

SLAUGYTOJŲ IR GYDYTOJŲ POŽIŪRIS Į IŠANKSTINES GYVENIMO VALIOS DIREKTYVAS

Eimantas Peičius¹, Aurelija Blaževičienė², Raimundas Kaminskas¹

¹Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Socialinių ir humanitarinių mokslų katedra,

²Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Slaugos ir rūpybos katedra

Raktažodžiai: išankstinės direktyvos, gyvenimo valios testamentas, bioetika, gyvenimo pabaigos sprendimai, sveikatos priežiūra, sveikatos profesionalai.

Santrauka

Lietuvos sveikatos priežiūroje išankstinių gyvenimo valios direktyvų samprata ir tuo labiau jų taikymo praktikoje aspektai yra *terra incognita*. Globaliu mastu paciento gyvenimo valios įgalinimas kaip teisinis ir etinių gyvenimo pabaigos problemų sprendimo instrumentas yra laikomas vienu svarbiausių ateities sveikatos priežiūros iššūkių. Šiame straipsnyje siekiama atskleisti slaugytojų ir gydytojų požiūrį į išankstines gyvenimo valios direktyvas ir jų taikymą klinikinėje praktikoje. Atlikus anoniminę anketinę apklausą, buvo nustatyta, kad apklausoje dalyvavę respondentai turėjo minimalias žinias apie išankstines gyvenimo valios direktyvas. Didesnė respondentų dauguma išreiškė teigiamą požiūrį į šio dokumento taikymą klinikinėje praktikoje ir pripažino, jų įteisinimas padėtų pasidalinti moralinę atsakomybę tarp sveikatos priežiūros profesionalo ir paciento. Taip pat nustatyta, kad vis daugiau sveikatos priežiūros specialistų pripažįsta, kad gyvenimo pabaigos klausimų svarstymas iš anksto su pacientais yra jiems etiškai priimtinas. Šie rezultatai leidžia daryti prielaidą, kad pagarba pacientų autonomijai ir orios mirties užtikrinimas yra svarbus mūsų tyrime dalyvavusiems sveikatos priežiūros profesionalams.

Įvadas

Žmogaus orumo apsauga ir pagarba asmens autonomijai yra esminis šiuolaikinės demokratinės teisinės visuomenės, taip pat ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo principas. Tiek tarptautiniu, tiek nacionaliniu lygmenimis, sveikatos priežiūroje šis principas įgyvendinamas užtikrinant fundamentinę teisę į informuotą sutikimą (arba informuoto

paciento savanorišką sutikimą), taip pat užtikrinant paciento teisę atsisakyti gydymo [1, 2]. Informuoto sutikimo koncepcija yra pagrįsta paciento gebėjimu suprasti, spręsti ir dalyvauti sprendimų priėmimo procese. Tačiau kaip sveikatos profesionalo ir paciento santykių harmonizavimo instrumentas - informuotas sutikimas gali tapti nebeveikmingas, pavyzdžiui, sprendžiant gyvenimo pabaigos etines problemas, t.y. kai pacientas nėra sąmoningas, veiksnus suvokti informaciją ar tiesiog nėra gebantis duoti sutikimą [3, 4]. Tokiais atvejais sveikatos profesionalai (tiek gydytojai, tiek ir slaugos specialistai) gali susidurti su moraline prieštara - gerbti paciento valią ar užtikrinti paciento gerovę. Būtent tokiais atvejais, kai reikia priimti medicininius sprendimus ir neturime galimybės sužinoti paciento ar jo artimųjų ar įgaliotų asmenų valios dėl paciento gydymo, yra pasitelkiamas kitas instrumentas - išankstinės gyvenimo valios direktyvos (ang. *advance directives*) [5].

Šis sąlyginai naujas terminas kol kas neturi oficialaus lietuvių kalbos atitikmens, tačiau jo esmė yra ta pati kaip ir informuoto sutikimo, tik sutikimas (arba nesutikimas pvz. gydymo atsisakymas) yra išankstinis ir tampa raštišku dokumentu. Taigi, išankstinės gyvenimo valios direktyvos (IVGD), kartais įvardijamos kaip gyvenimo valios testamentas, yra rašytinis teisinis dokumentas, kuriame yra išreikšta asmens valia dėl būtiniosios medicininės priežiūros netaikymo tam tikrais ypatingais atvejais [5]. Kaip numatoma Pasaulio medikų asociacijos rekomendacijose, išankstinėse direktyvose numatomi atvejai ir sąlygos turi būti labai tiksliai apibrėžiami, tačiau beveik visada tai susiję su paciento pasirinkimu netęsti (nutraukti) aktyvaus gydymo priimant gyvenimo pabaigos sprendimus [6]. Taip pat pabrėžiama, kad šis dokumentas įsigalioja tik tada, kai pacientas praranda gebėjimą priimti sprendimus dėl savo sveikatos priežiūros, kai pats negali duoti sutikimo ar atsisakymo dėl kritinės būklės, neįgalumo, komos ir pan., t.y. taikoma tik paskutinės stadijos būklės pacientams [7].

Vis dėlto šio naujo dokumento taikymas sprendžiant paciento gyvenimo pabaigos problemas klinikinėje prakti-

koje kelia tam tikras bioetikos problemas. Manoma, kad jei yra teisiškai galiojantis dokumentas, kuriame išreiškiama asmens valia dėl medicininės priežiūros netaikymo pacientu gyvybei palaikyti ir pacientas pats negali duoti sutikimo ar atsisakymo dėl kritinės būklės, tai šiuo dokumentu sveikatos profesionalai ir turėtų vadovautis [8]. Kita vertus, daugelyje Europos šalių iki šiol diskutuojama dėl teisinio tokios paciento valios išraiškos formos statuso, ir kaip tai būtų suderinama su kitais medicinos etikos principais (pvz. nepakenkti), ar išankstinės direktyvos visada reiškia „negydyti“ ir tiesiog leisti ligoniui numirti, ar jis turėtų būti privalomas sveikatos profesionalams, jei tai prieštarautų jų moraliniams įsitikinimams [9].

Išankstinių direktyvų koncepcijos taikymo praktikoje klausimas tampa neabejotinai aktualus ir Lietuvoje tiek dėl sveikatos priežiūros sistemų integracijos, tiek ir dėl vyrų-jaunčių sveikatos profesionalo ir paciento santykių vyrų-jaunčių modelių ir vis plačiau taikomos praktikos Europos Sąjungos šalyse [10]. Lyginant su kitomis Europos šalimis, Lietuvoje šiai temai iki šiol buvo skiriama labai mažai dė-

1 lentelė. Socialinės demografinės respondentų charakteristikos

Profesija	Moteris		Vyras	
	%	N	%	N
Gydytojas	20,5%	58	86,8	72
Slaugytojas	79,5%	226	13,2	18
Iš viso	100,0%	284	100,0	90
Klinikinis darbas	%	N	%	N
Dirba	95,4%	271	98,9	89
Nedirba	4,6%	13	1,1	1
Iš viso	100,0%	284	100,0%	90

2 lentelė. Respondentų žinios apie išankstines gyvenimo valios direktyvas

*lyginant su gydytojais

IGVD - išankstinės gyvenimo valios direktyvos

	Profesija			
	Gydytojai	Slaugytojai	Bendras visų respondentų žinių lygis	
	%	%	%	
Taip, žinau, kas yra IGVD	24,6	13,9*	17,6	$\chi^2=23,84$ df=4 p=0,000
Šiek tiek esu girdėjęs apie IGVD	57,7	45,9	50,0	
Nieko nežinau apie IGVD	17,7	40,2*	32,4	

mesio (išskyrus slaugytojų apklausą), todėl sveikatos profesionalų požiūrio į išankstines direktyvas ir jų sampratos analizė yra reikšminga tiek nacionaliniu, tiek tarptautiniu (lyginamuoju) aspektais.

Straipsnio tikslas - ištirti slaugytojų ir gydytojų žinias apie gyvenimo valios testamentą bei jų požiūrį į gyvenimo valios testamentą pritaikymą sveikatos priežiūroje Lietuvoje.

Tyrimo objektas ir metodika

Anoniminė anketinė apklausa vyko 2015 metų rugsėjo – lapkričio mėn. Buvo išdalinta 390 anketų (atsako dažnis 95,8 proc.) Tyrime dalyvavo slaugytojos ir gydytojai, kurie turėjo patirties slaugant pacientus, esančius kritinėse būklėse.

Tyrimo instrumentas – originalus klausimynas, sudarytas autorių, remiantis ankstesniais atliktais autorių tyrimais [10]. Anketoje buvo pateikti klausimai apie išankstinių gyvenimo valios direktyvų supratimą, jų taikymo etinius aspektus, galimą poveikį sveikatos profesionalo ir paciento santykiams standartinėje sveikatos priežiūroje. Respondentų atsakymai buvo grupuojami naudojant Likert'o 5 balų skalę. Atliekant statistinę analizę, atsakymai buvo sugrupuoti į 3 grupes, apjungiant „Labai svarbi“ ir „Svarbi“, „Nei svarbi, nei nesvarbi“ ir „Nesvarbi“ bei „Visiškai nesvarbi“.

Statistinė duomenų analizė. Anketiniai duomenys buvo apdoroti ir analizuojami naudojant statistinį duomenų kaupimo ir analizės paketą SPSS for Windows 21.0 (*Statistical Package for Social Sciences*). Buvo vertinamas atsakymų į anketos klausimus dažnis (proc.) bei apskaičiuotos statistinio reikšmingumo ($p < 0,05$) reikšmės. Ranginių kokybinių požymių statistinė analizė buvo atlikta naudojant chi kvadrato (χ^2) kriterijų bei apskaičiuojant laisvės laipsnių skaičių (Ils).

Viso klausimyno patikimumo analizei įvertinti buvo atlikta pagal Kronbach'o alpha koeficientą, paremtą standartizuotomis reikšmėmis. Atlikus tyrimą nustatyta, kad tyrime naudota anketa tenkino šį reikalavimą Kronbach'o alpha - 0,863.

Tyrimo rezultatai

Tyrime dalyvavo slaugytojos ir gydytojai, kurie turėjo patirties slaugant pacientus, esančius kritinėse būklėse. Pirmoje lentelėje yra pateikiamos respondentų socialinės – demografinės charakteristikos. Didesnė dalis tyrime dalyvavusių gydytojų buvo vyrai, tarp slaugytojų vyravo moterys, didžioji dalis jų buvo klinicistai (1 lentelė).

Sveikatos priežiūros profesionalų požiūris į gyvenimo valios testamentą. Vertinant respondentų žinias apie

gyvenimo valios testamentą matome, kad bendras visų respondentų žinių lygis buvo gana žemas - tik 17,6 proc. žinojo, kas yra gyvenimo valios testamentas, o daugiau nei pusė visų respondentų buvo tik šiek tiek girdėję apie jį. Daugiau kaip pusė gydytojų ir beveik pusė slaugytojų buvo „šiek tiek“ girdėję apie išankstines gyvenimo valios direktyvas. Analizuojant žinių lygį priklausomai nuo profesijos, gavome statistiškai reikšmingus skirtumus (2 lentelė). Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas lyginant gydytojų ir slaugytojų pakankamą žinių apie išankstines gyvenimo valios direktyvas vertinimą.

3 lentelė. Požiūriai ir įsitikinimai apie gyvenimo valios testamentą priklausomai nuo profesijos

*statistiškai reikšmingai svarbiau lyginant su gydytojais
IGVD - išankstinės gyvenimo valios direktyvos

Teiginys	Gydytojas	Slaugytojas	
	Teigiami atsakymai		
	%	%	
Ar norėtumėte išreikšti savo valią IGVD, kuris turėtų etines ir teisingas pasekmes	38,6	61,4*	$\chi^2=6,4$ df=2 p=0,039
Ar pasiūlymas iš anksto svarstyti gyvenimo pabaigos klausimus kritinių būklių metu yra etiškas pacientų atžvilgiu	41,7	58,3*	$\chi^2=14,2$ df=2 p=0,001
IGVD padėtų išspręsti sveikatos profesionalo ir paciento atsakomybės pasiskirstymo klausimą	35,6	64,4	$\chi^2=1,1$ df=2 p=0,557
IGVD yra tinkamas būdas spręsti potencialias pasyvios eutanazijos/asistuojamos savižudybės problemas spręsti, jei asmuo pats sutinka su jo gyvybės nutraukimu	38,2	61,8	$\chi^2=1,8$ df=2 p=0,406
IGVD taikymas klinikinėje praktikoje palengvintų sveikatos priežiūros profesionalų darbą, priimant gyvenimo pabaigos sprendimus	37,3	62,7	$\chi^2=1,9$ df=2 p=0,376
IGVD turėtų būti įteisintas kaip juridinę galią turintis dokumentas	34,4	65,6	$\chi^2=0,43$ df=2 p=0,805

Sveikatos priežiūros specialistų požiūris į išankstines gyvenimo valios direktyvas. Tyrimo metu buvo nustatyti gydytojų ir slaugytojų požiūrių skirtumai į tai, kokias pasekmes praktikai turėtų išankstinių gyvenimo valios direktyvų įteisinimas ir jų taikymas sprendžiant gyvenimo pabaigos klausimus. Nustatyta, kad statistiškai reikšmingai skyrėsi gydytojų ir slaugytojų požiūris į tai, kad reiktų pripažinti paciento norą išreikšti savo valią gyvenimo valios testamente, kuris turėtų etinę ir teisinę galią (38,6 proc. ir 61,4 proc., $p<0,05$); taip pat skyrėsi jų nuomonės ir dėl to, ar galima būtų laikyti etišku pasiūlymą svarstyti gyvenimo pabaigos klausimus kritinių būklių metu (41,7 ir 58,3 proc., $p<0,05$). Gydytojų ir slaugytojų požiūriai skyrėsi vertinant ir kitus teiginius apie išankstinių gyvenimo valios direktyvų galimą naudą, kaip kad pasiskirstant atsakomybę už sprendimus, klinikinio darbo palengvinimą ir kitus, nurodytus trečioje lentelėje, tačiau statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta. Mažesnė dalis gydytojų lyginant su slaugytojais pritarė išankstinės gyvenimo valios direktyvos taikymo galimybėms ir jų galimai naudai sprendžiant etines gyvenimo pabaigos dilemas klinikinėje praktikoje (3 lentelė).

Rezultatų aptarimas

Išankstinės direktyvos suteikia teisinį pagrindą ir etinę galimybę atsižvelgti į paciento norus bei pageidavimus, išsaugojant jų orumą ir autonomiją. Mūsų tyrimo duomenys atskleidė, kad apie gyvenimo valios testamentą žinojo labai maža dalis (16,7 proc.) tyrime dalyvavusių sveikatos priežiūros profesionalų. Daugiau kaip pusė tyrime dalyvavusių gydytojų, slaugytojų bei farmacininkų buvo tik šiek tiek girdėję apie gyvenimo valios testamentą. Panašų žinių lygį rodo ir kitų tyrimų rezultatai, ypač šalyse, kuriose dar nėra aiškaus išankstinių direktyvų reglamentavimo [11]. Kitame panašaus pobūdžio 2007 m. atliktame tyrime dalyvavusios slaugytojos teigė, kad joms trūksta tiek teisinių, tiek bendrų žinių išankstines direktyvas [12].

Tiek mūsų apklausa, tiek ir kitose šalyse atlikti išsamni tyrimai rodo, kad bendrą supratimą apie išankstines direktyvas turi tie sveikatos priežiūros specialistai, kurie tiesiogiai dalyvauja paciento gyvenimo pabaigos priežiūroje ir planavime [13]. Geriausias žinias ir supratimą apie išankstinių direktyvų taikymą turėjo paliatyviosios priežiūros ir onkologijos srities slaugytojai [14, 15].

Tiriant išankstinių direktyvų taikymo etines problemas taip pat nustatyta, kad slaugytojai labiau nei gydytojai pritaria tam, kad išankstinės direktyvos galėtų pagerinti pacientų priežiūrą gyvenimo pabaigoje. Panašią situaciją nurodo ir Naujoje Zelandijoje atliktų išsamių tyrimų rezultatai, kad visada itin sudėtingus pokalbius apie mirtį ga-

lėtų efektyviai pakeisti išankstinių direktyvų taikymas, jei tai būtų legalizuota ir įtvirtinta klinikinėje praktikoje [16].

Kaip rodo kiti atlikti tyrimai, slaugytojai turi skirtingus įsivaizdavimus, kas turi būti atsakingas už gyvenimo valios testamentą įgyvendinimą. Kai kuriais atvejais slaugytojai teigė, kad multidisciplininės komandos uždavinys yra taikyti gyvenimo valios testamentą ir kad nėra aiškus atsakomybės pasidalijimas tarp komandos narių [12, 15, 17]. Mūsų tyrimo duomenys gana panašūs ir rodo, kad tik šiek tiek daugiau nei pusė visų respondentų tiki, kad tai padėtų išspręsti moralinės atsakomybės pasiskirstymo klausimą tarp sveikatos priežiūros profesionalo ir paciento. Lyginant su panašaus pobūdžio tyrimais, šiame taip pat nustatyta, kad vis daugiau sveikatos priežiūros specialistų pripažįsta, kad gyvenimo pabaigos klausimų svarstymas iš anksto su pacientais yra jiems etiškai priimtinas, tačiau nėra aiškus pacientų požiūris [18,19].

Šie rezultatai leidžia daryti prielaidą, kad pagarba pacientų autonomijai ir orios mirties užtikrinimas yra svarbus mūsų tyrime dalyvavusiems sveikatos priežiūros profesionalams, nors pacientų autonomijos sąvoka yra sąlyginai nauja Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje.

Išvados

1. Tyrimo duomenys atskleidė, kad apklausoje dalyvavę Lietuvoje dirbantys gydytojai ir slaugytojai mažai žinojo apie gyvenimo valios testamentą, tačiau išreiškė teigiamą požiūrį į jo taikymą klinikinėje praktikoje ir tikėjo, kad jo įteisinimas padėtų pasidalinti moralinę atsakomybę tarp sveikatos priežiūros profesionalo ir paciento. Šie mūsų tyrimo rezultatai atitinka kitų šalių mokslininkų duomenis.

2. Mūsų tyrimas nustatė, kad vis daugiau sveikatos priežiūros specialistų pripažįsta, kad gyvenimo pabaigos klausimų svarstymas iš anksto su pacientais yra jiems etiškai priimtinas. Šie rezultatai leidžia daryti prielaidą, kad pagarba pacientų autonomijai ir orios mirties užtikrinimas yra svarbus mūsų tyrime dalyvavusiems sveikatos priežiūros profesionalams, nors pacientų autonomijos sąvoka yra sąlyginai nauja Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje. Ateityje yra būtina išsiaiškinti pacientų ir plačiosios visuomenės požiūrį į išankstinių direktyvų diegimą sveikatos priežiūroje.

Padėka

Dėkojame LSMU Kauno klinikų Onkologijos ligoninės vyriausiajai slaugytojai - slaugos administratorei Vilijai Čivinskienei už pagalbą renkant duomenis

Literatūra

1. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. UNES-

- CO, Paris, 2005.
- Lietuvos respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas. 2009 m. lapkričio 19 d. Nr. XI-499. 5 str.
 - Beširevic V. End-of-life care in the 21st century: advance directives in universal rights. *Bioethics* 2010 24(3): 105–112. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8519.2010.01806.x>
 - Simon-Lorda P. et al. Advance directives in Spain: perspectives from a medical bioethicist approach. *Bioethics* 2008; 22(6): 346-354. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00644.x>
 - Fischer GS, Tulsy JA, Arnold RM. Advance directives and advance care planning. In: *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd edition (Ed. Stephen G. Post). Macmillan Reference, NY, 2004: 74-79.
 - The World medical association statement on advance directives ("Living Wills") by the WMA General Assembly, Helsinki, 2003. <http://www.wma.net/e/policy/w14.htm>
 - Frank RK. Shared decisionmaking and its role in end of life care. *British Journal of Nursing* 2009; 18:612–618. <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2009.18.10.42466>
 - Brown B. The history of advance directives: A literature review. *Journal of Gerontological Nursing* 2003;29(9): 4-14. <http://dx.doi.org/10.3928/0098-9134-20030901-04>
 - The previously expressed wishes relating to healthcare (by R. Andorno). Common principles and differing rules in national legal systems Report to the Council of Europe based on the 18-22 June 2008. "Exploratory workshop on advance directives", Institute of Biomedical Ethics of the University of Zurich with the support of the European Science Foundation (ESF), CDBI, 35 th meeting, Strasbourg, 2007.
 - Blaževičienė A, Peičius E. Nurses attitudes toward advance directives in Lithuania. *NERP* 2011;1:26-30.
 - Boot M, Wilson C. Clinical nurse specialists' perspectives on advance care planning conversations: a qualitative study. *International Journal of Palliative Nursing* 2014; 20 (1). <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.1.9>
 - Duke G, Thompson S. Knowledge, attitudes and practices of nursing personnel regarding advance directives. *International Journal of Palliative Nursing* 2007; 13(3): 109-115. <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2007.13.3.23272>
 - Cartwright C, Montgomery J, Rhee J, Zwar N, Banbury A. Medical practitioners' knowledge and self-reported practices of substitute decision making and implementation of advance care plans. *Intern Med J* 2014 Mar;44(3):234-9. doi: 10.1111/imj.12354. <http://dx.doi.org/10.1111/imj.12354>
 - Jezewski MA, Brown J, Wu YW, Meeker MA, Feng JY, Bu X. Oncology nurses' knowledge, attitudes, and experiences regarding advance directives. *Oncol Nurs Forum*. 2005 Mar 5;32(2):319-27.

- <http://dx.doi.org/10.1188/05.ONF.319-327>
15. Snyder S, Hazelett S, Allen K, Radwany S. Physician knowledge, attitude and experience with advance care planning, palliative care, and hospice: results of a primary care survey. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 2012; 30(5) 419-424.
<http://dx.doi.org/10.1177/1049909112452467>
 16. Malpas JP. Advance directives and older people: ethical challenges in the promotion of advance directives in New Zealand. *J Med Ethics* 2011;37:285e289.
 17. Frey R, Raphael D, Bellamy G, Gott M. Advance care planning for Maori, Pacific and Asian people: the views of New Zealand healthcare professionals. *Health and Social Care in the Community* 2014; 22(3), 290–299.
<http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12081>
 18. Johnson C, Singer R, Masso M, Sellars M, Silvester W. Palliative care health professionals' experiences of caring for patients with advance care directives. *Australian Health Review* 2015; 39(2):154-159.
<http://dx.doi.org/10.1071/AH14119>
 19. Flores TR, Mato SA, Rivero AP, Galan ATM. Knowledge and attitudes about advance directives on physicians and nurses. *Atencion Primaria* 2013,45(8):404–408.

THE PREFERENCES OF PHYSICIANS AND NURSES REGARDING ADVANCE DIRECTIVES

E. Peičius, A. Blaževičienė, R. Kaminskas

Key words: advance directive, bioethics, ethical decision making in end of life, healthcare, health professionals.

Summary

The concept of advance directives and their application in practice is still terra incognita in Lithuanian healthcare. Globally, the patient's living will as a legal and ethical tool for end of life decision-making is considered one of the most important challenges for the future of healthcare. This article aims to reveal nurses' and physicians' preferences towards advance directives and their application in clinical practice. By employing the semi-structured standardized study method it was determined a minimum knowledge of advance directives among most of the respondents. It was also found that the greater majority of respondents expressed affirmation of this document into the clinic practice and acknowledged that its legalization would help sharing the moral responsibility between the health professional and the patient. It was also revealed that an increasing number of healthcare professionals preferred that the end of life issues discussion in advance with the patients would be ethically acceptable. These findings of our study suggested us to believe respect for patient autonomy and protection of dignified dying process was regarded as truly important part of medical care in the end of life stage.

Correspondence to: aurelija.blazeviciene@gmail.com

Gauta 2016-10-16