

SŁUŻYĆ ŻYCIU

SERVE A LIFE

Grażyna Kowalik

Zakład Umiejętności Pielęgniarskich i Organizacji Pracy

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. dr hab.n. med. Lesław Krwawicz

STRESZCZENIE

Jakkolwiek istnieje wiele okoliczności i motywów, dla których złudnie próbuje się uzasadnić słuszność stosowania eutanazji, to jednak problem ten pojawia się zawsze w kontekście przerażającego cierpienia, z którym człowiek nie umie sobie poradzić.

Zazwyczaj łączy się on z poczuciem braku sensu cierpienia i dalszego życia z nieuleczalną chorobą. Natomiast osobom zajmującym się pacjentem – lekarzom, pielęgniarkom, rodzinie chorego towarzyszy poczucie bezsilności, tym dotkliwsze im większe jest cierpienie najbliższej osoby.

Międzynarodowe badania jednoznacznie udowodniły, że pielęgniarki podlegają konfrontacji z pacjentami żądającymi eutanazji [1]. Eutanazja została prawnie dopuszczona w Holandii w 2001, a w Belgii w 2002 roku. Wydaje się, że z powodu niejasności w przepisach dotyczących roli pielęgniarek w procesie eutanazji istnieje w tych krajach potrzeba opracowania instytucjonalnej polityki etycznej jasno określającej rolę personelu medycznego.

A może warto zastanowić się, czy tylko eutanazja pozostaje, gdy nie radzimy sobie z chorobą i cierpieniem. Czy istnieje inny sposób rozwiązania tego problemu, za który chory nie musi płacić własnym życiem?

Słowa kluczowe: etyka, eutanazja, pielęgniarki, szpitale, domy opieki, polityka, badanie naukowe, hospicjum.

SUMMARY

Although there are many different circumstances and aspects for which euthanasia seems to be a right solution this issue always appears in the context of a great suffering and helplessness.

On both sides of this sorrowful situation exists a depressing sense of a pointlessness of suffering and life with terminal disease. Those who are responsible for care and treatment – doctors, nurses, the family of the patient live with a sense of a bigger or smaller helplessness.

International research shows undeniably that nurses are confronted with patients requesting euthanasia [1]. Euthanasia has been legal in Belgium since 2002 and in Holland since 2001. Because of the vagueness in formal documents and policies on the role of nurses in euthanasia, there is an increasing need to establish institutional ethics policies that clearly describe the role of nurses in the euthanasia process.

Maybe it is worth to consider, whether euthanasia remains the only option for those suffering from incurable diseases. The question is, whether exists or not, other way agony, the way for which sufferer doesn't have to pay with his own life.

Key words: ethics, euthanasia, hospitals, nurses, nursing homes, policy, survey, hospice.

W myśl Art. 2. Belgijskiego Prawa o Eutanazji, eutanazja definiowana jest jako „zamierzone zakończenie życia na własne życzenie dokonane przez inną osobę” [2]. „Inna osoba” to lekarz, a zakończenie życia rozumie się jako podanie leków uśmierczających.

Definicja ta jest również używana w Holenderskim Akcie o Eutanazji [3] i w innych oficjalnych dokumentach, np. w Holenderskiej Komisji Państwowej do Spraw Eutanazji [4–7].

Debaty etyczne nad eutanazją dotyczą najczęściej udziału i roli lekarzy w tym procesie, pomijając

pielęgniarki. Tymczasem badania przeprowadzone w wielu krajach, m.in. w Belgii, wskazują, że to właśnie one stawiane są przed problemem eutanazji w sytuacjach, gdy domagają się jej ich pacjenci [5–8]. Ponadto właśnie na pielęgniarkach spoczywa odpowiedzialność za wysłuchanie i interpretację żądań chorych, a następnie przekazanie ich próśb pozostałym pracownikom placówki [9, 10].

W opiece paliatywnej istotne znaczenie odgrywa procedura filtra paliatywnego. Jego celem jest uzyskanie pewności, że wszyscy członkowie zespołu opiekującego się pacjentem (lekarze, pielęgniarki,

eksperti opieki paliatywnej), przekazują sobie kolejno informacje o zgłoszeniu prośby o eutanazję i o wszystkich alternatywnych aspektach opieki paliatywnej [11]. Ponadto sądzi się, że nad pacjentem proszącym o eutanazję powinno się uwzględnić także konsultację z zespołem paliatywnym. Zespół ma za zadanie dokładne przeanalizowanie konkretnej sytuacji chorego [9].

Dnia 28.05.2002 roku Belgia uchwaliła prawo do eutanazji. Tamtejsze przepisy odnoszą się głównie do postępowania i odpowiedzialności lekarzy. Tylko oni są uprawnieni do przeprowadzenia eutanazji, jak również ścisłego przestrzegania warunków z nią związanych. Artykuł 3, rozdział 2.4. stanowi o tym, że życzenie pacjenta musi być przedyskutowane z zespołem pielęgniarskim. W artykule 14 można przeczytać, że pielęgniarki mają prawo odmowy udziału w przeprowadzeniu eutanazji [2]. Poza skrótowymi sformułowaniami Belgijski Akt o Eutanazji nie omawia jednak dokładnej roli pielęgniarek w procesie eutanazji. Nie zawiera on również filtra paliatywnego, traktowanego jako integralny składnik procesu opieki.

Ustanowienie Aktu wiązało się ze zwróceniem bacznej uwagi na katolickie szpitale i domy opieki, stanowiące odpowiednio 56% i 33% ogółu tego typu placówek we Flandrii (Belgia) [1]. Akt ten był także powodem debaty społeczeństwa, a zwłaszcza polityków i etyków. Dyskusje koncentrowały się wokół realizacji prawa do eutanazji [1, 12].

Wydaje się, że zakres działań i zaangażowanie pielęgniarek w proces eutanazji zależy od szeregu czynników sytuacyjnych. Dotyczą one braku precyzyjnego określenia udziału pielęgniarek w procesie eutanazji, zwłaszcza w jej wykonaniu. J.J.R. Bilsen stwierdza na podstawie sprawozdań lekarzy, że pielęgniarki, które podawały śmiertelne środki w 59% przypadków, zrobiły to głównie podczas nieobecności lekarzy [13]. Można sądzić, że takie okoliczności stawiają pielęgniarki w wątpliwej sytuacji prawnej, ponieważ nie są one oficjalnie uprawnione do podawania tych środków. Obecnie obserwuje się wzrost przekonania, co do faktu, że nie tylko pracownicy medyczni, ale cała służba zdrowia jako instytucja, ponosi znaczącą odpowiedzialność za realizowanie prawa do eutanazji. Ważną rolę do spełnienia mają tu menadżerowie różnych szczebli, co znajduje odzwierciedlenie w wypowiedziach pielęgniarek odczuwających potrzebę wsparcia [14, 15]. Istnieje potrzeba sprecyzowania wyraźnych zasad postępowania etycznego w procesie eutanazji w odniesieniu do lekarzy i pielęgniarek [4, 14–16].

Badania przeprowadzone w Belgii i Holandii pokazały, że udział pielęgniarek w podejmowaniu decyzji ogranicza się do konsultacji i dyskusji [5, 14, 17,

18]. W badaniach retrospektywnych w Belgii lekarze podali, że konsultowali się przynajmniej z jedną pielęgniarką w 20% przypadków eutanazji wykonywanych w warunkach domowych i w 83% przypadków w szpitalach i domach opieki [13].

Szeroko zakrojone badania w Holandii pokazują, że w 79% szpitali i 81% domów opieki lekarze konsultowali się z pielęgniarkami w sprawach przeprowadzenia eutanazji. Jednak z tych samych badań wynika, że pielęgniarki w małym stopniu lub w ogóle nie współpracują z lekarzami w procesie podejmowania decyzji o wykonaniu zabiegu [19].

Należy przypuszczać, że udział pielęgniarek w akcie eutanazji może być różny: począwszy od asystowania aż do podawania leków uśmiercających. W tym kontekście można wyróżnić pielęgniarkę w roli „osoby towarzyszącej” oraz jako „pracownika technicznego”. One same najczęściej widzą się w roli osoby asystującej i wspierającej pacjenta oraz jego rodzinę. Duńskie pielęgniarki zgłaszały trudności, których doświadczały w 11% przypadków udziału w procesie eutanazji. Można sądzić, że związane są one z techniczną niekompetencją lekarzy i trudnościami proceduralnymi, np. nadmierną dokumentacją [19].

Mimo braku uprawnień niekiedy zleca się pielęgniarkom podawanie leków uśmiercających. Jak wynika z badań przeprowadzonych w Danii działało się tak w 12% przypadków [19]. Z kolei według lekarzy belgijskich rola ta przypadła pielęgniarkom w 17,7% przypadków śmierci w domu i w 58,8% w instytucjach opieki zdrowotnej, w większości pod nieobecność lekarzy, ale po uprzedniej z nimi konsultacji [13].

Niezbyt wiele wiadomo o sytuacjach tuż po eutanazji. Niełatwo na przykład odpowiedzieć na pytanie, na jakie wsparcie mogą liczyć same pielęgniarki i jaka powinna być ich rola w stosunku do rodziny zmarłego pacjenta. Należy sądzić, że pielęgniarki doświadczają w tym względzie szeregu problemów. Niewątpliwie trudne jest nawiązanie rozmowy z rodziną, szczególnie wtedy, kiedy bliscy zmarłego nie mają takiej potrzeby, czy też życzenia [19].

N. De Bal, B. Dierckx de Casterle, T. De Beer, C. Gastmans stwierdzają, że pielęgniarki potrafią dzielić się odczuciami z kolegami, aby zniwelować skutki przeżytych napięć [20].

Niewiele wiadomo na temat wątpliwości pielęgniarek wobec eutanazji. Można przypuszczać, że odczuwają one głęboki konflikt moralny w sytuacji prośby o śmierć [20]. Potwierdzają to wyniki uzyskane w duńskim badaniu jakościowym A. Van de Scheura, A. Van der Arenda z 1998 roku.

Niewątpliwie pielęgniarkom trudno jest rozmawiać z pacjentami o swoich poglądach etycznych.

Zdarza się, że odmawiają one udziału w pracy zespołu, który ma zajmować się pacjentem żądającym podania leków uśmiercających. Zwykle odmowę interpretuje się jako sprzeciw wobec idei eutanazji.

Wypada sądzić, że na udział pielęgniarek w opiece nad pacjentami żądającymi eutanazji może składać się wiele czynników. Należą do nich: sytuacja prawna w momencie wyrażenia żądania, polityka etyczna konkretnej placówki, obowiązujące procedury opiekuńcze i terapeutyczne, udział lekarzy, warunki organizacyjne [6]. Van de Scheur i Van der Arend kładą nacisk na znaczenie standardowej instytucjonalnej polityki etycznej, która powinna w możliwie najbardziej sprecyzowany sposób określać zadania i odpowiedzialność lekarzy oraz pielęgniarek [14].

Z duńskich badań J. Haverkate'a i G. Van der Wala wynika, że istnieją dokumenty dotyczące polityki etycznej wobec eutanazji w placówkach opieki zdrowotnej, tj. 69% szpitali i 74% domów opieki wykazuje udział pielęgniarek w podejmowaniu decyzji związanych z eutanazją, a 41% – asystowanie lekarzom w procesie przeprowadzenia eutanazji [4].

Jak wskazują belgijskie badania, zasady polityki etycznej wobec eutanazji rozpowszechnia 79% szpitali i 30% domów opieki. W 67% szpitali i 83% domów opieki polityka ta była opracowana w 2003, a w pozostałych placówkach w 2002 roku [1]. Rolę pielęgniarki w eutanazji uznaje 87% szpitali i 77% domów opieki. Polityka etyczna większości belgijskich szpitali (79%) i domów opieki (81%) uwzględnia moralne wątpliwości pielęgniarek wobec eutanazji, a w 73% szpitali i 84% domów opieki dyrektorzy przekazują pielęgniarkom zasady polityki etycznej [1].

Większość belgijskich katolickich szpitali i domów opieki poważnie angażuje się w pracę nad rozwojem polityki etycznej wobec eutanazji. Czynnione są również wysiłki, aby wprowadzone w życie uregulowania prawne ułatwiały pielęgniarkom pełnienie roli w procesie eutanazji.

Prawdą jest, że pielęgniarki niechętnie podają środki uśmiercające i zawsze okazują wsparcie pacjentom nawet, gdy osobiście nie popierają idei eutanazji [21]. Świadczy to o obciążeniach emocjonalnych w opiekuńczym aspekcie pracy pielęgniarek wtedy, gdy spełniają rolę cichych świadków ułatwiających choremu drogę do śmierci.

Z badań wynika również, że pielęgniarkom przeciwnym eutanazji odradza się w placówkach uczestnictwa w procesie podejmowania decyzji o eutanazji [1]. Wynika to z poszanowania przekonań moralnych pielęgniarek przez katolickie flamandzkie placówki służby zdrowia.

Przekazywanie pielęgniarkom belgijskim zasad polityki etycznej ma miejsce w 90% szpitali i 81% domów opieki [1]. Natomiast ostatnie badania poka-

zuja, że w Holandii 26,6% pielęgniarek nie wiedziało, czy ich miejsca pracy dysponują zapisem polityki etycznej wobec eutanazji [19]. Wyniki badań wskazują na znaczenie jasnego określenia roli pielęgniarek w procesie eutanazji w krajach, gdzie została ona zalegalizowana, gdyż rola ta wciąż pozostaje dyskusyjna. Ma to znaczenie nie tylko dla pielęgniarek, ale również dla pacjentów.

Powstaje tu pytanie, czy rzeczywiście eutanazja wiąże się z „postępem” w medycynie i ku czemu ona zmierza. Czy może jest ona raczej wyrazem pewnej formy kryzysu nauk medycznych? Na szczęście nie jest to jedyny sposób radzenia sobie z bólem i cierpieniem. Istnieje inne, bardziej ludzkie rozwiązanie, za które chory nie płaci własnym życiem, a rola pielęgniarki jest w nim oczywista – jest to opieka hospicyjna.

Opieka hospicyjna zmierza wprost do uśmierzenia bólu fizycznego i wszelkiego cierpienia człowieka, dba o jakość życia, szanuje godność chorego, sprawia, że nie prosi on o eutanazję, ale chce żyć i godnie odchodzić [22]. Śmierć przyjmuje się jako naturalny kres życia, z którym medycyna przecież nie walczy. Walczy o zdrowie, dba o jak najlepszą jakość życia. Opieka hospicyjna zmierza do utrzymywania chorego w jak najlepszej kondycji, przez uśmierzenie bólu i innych objawów towarzyszących chorobie. Obejmuje zaspokojenie potrzeb fizycznych, psychicznych, duchowych i socjalnych. Ponadto tworzy system wsparcia umożliwiający choremu prowadzenie aż do śmierci, życia tak czynnego, jak jest to możliwe, a także pomaga rodzinie radzić sobie z chorobą bliskiej osoby i wspiera ją w okresie osierocenia i żałoby. Pielęgniarka opiekuje się pacjentem, wychodzi naprzeciw totalnemu cierpieniu, jakie towarzyszy człowiekowi w jego zmaganiach z chorobą.

W związku z nieustającymi dyskusjami na temat decyzji o kresie życia, w tym eutanazji, wskazane jest ukazanie funkcjonowania różnych rozwiązań powyższych zagadnień ze zwróceniem uwagi na opiekę nad pacjentem i rację istnienia zawodów medycznych, tj. zawodu lekarza i pielęgniarki. Jak wiadomo, od stuleci racją tą jest służba życiu.

Wydaje się, że kto szanuje życie ludzkie, poświęca się służeniu mu, przyjmuje na siebie powinności o wielkim znaczeniu i dlatego też nie powinno być takiej siły ani takiego prawa, które usprawiedliwiałyby działanie przeciw życiu.

Propozycją dla współczesnego człowieka jest opieka hospicyjna. Pozwala ona do końca z godnością żyć i umierać. Kompetentna opieka medyczna, psychologiczna, duchowa i religijna łagodzi ból, jednocześnie wyraża szacunek dla życia i podmiotowości człowieka oraz sprawia, że śmierć w gronie bliskich może być łagodna i spokojna.

PIŚMIENICTWO

- [1] Gastmans Ch, Lamiengre J, Dierckx de Casterle' B. Role of nurses in institutional ethics policies on euthanasia. *Journal of advanced Nursing* 2006; 54 (1): 53–61.
- [2] Belgian Ministry of Justice. Wet betreffende de euthanasie, Belgian Law Gazette of June 22, 2002 r. Retrieved from <http://www.ejustice.justfgov.be> on 3 February 2005.
- [3] Dutch Law Gazette. Toesting vom levenbeeindiging op verzoell en hulp bij zelfdoding (Evaluation of Ending Life on Request and Assistance in Suicide), Wet in Nederlands Staatsblad 2001; 194.
- [4] Haverkate J, Van der Wal G. Dutch nursing home policies and guidelines on physician-assisted death and decisions to forego treatment. *Public Health* 1998; 112(6): 419–423.
- [5] Deliens L, Mortier F, Pilsen J et al. End of life decisions in medical practice in Flanders, Belgium a Nationwide Survey. *Lancet* 2000; 356: 1806–1811.
- [6] Dutch State Commission on Euthanasia, Rapport vom de Staatscommissie Euthanasie. State Publisher Gravenhage 1995.
- [7] Kuhse H., Singer P. Voluntary euthanasia and the nurse: an Australian survey. *Internal Journal of Nursing Studies* 1993; 30: 311–322.
- [8] Young A, Volker D, Rieger Pt et al. Oncology nurses' attitudes regarding voluntary physician-assisted dying for competent, terminally ill patients. *Oncol Nurs Forum* 1993; 20(3): 445–451.
- [9] Matzo LM, Emanuel EJ. Oncology nurses' practices of assisted suicide and patien-requested euthanasia. *Oncol Nurs Forum* 1997; 24; 1725–1732.
- [10] Ferrel B, Virani R, Grant M et al. Beyond the Supreme Court decision: nursing perspectives on end-of-life care. *Oncol Nurs Forum* 2000; 27(3): 445–455.
- [11] Broeckaert B, Janssens R. Palliative Care and Euthanasia: Belgian and Deutch Perspectives. *Ethical Perspectives* 2005; 21: 10–27.
- [12] Gastmans C, Lamiengre J, Van der Wal G et al. Prevalence and Content of Written Ethics in Catholic Healthcare Institutions in Belgium (Flanders) Health Policy 2006; 76(2): 169–178.
- [13] Bilsen JJR, Vander Stichele RH, Montier F et al. Involvement of nurses in physician-assisted dying. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 47: 601–604.
- [14] Van de Scheur A., Van der Arend A. The role nurses in euthanasia: a Dutch study. *Nursing Ethics* 1998; 5 (6): 497–508.
- [15] De Beer T, Gastmans C, Dierckx de Casterlé B. Involvement of nurses in euthanasia: a review of literature, *Journal of Medical Ethics* 2004; 30: 494–498.
- [16] Gastmans C. Caring for Dignified End of Life in a Christian Health-care Institution: The View of Caritas Catholica Vlaanderen. In: *Euthanasia and Palliative Care in the Law Countries*. Peeters, Leuren/Paris/Dudley MA 2005.
- [17] Van der Wal G, Van Eijk JThM, Leenen HJJ et al. Euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen (Euthanasia and physician assisted suicide by general practitioners), *Med Contact* 1991; 6: 171–176.
- [18] Muller MT, Pijnenborg L, Ozwuteaka-Philipsen BD et al. The role of the nurse in active euthanasia and physician-assisted suicide. *J of Adv Nursing* 1997; 26: 424–430.
- [19] Van Bruchen – Van de Scheur A, Van der Arend A, Spreeuwenberg C et al. De rol van verpleegkundigen bij medische beslissingen rond bet levenseinde: Verslag van een landeling onderzoek naar betrokkenheid en praktijken (Role of Nurses in Medical End-of-life Decisions: Report of a Nationwide Study of Involvement and Practicies). *De Tijdstroom Utrecht* 2004.
- [20] De Bal N, Dierckx de Casterle' B, De Beer T, Gastmans C. Involvement of nurses in caring for patients requesting euthanasia: a qualitative study in Flanders (Belgium). *International Journal of Nursing Studies* 2006; 43: 589–599.
- [21] Verpoort C, Gastmans C, De Bal N et al. Nurses' attitudes to euthanasia: a review of the literature. *Nursing Ethics* 2004; 11: 349–365.
- [22] Saunders C. *St. Christopher's in Celebration. Twenty-one Years at Britain's First Modern Hospice*. Hodder and Stoughton London 1998.

Adres do korespondencji

Grażyna Kowalik
 Os. Na Stoku 72/19
 25-437 Kielce
 e-mail: grazynakowalik2@wp.pl
 tel. 041, 331-09-09