, 4,5% stwierdziło, że nie powinien on być stosowany w żadnym przypadku. Biorąc pod uwagę wyznanie religijne badanej grupy, ujawniono, że najwięcej osób, które opowiedziały się za stosowaniem protokołu, było wyznania rzymskokatolickiego ($n = 97$) oraz osobami niewierzącymi ($n = 27$).

Ponadto badana grupa pielęgniarek (pielęgniarzy) oraz lekarzy deklarowała w większości (66,5%) niewykorzystywanie protokołu odstąpienia od daremnej terapii w ich miejscu pracy. Zastosowanie protokołu w przypadku leczenia chorych na stanowiskach intensywnej terapii wskazywało na niezbyt częste wdrażanie powyższych procedur w pracy personelu medycznego. Dodatkowo wykazano, że z protokołu korzystały prawie wszystkie badane szpitale uniwersyteckie (81,8%) i tylko 5 z 28 szpitali wojewódzkich (17,9%).

Woźnicka-Niesobska i wsp. po przeanalizowaniu 146 protokołów odstąpienia od terapii daremnej sporządzonych w Polsce w latach 2015–2018 odnotowali ich rosnącą liczbę. Średni czas od przyjęcia pacjenta na oddział intensywnej terapii do momentu założenia protokołu wynosił $16 \pm 14,4$ dnia, a średni czas od założenia protokołu do zgonu $8 \pm 10,5$ dnia. U 1660 hospitalizowanych pacjentów ww. oddziałów sporządzono 146 protokołów. W tej grupie 81,5% (119 osób) zmarło na oddziale intensywnej terapii, pozostali zmarli na innych oddziałach lub w domu [10].

Warto nadmienić, że opracowanie uniwersalnych rekomendacji dotyczących odstąpienia od leczenia daremnego pozostaje zagadnieniem otwartym. Obowiązujące wytyczne z 2014 r. ułatwiły co prawda pracę lekarzom oddziałów intensywnej terapii, jednak nie stanowią regulacji prawnej i nie gwarantują bezpieczeństwa osobom podejmującym takie decyzje. Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród lekarzy anestezjologów w kraju potwierdziły, że 93% w pewnych okolicznościach nie rozszerzałoby terapii, 60% zrezygnowałoby z leczenia w omawianych okolicznościach, a jedynie 8% odnotowałoby ten fakt w dokumentacji medycznej [10]. Obawa lekarzy przed oskarżeniem o spowodowanie śmierci

pacjenta poprzez zaniechanie jego leczenia wynika m.in. z coraz częściej nagłaśnianych medialnie wystąpień z roszczeniami rodzin zmarłych pacjentów [11]. Z kolei Kielbasa-Siennicki podaje, że 41% ankietowanych za najistotniejszą przyczynę prowadzenia uporczywej terapii uznało strach przed konsekwencjami prawnymi, 27% wskazało na życzenie rodziny, a 16% na brak wiedzy [7].

Badane pielęgniarki (pielęgniarze) oraz lekarze zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia z terenu Wielkopolski w większości (71%) potwierdzali stosowanie daremnej terapii w ich miejscu pracy pomimo możliwości skorzystania z protokołu o odstąpieniu od daremnej terapii. Terapii uporczywej nie stosuje się w opinii 8,4% respondentów, natomiast 20,6% ankietowanych nie miało zdania na ten temat. Kontrowersję budzi fakt, że 95,5% ankietowanych zatrudnionych w szpitalach uniwersyteckich podało, że decyzja o odstąpieniu od uporczywej terapii jest podejmowana rzadko, pomimo częstego korzystania z protokołu o odstąpieniu od terapii daremnej.

W badaniu Kielbasy-Siennickiego pielęgniarki z oddziałów intensywnej terapii i innych w większości (66%) podawały, że czynnie uczestniczą w prowadzeniu uporczywej terapii, 34% potwierdziło brak styczności z uporczywą terapią [7]. Dzido ujawnił, że 63% badanych pielęgniarek (pielęgniarzy) oceniło swój kontakt z problemem uporczywej terapii jako częsty lub bardzo częsty [9]. W pracy Bazalińskiego zdecydowana większość badanych (78%) wyraziła opinię, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy uczestniczyła w procedurach związanych z daremną terapią, 11% raczej nie uczestniczyło w takich działaniach, a 4% stanowczo negowało takie działania. Ponadto Bazaliński podaje, że wśród najczęściej podejmowanych procedur związanych z uporczywą terapią 45,3% badanych pielęgniarek (pielęgniarzy) wymieniało podawanie na zlecenie lekarza leków stymulujących układ krążenia, 28% – bezskuteczną resuscytację krążeniowo-oddechową, a 16% terapię nerkozastępczą. Dodatkowo mniej niż połowa respondentów (44%) obserwowała podtrzymywanie działań przedłużających życie w odniesieniu do pacjentów w terminalnej fazie choroby [8]. W badaniach Januszewskiej i wsp. zdecydowana większość pielęgniarek (pielęgniarzy) oraz lekarzy kliniki intensywnej terapii uczestniczyła w procedurach o znamionach uporczywej terapii [12].

Stosowanie protokołu odstąpienia od terapii daremnej w sytuacji nieuleczalnej choroby u ankietowanych lub ich bliskich leczonych na oddziale intensywnej terapii wiązało się z pozytywną opinią na ten temat. W badaniach własnych 79,4% personelu pielęgniarskiego oraz lekarskiego skorzystałoby z takiej możliwości, co potwierdziło ich wcześniejsze zdanie dotyczące wprowadzenia protokołu w uza-

sadnionych medycznie sytuacjach. Ponad połowa (57,1%) ankietowanych nie skorzystałaby we wskazanych przypadkach z protokołu, 54,5% nie miało zdania. Dodatkowo zwiększyła się liczba negatywnych opinii na temat protokołu w porównaniu z wcześniejszymi deklaracjami, na które miał wpływ brak nieuleczalnej choroby. Zależność pomiędzy deklaracją ankietowanych o odstąpieniu od protokołu daremnej terapii a możliwością skorzystania z niego w sytuacji choroby nieuleczalnej badanego lub osoby bliskiej jest istotna statystycznie ($p < 0,0001$). Badania w zakresie dokonywania wyboru postępowania w sytuacji nieuleczalnej choroby własnej lub bliskich, nieobjętej leczeniem na oddziale intensywnej terapii, ujawniły, że 71,4% respondentów wybrałoby śmierć naturalną bez względu na przebieg choroby, czas oraz objawy współistniejące, negując tym samym stosowanie protokołu.

Badany personel medyczny w większości (65,2%) posiadał wiedzę o wskazaniach medycznych do wykorzystania protokołu o odstąpieniu od terapii daremnej. Respondenci byli zgodni co do zasadności objęcia protokołem wszystkich pacjentów, u których podtrzymywanie czynności narządów nie przynosi korzyści, a jedynie wydłuża ich cierpienie. Trzy czwarte (76,8%) ankietowanych zatrudnionych na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii posiadało wiedzę na temat wdrażania protokołu o odstąpieniu od terapii daremnej i rozumiało działania podejmowane wobec pacjentów w tym zakresie. Odnotowano rozbieżności w kwestii wpływu zastosowania protokołu o odstąpieniu od terapii daremnej na zmniejszenie poziomu zaufania do personelu medycznego: 47,7% było zdania, że wprowadzenie protokołu nie wpłynie na zmniejszenie poziomu zaufania, 29% było przeciwnego zdania, a 23,2% respondentów nie miało zdania na ten temat.

WYNIKI I WNIOSKI

Znajomość i rozumienie pojęcia uporczywej terapii przez personel medyczny oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii nie są zadowalające.

Uporczywa terapia jest stosowana w miejscu pracy respondentów.

Większość badanych wyraziła opinię o zasadności stosowania protokołu o odstąpieniu od daremnej terapii, gdy pomimo postępowania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i stanem pacjenta leczenie nie przynosi mu korzyści.

W sytuacji nieuleczalnej choroby swojej i osób bliskich, nieobjętej leczeniem na oddziale intensywnej terapii, respondenci wybraliby śmierć naturalną, negując tym samym stosowanie protokołu.

Czynniki socjodemograficzne, z wyjątkiem miejsca zatrudnienia badanych, nie miały wpływu na

opinię dotyczącą zastosowania protokołu o odstąpieniu od daremnej terapii.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Kübler A, Siewiera J, Durek G i wsp. Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczenia woli na oddziałach intensywnej terapii. *Anest Intens Terap* 2014; 46: 229-234.
2. Dzierżanowski T. Problemy etyczne w opiece paliatywnej. W: Krajewska-Kułak E, Dzierżanowski T, Krzyżanowski D i wsp. (red.). *Opieka paliatywna. Poradnik dla lekarzy i pielęgniarek rodzinnych oraz rodzin pacjentów*. Difin, Warszawa 2018; 39-40.
3. Lewandowska-Graduszevska A, Grajek S, Gil L. Terapia daremna u chorych onkologicznych i hematologicznych na oddziale intensywnej terapii. *Onkol Dypł* 2017; 14: 33-35.
4. Bołzow W. Rezygnacja z uporczywej terapii jako realizacja praw człowieka umierającego. *Med Pal Prakt* 2008; 2: 124-129.
5. Bołzow W. Prawa człowieka umierającego. *Med Prakt* 2008; 11: 140-147.
6. Bołzow W. Definicja uporczywej terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. *Med Pal Prakt* 2008; 2: 77-84.
7. Kielbasa-Siennicki E, Marczewski K. Analiza postaw personelu pielęgniarskiego wobec uporczywej terapii. *Aspekty Zdrowia i Choroby* 2018; 3: 91-110.
8. Bazaliński D, Marciniak I, Sałacińska J i wsp. Doświadczenie uporczywej terapii w pracy pielęgniarek pracujących w oddziałach intensywnej terapii – doniesienie wstępne. *Anest Ratow* 2018; 12: 52-61.
9. Dzido J, Domagała PJ. Analiza postaw personelu pielęgniarskiego wobec uporczywej terapii. *Probl Pielęg* 2017; 25: 221-226.
10. Józwiak A, Rutyna R, Fijałkowska-Nestrowicz A i wsp. Realizacja koncepcji terapii daremnej w warunkach polskich oddziałów intensywnej terapii – opis pięciu przypadków. *J Educ Health Sport* 2019; 9: 11-28.
11. Szeroczyńska M. Odstąpienie od uporczywej terapii – de lege lata i de lege ferenda. *Med Pal* 2013; 5: 31-40.
12. Januszewska A, Zarzeka A, Iwanow L, Panczyk M. Próba analizy poziomu wiedzy i postaw pracowników kliniki intensywnej terapii Instytutu „Pomnika – Centrum Zdrowia Dziecka” wobec prowadzenia uporczywej terapii u dzieci. *Pielęg Pol* 2016; 3: 389-395.