

Wybrane aspekty problemu ortotanazji w percepcji studentów kierunków medycznych

Selected aspects of the problem of orthothanasia in the perception of medical students

Andrzej Guzowski, Elżbieta Krajewska-Kułak, Mateusz Cybulski

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Streszczenie

Wprowadzenie: Ortotanazja to, za *Słownikiem wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych z almanachem* Kopalińskiego, „zaniechanie dalszego sztucznego podtrzymywania życia”.

Cel pracy: Ocena wybranych aspektów problemu ortotanazji w percepcji studentów kierunków medycznych.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 155 studentów, wykorzystano w nim kwestionariusz ankietowy własnego autorstwa.

Wyniki: Ponad połowa badanych (58,1%), myśląc o śmierci, odczuwała strach i kojarzyła się im ona z czymś przykrym (57,4%). Spośród ankietowanych 69% uważało, że sposób jej postrzegania zmienia się w obliczu śmierci bliskiej osoby. Największa grupa studentów za eutanazję uznała „przyspieszenie lub niezapobieganie śmierci w celu skrócenia cierpienia chorego człowieka” (31%) i miała problem z wyjaśnieniem pojęć: „dystanazja” (44,5%), „antydistanazja” (30,3%) i „ortotanazja” (30,3%). Ortotanazji nie akceptowało 7,7% studentów, 39,5% twierdziło, iż nie ma do niej wskazań, a 44,5% uważało, że umożliwia umierającemu przeżycie śmierci w sposób świadomy i godny. Statusu prawnego ortotanazji nie znało 65,2%. Za prawną akceptacją ortotanazji opowiedziało się 19,4% badanych, a za jej karaniem – 10,3%. W procedurze ortotanazji uczestniczyłoby 16,1% osób. Decyzja o ortotanazji powinna być wyrażona wcześniej spisaną wolą chorego w opinii 32,3% badanych. Z terminem „ortotanazja” nie spotkało się 72,9% osób.

Wnioski: Wiedza studentów na temat ortotanazji jest zróżnicowana, ale niewystarczająca. Większość badanych było niezdecydowanych w kwestii akceptacji ortotanazji, jej statusu prawnego, woli uczestniczenia w jej procedurze oraz potrzeby uporczywego stosowania wobec nieuleczalnie chorego środków leczniczych, jeżeli nie wiąże się to z choćby minimalną poprawą stanu zdrowia. Zdecydowana większość studentów nie miała na uczelni zajęć z zakresu ortotanazji, ale i nie widziała takiej potrzeby.

Słowa kluczowe: studenci, ortotanazja, percepcja.

Abstract

Introduction: According to Kopaliński “orthothanasia” this is an “abandonment of further artificially sustained life”.

Aim of the study: To evaluate selected aspects of the problem “orthothanasia” in the perception of medical students.

Material and methods: The study included 155 students and we used the original questionnaire.

Results: 58.1% of respondents thinking about death, they felt fear and something unpleasant (57.4%). 69% felt that the way it is perceived is changing in the face of the death of a loved one. Most of the students considered euthanasia as “the acceleration of death in order to shorten the suffering of sick man” (31%), had a problem with an explanation of the concept of “dysthanasia” (44.5%), “antidysthanasia” (30.3%), and “orthothanasia” (30.3%). Only 7.7% of students did not accept orthothanasia; 39.5% argued that there is no indication to orthothanasia, and 44.5% felt that it allows dying man experience death in a conscious and worthy. Of the respondents, 65.2% did not know the legal status of orthothanasia. The idea of euthanasia legalization was supported by 19.4% of respondents, opposed by 10.3%. 16.1% declared they would practice orthothanasia. Of the respondents, 32.3% answered that orthothanasia decision should be expressed in writing form by a patient. Regarding the definition of orthothanasia, students showed a high rate of incorrect answers (72.9%).

Conclusions: The knowledge of students about orthothanasia is varied, but not sufficient. Most respondents were undecided on the issue of acceptance orthothanasia, its legal status, the participation in this procedure, and administration of the therapeutic agents to a terminally ill patient when they do not bring minimal health improvement.

Key words: students, orthothanasia, perception.

Adres do korespondencji

dr n. o zdrowiu Andrzej Guzowski, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 7 A, 15-096 Białystok, e-mail: Andrzej.guzowski5@gmail.com

WSTĘP I CEL PRACY

Ortotanazja to, za *Słownikiem wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych z almanachem Kopalińskiego* [1], „zaniechanie dalszego sztucznego podtrzymywania życia” (z greckiego: *orthos* = prosty, prawdziwy). Jej odwrotnością jest dystanazja, która za Kopalińskim [1] oznacza „sztuczne utrzymywanie czynności serca i płuc pacjenta z nieodwracalnymi zmianami albo ciężkimi uszkodzeniami mózgu” (z greckiego: *dys* = wyłączenie, nieobecność).

W literaturze przedmiotu [2–4] zwraca się uwagę, że pojęcie ortotanazji funkcjonuje zarówno w medycynie, jak i doktrynie prawa karnego jako „zaprzestanie przedłużania życia pacjenta, co do którego w świetle aktualnego stanu wiedzy medycznej istnieje niewątpliwe przekonanie o niecelowości dalszego utrzymywania go przy życiu przy pomocy środków określanych mianem nadzwyczajnych, co zwykle oznacza zezwolenie na postępowanie procesu umierania zdążającego do nieuchronnej śmierci”.

W opinii Tarnawskiego [5] ortotanazja to natomiast wyłącznie postępowanie wiążące się z niepodjęciem (zaniechaniem) stosowania odpowiednich środków, a zaprzestanie stosowania środków nadzwyczajnych (np. odłączenie od aparatury pacjenta, którego dalsze utrzymywanie przy życiu uznano za niecelowe) należałoby traktować jako eutanazję czynną.

Zdaniem Majasak [2] ortotanazja to konieczność, do której codziennego zastosowania dochodzi niezwykle często, głównie w sytuacjach niecelowości leczenia pacjenta możliwymi środkami, przy konieczności dokonania wyboru chorych z grupy tych, których życie będzie się podtrzymywać, czy też gdy trzeba się zdecydować na dokonanie lub nie operacji przeszczepienia niezbędnego do życia narządu z ciała dawcy do organizmu biorcy.

Celem pracy była ocena wybranych aspektów problemu ortotanazji w percepcji studentów kierunków medycznych.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu wzięło udział 155 studentów kierunków medycznych (pielęgniarstwa, położnictwa i ratownictwa medycznego) Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Wykorzystano w nim metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem kwestionariusza ankietowego własnego autorstwa.

WYNIKI

W grupie 155 badanych studentów 70,3% stanowiły kobiety. Dominującym miejscem zamieszkania wskazywanym przez respondentów było miasto (63,4%). Na wsi mieszkało 36,6% osób. Studenci studiów II stopnia stanowili 36,8% grupy, a I stopnia – 63,2%.

W pierwszej części ankiety dokonano samooceny religijności ankietowanych. Okazało się, iż badani byli najczęściej katolikami (80%), następnie prawosławnymi (15,5%), a pozostałe 4,5% badanych zadeklarowało się jako osoby niewierzące. Jednocześnie 51% uważało siebie za osobę wierzącą i praktykującą, 14,2% za niepraktykującą, a aż 34,8% miało problem z jednoznaczną deklaracją w tej kwestii. Za raczej religijną osobę uznało siebie 63,9% respondentów, za bardzo religijną – 6,5%, za obojętną religijnie – 18,1% badanych, a 11,5% – za niezdecydowanych co do swojej religijności, ale przywiązanych do tradycji. W praktykach religijnych najwięcej studentów (48,4%) uczestniczyło kilka razy w miesiącu, 21,3% – kilka razy w roku, 15,5% – raz w tygodniu, 7,7% – tylko w przypadku świąt, 3,2% – codziennie, a 3,9% nie uczestniczyło w praktykach religijnych wcale. Respondenci preferowali uczestnictwo w różnych uroczystościach religijnych, w tym: po 82,6% wskazało śniadanie wielkanocne, wigilię Bożego Narodzenia, sakrament, 76,8% – pierwszą komunię, po 70,3% – bierzmowanie oraz sakrament komunii, po 68,4% – kolędę księdza i śpiewanie kolęd, 65,2% – nawiedzanie

Tabela 1. Deklaracja badanych na temat myślenia o śmierci

Odpowiedź	Śmierć			
	własna	najbliższych	kolegów/koleżanek	obcych
tak	49,1%	25,8%	41,3%	60%
nie	46,6%	63,2%	31%	18,7%
trudno powiedzieć	4,3%	11%	27,7%	21,3%

kościół, 57,4% – procesję w dzień Bożego Ciała i 43,4% – udział w pielgrzymkach.

W kolejnej części badania oceniano podejście respondentów do problemu śmierci. Okazało się, iż 58,1% badanych, myśląc o śmierci, odczuwało strach przed nią, 24,5% – spokój, 5,9% nie odczuwało niczego nadzwyczajnego, a 11,5% nie wypowiedziało się jednoznacznie. Studenci z reguły (60%) myśleli o śmierci obcych im ludzi, a najrzadziej o śmierci najbliższych (25,8%). Pozostałe dane zawarto w tabeli 1.

Studentów poproszono o podanie trzech określeń, z którymi kojarzy się im słowo „śmierć”. Najczęściej kojarzyło się im ono z czymś przykrym (57,4%), z przejściem do życia wiecznego (51,6%), z odejściem do Boga (31,6%), ze strachem (31%), gniewem (25,8%), smutkiem (25,2%), przemijaniem i nieuchronnością (24,5%), z chorobą (18,7%), cierpieniem (12,9%), oczekiwaniem na drugie przyjście, ze zmartwychwstaniem (12,3%), z zakończeniem życia ziemskiego (6,5%), ze starością (1,3%) i samotnością (0,6%).

W opinii 49% studentów śmierć powinna być zawsze następstwem choroby i dotyczyć wyłącznie ludzi starych. Odmienną opinię wyraziło 20,6% badanych, a 30,4% nie miało w tej kwestii zdania.

O tym, że ludzie są świadomi, że umierają, przekonanych było 54,2% badanych. Pozostali nie zga-

dzali się z tą opinią (11%) lub byli niezdecydowani (34,8%).

O śmierci rozmawiało z rodziną, księdzem lub kolegami 44,5% studentów. Nie prowadziło takich dyskusji 40% badanych, a 15,5% nie zadeklarowało się w tej kwestii.

Zdecydowana większość respondentów (69%) uważała, że sposób postrzegania śmierci zmienia się w obliczu śmierci bliskiej osoby. W opinii 27,1% ankietowanych taką moc ma religia, zdaniem 22,6% – każda śmierć, 23,9% – choroba bliskiej osoby, a 14,2% – każda choroba. Jak odpowiedzieć, nie było pewnych 4,5% studentów.

Na pytanie o sposób, w jaki chcieliby umrzeć, studenci najczęściej twierdzili, że chcieliby zasnąć i się nie obudzić (46,5%). Śmierć nagłą na atak serca preferowało 10,3% badanych, śmierć w wyniku wypadku – 9,7%, a jako żołnierz – 1,9% badanych. Problem z odpowiedzią miało 31,6% studentów.

Za najlepsze miejsce do umierania respondenci uznali dom (58,4%). Pozostali wymieniali szpital (27,7%), hospicjum (10,3%) lub ulicę (0,6%). Problem ze wskazaniem najlepszego miejsca do umierania miało 2,5% studentów, a 3% uważało, że każde miejsce jest złe.

W większości respondenci (41,9%) byli przekonani, że istnieje pojęcie „dobrej” i „złej” śmierci. Inni twierdzili, że nie ma takiego podziału (24,5%) lub

Tabela 2. Definiowanie przez badanych wybranych pojęć

Definiowanie	Pojęcie/ odsetek odpowiedzi			
	eutanazja	dystanazja	antydistanazja	ortotanazja
zaniechanie dalszego sztucznego podtrzymywania życia pacjenta będącego w stanie agonalnym	25,1%	7,1%	14,2%	14,2%
odłączenie od aparatury podtrzymującej życie, kiedy obumrze pień mózgu (ale pozostaje akcja serca, oddech); także wówczas kiedy obumrze jedynie część mózgu, ale istnieje	29%	21,9%	12,9%	12,9%
pewność, że chory nie odzyska już świadomości	0,6%	3,2%	1,3%	1,3%
przyspieszenie lub niezapobieganie śmierci w celu skrócenia cierpienia chorego człowieka	31%	7,7%	7,1%	7,1%
stosowanie zabiegów leczniczych zmierzających do zachowania przy życiu osoby znajdującej się w stanie śmierci osobniczej, której mózg objęty jest nieodwracalnym stanem śmierci biologicznej	1,3%	15,4%	18,1%	18,1%
trudno powiedzieć	13%	44,5%	30,3%	30,3%

mieli problem z jednoznaczną deklaracją (33,6%). Dobra śmierć to wg badanych śmierć wśród rodziny, przyjaciół, gdy umierający jest do niej przygotowany i w starości, zła śmierć to śmierć w samotności, opuszczeniu, w bólu lub gdy umierający nie jest z nią pogodzony.

W kolejnej części badania sprawdzano podejście respondentów do problemu ortotanazji.

Na początku zapytano studentów, co wg nich oznaczają pojęcia: „eutanazja”, „dystanazja” i „ortotanazja”. Za eutanazję największa (31%) grupa studentów uznała „przyspieszenie lub niezapobieganie śmierci w celu skrócenia cierpień chorego człowieka”, a największa miała problem z wyjaśnieniem pojęć „dystanazja” (44,5%), „antydistanazja” (30,3%) i „ortotanazja” (30,3%).

W opinii badanych termin „ortotanazja” został użyty po raz pierwszy w 1950 r. (43,9%), w 1939 r. (27,1%), w 2001 r. (12,9%) lub w 2013 r. (16,1%).

Studenci uważali, że o ortotanazji decydują takie elementy, jak:

- umierającemu umożliwia się przeżycie śmierci w sposób świadomy i godny (44,5%),
- umierający otoczony jest opieką medyczną, aby mu ulżyć w cierpieniu i przedłużyć jego życie (20%),
- śmierć człowieka postrzegana jest jako wydarzenie osobowe (13,5%),
- umierający ma zapewnioną opiekę religijną (7,1%),
- umierający ma zapewnioną terapię przeciwbólową (5,8%),
- wszystkie z powyższych (4,2%),
- trudno powiedzieć (4,9%).

Ortotanazji nie akceptowało 7,7% studentów. Akceptowało ją 36,8% badanych, a 55,5% nie miało zdania w tej kwestii.

Do sytuacji klinicznych, które mogą być wskazaniem do ortotanazji, studenci zaliczyli:

- chorobę przewlekłą (27,7%),
- życie pacjenta podtrzymywane w sposób sztuczny (20,6%),
- terminalną fazę choroby (8,3%),
- inne sytuacje, nie wymieniając jakie (3,9%).

Największa liczba badanych (39,5%) twierdziła, że nie ma takich wskazań.

Badanych zapytano, czy jako studenci kierunku medycznego wyraziliby wolę asystowania przy procedurze ortotanazji, i okazało się, że w zdecydowanej większości (63,9%) respondenci nie potrafili się jednoznacznie zadeklarować w tej kwestii. Nie uczestniczyliby w takiej procedurze 20% studentów, a 16,1% nie widziało problemu, by brać w niej udział.

O tym, że nie powinno się uporczywie stosować wobec nieuleczalnie chorego środków leczniczych, jeżeli nie niesie to za sobą choćby minimalnych oznak poprawy stanu zdrowia, przekonanych było 23,9% ba-

danych. Odm inną opinię wyraziło 17,4% studentów, a aż 58,7% nie było pewnych, jak należy postąpić.

Zdaniem 14,8% osób ortotanazja jest nielegalna i stanowi jedno z zabójstw uprzywilejowanych. Inaczej sądziło 20% studentów, a 65,2% nie знаło statusu prawnego ortotanazji. Za prawną akceptacją ortotanazji opowiedziało się 19,4% badanych, 23,2% wyraziło sprzeciw, a 57,4% studentów nie wyraziło swojej opinii.

Zdecydowana większość badanych (76,8%) nie wiedziała, czy w Polsce stosuje się ortotanazję. Przekonanych o jej stosowaniu było 13,5% badanych, a 9,7% uważało, że to zjawisko w Polsce nie istnieje.

Za karaniem za ortotanazję opowiedziało się 10,3% badanych, nie uważało tak 12,3% studentów, a 77,4% osób nie miało w tej kwestii zdania.

Badani w 10,3% twierdzili, że ortotanazja jest legalna w Holandii i Stanach Zjednoczonych. Z kolei 12,3% uważało, że nie ma takiego kraju, w którym ortotanazja jest dopuszczona przez prawo, a 77,4% nie miało wiedzy na powyższy temat.

O tym, że decyzja o ortotanazji powinna być wyrażona wcześniej spisaną wolą chorego, przekonanych było 32,3% badanych, że powinien o tym decydować lekarz – 31% osób, że decyzja należy do rodziny chorego – 14,2% ankietowanych, do pielęgniarki – 12,3%, do prawnika – 7,7% badanych, a 2,6% twierdziło, że do innych osób, ale nie wymieniło jakich.

W sprawie, czy decyzja o ortotanazji powinna być związana z oceną szans leczniczych chorego i czy decydujące znaczenie powinien mieć tu fakt, czy przedłużanie życia wymaga pomocy środków nadzwyczajnych, najczęściej badanych (76,8%) było niezdecydowanych. Na tak opowiedziało się 18,1% z nich, a przeciw – 5,2% studentów.

Do tzw. środków nadzwyczajnych 45,8% studentów zaliczyło: wysoko specjalistyczny sprzęt medyczny, 23,2% – drogie lekarstwa, których zastosowanie wymaga dużych nakładów finansowych, przy czym istnieje domniemanie, że środki te w ogóle nie przyniosą pożądanego skutku w postaci poprawy stanu zdrowia pacjenta, 11,2% badanych twierdziło, że nie ma takich środków, a 0,6% wskazało modlitwę.

Na zajęciach na uczelni aż 72,9% osób nie spotkało się z terminem „ortotanazja”, 22,6% nie pamiętało, a 4,5% twierdziło, że tak, lecz nie potrafiło podać, na jakim przedmiocie. Jednocześnie 31% chciałoby szerzej poznać problematykę związaną z ortotanazją, 65,8% nie widziało takiej potrzeby, a 3,2% nie miało w tej kwestii zdania.

DYSKUSJA

Umieranie, zgodnie z danymi zawartymi w literaturze przedmiotu [6, 7], rozpoczyna się od „tka-

nek czynnościowo najbardziej wyspecjalizowanych i posiadających najwyższy metabolizm". W biologicznym modelu umierania wyróżnia się [6, 8] siedem etapów rozpoczynających agonię:

- *via reduta* – zredukowanie głównych czynności układu nerwowego, krwionośnego i oddechowego oraz poszczególnych procesów fizjologicznych,
- *via minima* – skrajnie niska aktywność podstawowych układów podtrzymujących funkcje życiowe,
- *animato suspensa* – stan śmierci pozornej, będącej ostatnią fazą agonii, w którym następuje kolejny etap degradacji funkcjonowania podstawowych układów życiowych aż do całkowitego ustania ich aktywności,
- *morselonica* – śmierć kliniczna (relatywna); moment, w którym następuje zatrzymanie akcji serca i oddechu,
- *mors biologia cerebri* – śmierć osobnicza, etap umierania, gdy następuje nieodwracalne ustanie czynności mózgu, którego skutkiem jest ustanie czynności regulujących i koordynujących funkcje organizmu,
- *via intermedia* – okres życia pośredniego tkanek stopniowo obumierających po śmierci mózgu, ale będących w stanie aktywności interletalnej (posiadają fizyczną zdolność reagowania na bodźce chemiczne, elektryczne i mechaniczne),
- *mors biologia* – śmierć biologiczna (rzeczywista), moment ustania wszelkich życiowych procesów na poziomie komórkowym i początek rozkładu ciała, którego wyraz stanowią znamiona pośmiertne (plamy opadowe, stężenie pośmiertne, błądź, spadek temperatury, wysuszenie ciała, oblicze Hipokratesowe itd.).

Współcześnie [6, 9] przyjmuje się, dokonując analizy medycznego kryterium śmierci człowieka, że proces umierania rozpoczyna agonია, a śmierć osiąga się z chwilą ustania aktywności pnia mózgu.

Proces umierania, za Wójcik [10], z punktu widzenia biologii kończy się z chwilą ustania tanatomorfozy (ostatecznego dopełnienia się dialektyki przekształcania człowieka w trupa, a trupa w jego szczątki), a śmierć osiągnana jest w momencie całkowitego załamania czynności biologicznych i utraty cech istotowych (ontologicznych) organizmu.

Majsak [2] zauważa, że w związku z tym nie można rozważać zastosowania ortotanazji wobec osób z nieodwracalnie uszkodzonym pniem mózgu, ponieważ odłączenie od aparatury człowieka już zmarłego nie może być utożsamiane z ortotanazją.

W badaniu opisywanym w niniejszej pracy okazało się, że 58,1% badanych, myśląc o śmierci, odczuwało strach przed nią, a słowo „śmierć” najczęściej kojarzyło się im z czymś przykrym (57,4%). W opinii 49% badanych śmierć powinna być zawsze następstwem choroby i dotyczyć wyłącznie ludzi starszych, a sami najczęściej (46,5%) chcieliby zasnąć i się

nie obudzić. Zdecydowana większość respondentów (69%) uważała, że sposób postrzegania śmierci zmienia się w obliczu śmierci bliskiej osoby.

Wśród badaczy oraz w życiu codziennym coraz powszechniejsze staje się przenoszenie problemów etycznych w zakres opieki zdrowotnej ukierunkowanej na człowieka w fazie końcowej, a zwłaszcza tych dotyczących eutanazji, dystanazji i ortotanazji. Na powyższe zwracają uwagę także Sorta-Bilajac i Segota [11], twierdzące, że współczesna medycyna z racji rozwijającej się wiedzy, w tym biomedycznej, wymaga nowego podejścia w określaniu swoich celów, w których to kontekście do problemu śmierci i umierania należy podchodzić z uwzględnieniem czterech podmiotów znanych w bioetyce klinicznej, tj. w bioetycznej klasyfikacji śmierci i umierania: eutanazji, dystanazji, antydystanazji i ortotanazji.

Miziara i Miziara [12] zwracają uwagę, że bioetyka to stosunkowo nowy sposób myślenia o relacjach w praktyce medycznej. Sugerują, że nie ma konfliktu między bioetyką a etyką lekarską, a raczej że te obszary interakcji powinny ustanowić nowe standardy zachowania wśród lekarzy. W ich opinii [12] legalizacja ortotanazji w Brazylii jest jednym z przykładów na to, jak może działać ta teoria moralnego konsensusu.

Felix i wsp. [13] dokonali przeglądu dostępnych online (*The Virtual Health Library in the Capes Portal and in the Bioethical Magazine*) artykułów, wprowadzając słowa kluczowe: eutanazja, dystanazja i ortotanazja. Odnaleziono jedynie 41 publikacji związanych z powyższym tematem, analizujących badania odzwierciedlające aktualny problem w kategoriach etycznych dylematów dotyczących opieki człowieka w końcowej fazie życia [13].

Problem występowania ortotanazji w praktyce medycznej potwierdziły, za Majsak [2], badania ankietowe przeprowadzone wśród lekarzy i pielęgniarek w dwóch krakowskich szpitalach, wybranych metodą losową spośród 15 placówek. Ogółem przebadano 56 osób (30 lekarzy i 26 pielęgniarek). Analiza wyników pozwoliła na stwierdzenie, iż zasadniczo badani, przy zaistnieniu pewnych konkretnych okoliczności, aprobowali przyspieszanie śmierci nieuleczalnie chorych osób właśnie poprzez zastosowanie wobec nich ortotanazji. Jedynie niewielka część badanych (10%) przyznała, że w trakcie wykonywania swego zawodu zdarzyło się jej w jakiś sposób przyspieszyć nadejście śmierci nieuleczalnie chorego pacjenta [2]. Przeciwnych uporczywemu stosowaniu wobec nieuleczalnie chorego nadzwyczajnych środków leczniczych, w przypadku gdy nie niosą one ze sobą choćby najmniejszych oznak poprawy stanu jego zdrowia, było 52% respondentów. Z kolei 35% deklarowało stosowanie w powyższej sytuacji środków nadzwyczajnych. Opisane stanowisko było prezentowane zwłaszcza przez tych

respondentów, którzy wykonywali zawód lekarza. Pielęgniarki w większym stopniu (50%) były skłonne nieustannie leczyć pacjenta, także wtedy, gdy stosowanie środków nadzwyczajnych nie przynosiło żadnych zmian na lepsze. Jednocześnie 1/5 pielęgniarek twierdziła, że nakłady przeznaczone na utrzymywanie przy życiu osób nieuleczalnie chorych należałoby spożytkować w celu leczenia ludzi, którym rzeczywiście można pomóc [2].

W opisywanym badaniu ortotanazję akceptowało 36,8% badanych, 16,1% nie widziało problemu, by brać w niej udział, a 44,5% twierdziło, że umiarkowemu umożliwia ona przeżycie śmierci w sposób świadomy i godny.

W przypadku osób znajdujących się w tzw. przetrwałym stanie wegetatywnym (przy działającym pniu mózgu są zniszczone lub znacznie uszkodzone funkcje kory mózgowej, co powoduje tym samym pozbawienie takiej osoby jakichkolwiek czynności psychicznych, pomimo zachowania krążenia i oddychania człowiek jest z reguły nieodwracalnie pozbawiony świadomości i nic nie jest w stanie mu jej przywrócić) 9% ankietowanych przez Majsak [2] było przeciwnych stosowaniu ortotanazji, twierdząc, że taki stan nie daje pewności, iż osoba pozbawiona w danej chwili funkcji kory mózgowej nigdy ich już nie odzyska. Badani [2], z uwagi na ograniczenia metodyczne i diagnostyczne oraz stały postęp nauk medycznych, postulowali w celu podtrzymywania funkcji organizmów tych osób stosowanie wszystkich dostępnych środków leczniczych (również tych określanych mianem nadzwyczajnych).

Zdaniem 11% respondentów z badania Majsak [2] nie można jednak całkowicie rezygnować z jakiegokolwiek leczenia ludzi, którzy nie wykazują nawet najmniejszych szans na przeżycie, a wręcz przeciwnie – trzeba podejmować działania mające na celu normalną opiekę nad pacjentem oraz dołożyć wszelkich starań, aby ostatnie chwile życia były dla umierających jak najmniej bolesne. W związku z tym badani wysunęli postulat jednoczesnego uśmierzenia bólu pacjenta przy zaprzestaniu przedłużania życia za wszelką cenę [2].

W opinii 23,9% obecnie badanych studentów nie powinno się uporczywie stosować wobec nieuleczalnie chorego środków leczniczych, jeżeli nie niosą za sobą choćby minimalnych oznak poprawy stanu zdrowia.

Ankietowani Majsak [2] w większości (86%) opowiadali się za stosowaniem wobec nieuleczalnie chorych pacjentów środków znieczulających, nawet w przypadku, gdyby w efekcie takich działań wystąpił ich szkodliwy wpływ na organizm pacjenta w postaci przyspieszenia śmierci. Tylko jedna pielęgniarka spośród ankietowanych stanowczo wypowiedziała się przeciwko stosowaniu analgetyków u danego pacjenta, jeżeli powodowałyby one w jego

organizmie niepokojące zmiany lub wręcz nasilały występowanie objawów śmierci [2].

W badaniu opisywanym w niniejszej pracy 18,1% osób było przekonanych, że decyzja o ortotanazji powinna być związana z oceną szans leczniczych chorego i decydujące znaczenie powinien mieć tu fakt, czy przedłużanie życia wymaga użycia środków nadzwyczajnych. Do nich badani zaliczali z reguły wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny (45,8%) i drogie lekarstwa, których zastosowanie wymaga dużych nakładów finansowych, przy czym istnieje domniemanie, że środki te w ogóle nie przyniosą pożądanego skutku w postaci poprawy stanu zdrowia pacjenta (23,2%).

Większość (74%) respondentów z badania Majsak [2] zapytana o konieczność dokonania wyboru pomiędzy pacjentami w celu zakwalifikowania kilku z nich do leczenia za pomocą środków nadzwyczajnych wypowiedziała się przeciwko jakimkolwiek próbom wartościowania życia poszczególnych chorych. Jedynie 12% zdecydowałoby się na odłączenie od aparatury medycznej pacjenta z nikłymi szansami na poprawę stanu zdrowia i przyłączenie doń lepiej rokującego. Respondenci twierdzili, że skoro ktoś już raz otrzymał szansę skorzystania z jakiegokolwiek środka nadzwyczajnego (korzystanie z aparatury medycznej podtrzymującej życie nieuleczalnie chorych), to nie należy go tego pozbawiać [2]. Z kolei 7% badanych odłączanie od aparatury chorych mających choćby minimalne szanse na poprawę stanu swego zdrowia nazwało wręcz barbarzyństwem. Ich zdaniem nawet w sytuacji, gdyby przyjęta do szpitala osoba miała zdecydowanie lepsze prognozy niż osoba już korzystająca z aparatury, to w przypadku braku dostatecznej liczby tychże aparatów osoba ta zostałaby najprawdopodobniej pozbawiona możliwości leczenia za ich pomocą [2]. Połowa spośród 74% ankietowanych, którzy wypowiedzieli się przeciwko odłączaniu pacjenta od aparatury, sugerowała poszukiwanie owych brakujących aparatów leczniczych na innych oddziałach danego szpitala w celu pożyczania ich dla własnych pacjentów, ewentualnie przetransportowanie chorego, dla którego zabrakło aparatu, do innego ośrodka medycznego, jeżeli mógłby uzyskać w nim pomoc [2].

W opisywanym badaniu zdecydowana większość badanych (76,8%) nie wiedziała, czy w Polsce występuje zjawisko ortotanazji. Przeciw prawnej akceptacji ortotanazji opowiedziało się 23,2% badanych, za jej karaniem zaś – 10,3% z nich.

W badaniu Majsak [2] 3% respondentów postulovalo sformułowanie jednoznacznych kryteriów, na podstawie których można byłoby dokonywać wyboru pacjentów, przy czym wybór powinien następować dopiero po dokładnym przebadaniu chorych, a zdaniem 9% po konsultacji z innymi lekarzami. W ich opinii można byłoby wtedy odłączyć od

aparatury podtrzymującej życie pacjenta, u którego nie ma żadnych szans na poprawę jego stanu zdrowia, a zachodzi potrzeba zastosowania tejże aparatury wobec pacjenta bardziej potrzebującego.

W opinii 9% badanych Majsak [2] nie powinny się pojawiać żadne wątpliwości, jeżeli chodzi o przerwanie zabiegów reanimacyjnych i wykrzystanie narządów pochodzących od człowieka, którego mózg nie żyje. W przypadku gdy istniałaby konieczność podtrzymywania akcji serca w celu zachowania narządów w należyłym stanie, lekarz powinien podejmować wszelkie czynności służące podtrzymaniu pracy serca, jednakże motywem takiego zachowania powinna być jedynie możliwość wykorzystania narządów dla uratowania życia innemu człowiekowi.

Zdaniem 14,8% obecnie ankietowanych studentów ortotanazja jest nielegalna i stanowi jedno z zaborstw uprzywilejowanych. O tym, że decyzja o ortotanazji powinna być wyrażona wcześniej spisaną wolą chorego przekonanych było 32,3% badanych.

Dos Santos i wsp. [14] przeprowadzili badania w grupie 22 studentów. Wywiady z nimi były nagrywane i spisywane w celu analizy zawartości i identyfikacji głównych problemów. Dane wykazały, że studenci mają niewielką wiedzę na ten temat. Uważali, że zaangażowanie rodziny w decyzję o ortotanazji za ważne i nie czuli się przygotowani do radzenia sobie z sytuacjami śmierci. Autorzy [14] zwracają uwagę na konieczność włączenia tego zagadnienia w program licencjackich studiów w dziedzinie opieki zdrowotnej w celu odpowiedniego przygotowania przyszłych profesjonalistów.

Niepokojącym zjawiskiem jest fakt, że duża grupa studentów miała problem z wyjaśnieniem pojęć: „dystanazja”, „antydistanazja” i „ortotanazja”. Na zajęciach uczelnianych tylko 4,5% badanych spotkało się z terminem „ortotanazja”, ankietowani nie potrafili jednak podać, na jakim przedmiocie zetknęli się z tym pojęciem. Tylko 31% chciałoby szerzej poznać tę problematykę.

W związku z tym, że w polskim piśmiennictwie spotykane są jedynie pojedyncze publikacje dotyczące ortotanazji, wskazane jest rozszerzenie zakresu badań dotyczących powyższego zagadnienia.

WNIOSKI

1. Wiedza studentów na temat ortotanazji jest zróżnicowana, ale niewystarczająca.
2. Większość badanych było niezdecydowanych w kwestii akceptacji ortotanazji, jej statusu prawnego, woli uczestniczenia w jej procedurze oraz potrzeby uporczywego stosowania wobec nieuleczalnie chorego środków leczniczych, jeżeli nie

niesie to za sobą choćby minimalnych oznak poprawy stanu zdrowia.

3. Zdecydowana większość studentów nie miała na uczelni zajęć z tematyki ortotanazji, ale i nie widziała takiej potrzeby.

Autorzy zgłaszają brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Kopaliński W. Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych z almanachem. Oficyna Wydawnicza Rytm, Warszawa 2014.
2. Majsak M. Ortotanazja (poglądy personelu medycznego i stanowisko doktryny). Arch Med Sąd Krym 1999; 49: 135-148.
3. Sych M. Granice intensywnej terapii – aspekty etyczne i prawne. W: Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne. Biela A (red.). KUL i Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin 1996; 93.
4. Tarnawski M. Człowiek w obliczu śmierci. RPEiS 1980; 2: 342.
5. Tarnawski M. Eutanazja. Studia Prawnicze 1982; 3-4: 320.
6. Sobczak K, Janaszczak A. Kontrowersje wokół neurologicznego kryterium śmierci mózgu. Forum Medycyny Rodzinnej 2012; 6: 182-190.
7. Adamkiewicz M. Oblicza śmierci. Propedeutyka tanatologii. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2004.
8. Górecki M. Kres życia. W: Prawda umierania i tajemnica śmierci. Górecki M (red.). ŻAK Wydawnictwo Akademickie, Warszawa 2010: 18-19.
9. Thoma LV. Trup. Wydawnictwo ETHOS, Łódź 1991.
10. Wójcik B. Śmierć mózgu jako kryterium śmierci człowieka. Problematyka filozoficzno-etyczna. Medycyna Praktyczna 2007; 4: 196-199.
11. Sorta-Bilajac I, Segota I. Is there a death with dignity in today's medicine? J Int Bioethique 2010; 21: 149-156, 167.
12. Miziara ID, Miziara CS. Moral consensus theory: paradigm cases of abortion and orthothanasia in Brazil. Indian J Med Ethics 2013; 10: 58-61.
13. Felix ZC, da Costa SF, Alves AM, et al. Euthanasia, dysthanasia and orthothanasia: an integrative review of the literature. Cien Saude Colet 2013; 18: 2733-2746.
14. dos Santos LR, Menezes MP, Gradwohl SM. The knowledge, involvement and feelings of students graduating in medicine, nursing and psychology about orthothanasia. Cien Saude Colet 2013; 18: 2645-2651.