

# Samobójstwo wspomagane w opinii pielęgniarek pracujących w placówkach paliatywno-hospicyjnych

## Physician-assisted suicide in the opinion of nurses who work in palliative and hospice institutions

Wiktorja Chilmończyk<sup>1,A-D</sup>, Ewa Kobos<sup>2,A,C,E,F</sup>

<sup>1</sup> Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

<sup>2</sup> Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

*Piel Zdr Publ.* 2019;9(3)

### Adres do korespondencji

Wiktorja Chilmończyk  
e-mail: chilmonczyk2@onet.pl

### Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

### Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 8.07.2018 r.

Po recenzji: 4.09.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 26.09.2018 r.

Opublikowano online: 25.06.2019 r.

### Cytowanie

Chilmończyk W, Kobos E. Samobójstwo wspomagane w opinii pielęgniarek pracujących w placówkach paliatywno-hospicyjnych [opublikowano online jako ahead of print 25.06.2019]. *Piel Zdr Publ.* 2019;9(3). doi:10.17219/pzp/96325

### DOI

10.17219/pzp/96325

### Copyright

© 2019 by Wrocław Medical University  
This is an article distributed under the terms of the  
Creative Commons Attribution Non-Commercial License  
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

## Streszczenie

**Wprowadzenie.** Nieuleczalna choroba i cierpienie mogą doprowadzić do podjęcia decyzji o PAS. Procedura ta polega na dostarczeniu choremu przez lekarza środków niezbędnych do dokonania aktu zakończenia życia. Pielęgniarki są często pierwszymi osobami, które słyszą prośbę pacjenta o PAS lub eutanazję.

**Cel pracy.** Poznanie opinii pielęgniarek pracujących w hospicjach na temat PAS.

**Materiał i metody.** Do badania wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 33 stwierdzeń sklasyfikowanych w 4 kategoriach: aspekty moralne, wartość życia, aspekty praktyczne oraz aspekty prawne. W badaniu wzięły udział 92 osoby. W hospicjum domowym pracowało 42% badanych, a w stacjonarnym 58%. Analizy statystyczne wykonano przy użyciu programu STATISTICA v. 12, do oceny korelacji zastosowano analizę korelacji *R* Spearmana.

**Wyniki.** Pielęgniarki uważają, że to zdecydowanie niemoralne oczekiwać od kogokolwiek pomocy w samobójstwie (52%). Według nich lekarstwem na cierpienie powinna być naturalna śmierć (30%), a PAS, bez względu na okoliczności, nie jest etycznie uzasadnione (24%), nawet w przypadku pacjentów starszych (46%) oraz śmiertelnie chorych lub cierpiących (46%). Czterdzieści procent badanych jest przeciwnych wprowadzeniu prawa zezwalającego chorym na poproszenie lekarza, aby pomógł im zakończyć życie, nawet gdyby lekarze wyznaczeni przez sąd zgodzili się na to po ustaleniu, że pacjenta nie można wyleczyć. Taki sam procent ankietowanych zdecydowanie nie poparłby zalegalizowania PAS, nawet gdyby nie brał udziału w tej procedurze.

**Wnioski.** Około jedna piąta pielęgniarek jest proszona przez pacjenta lub jego rodzinę o podanie leku lub wykonanie innego czynu powodującego jego śmierć. Pielęgniarki pracujące w hospicjum wysoko cenią wartość życia, nie popierają PAS i nie są skłonne do brania w nim udziału.

**Słowa kluczowe:** pielęgniarka, opieka paliatywna, hospicjum, samobójstwo wspomagane

## Abstract

**Background.** An incurable illness and suffering can lead to making a decision on physician-assisted suicide (PAS). In such procedure the doctor provides the patient with means necessary to make an act of ending life. Nurses are often the first to hear a patient's request for PAS or euthanasia.

**Objectives.** Getting to know the opinions of nurses working in hospices about assisted suicide.

**Material and methods.** The author's own questionnaire consisting of 33 statements, divided into 4 categories: moral aspects, the value of life, practical aspects, and legal aspects, were used in the study. Ninety-two people participated in the study. Forty-two percent of the respondents worked in the home hospice and 58% in the stationary one. Statistical analyses were performed using the STATISTICA v. 12 program; the Spearman *R* correlation analysis was used to assess the correlation.

**Results.** Nurses believe that it is definitely immoral to expect help from anyone in suicide (52%). The cure for suffering is natural death (30%), and assisted suicide, regardless of the circumstances, is not ethically justified (24%), even for older patients (46%) and terminally ill or suffering (46%). Forty percent of respondents oppose the introduction of a law permitting patients to ask a doctor to help them end their lives, even if the doctors appointed by the court have agreed that the patient cannot be cured. The same percentage of nurses would definitely not support the legalization of PAS, even if they would not participate in this procedure.

**Conclusions.** About 1/5 of nurses are asked by the patient or his family to administer lethal medication or to perform another act to cause death. Nurses working in hospices highly value life and do not support assisted suicide and are not willing to take part in it.

**Key words:** nurse, palliative care, hospice, physician-assisted suicide

## Wprowadzenie

W ciągu ostatnich 50 lat postęp medycyny doprowadził do wydłużenia życia, czego skutkiem jest zwiększający się odsetek wystąpienia nieuleczalnych chorób, powodujących cierpienie i utratę autonomii pacjentów. W niektórych obszarach medycyna nadal jest bezsilna, a choroba staje się jednym z czynników ryzyka samobójstwa.<sup>1</sup> Chorzy mogą czuć się zobowiązani do zaakceptowania przedłużającej życie interwencji medycznej, ponieważ jest ona dostępna i uznana społecznie, a akceptowanie śmierci, gdy opcje leczenia nie zostały jeszcze wyczerpane, jest postrzegane jako społeczne i moralne tabu.<sup>2</sup>

Choroba może doprowadzić do podjęcia decyzji o wspomaganym samobójstwie (ang. *physician-assisted suicide* – PAS). Procedura ta polega na dostarczeniu choremu przez lekarza środków niezbędnych do dokonania aktu zakończenia życia.<sup>3</sup> PAS jest legalny w takich krajach, jak: Belgia, Szwecja, Holandia, Luksemburg, Szwajcaria oraz w niektórych stanach Stanów Zjednoczonych. PAS stanowi w tych państwach ok. 0,1–2,9% wszystkich zgonów.<sup>4</sup> W Polsce PAS jest obecnie czynem zabronionym. Według art. 151 *Ustawy z 6.06.1997 r. – Kodeks karny* (k.k.): kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.<sup>5</sup> W istotny sposób determinuje to postawy osób badanych. Odpowiadając na pytania zawarte w ankiecie, wypowiadają się bowiem na temat czynu prawnie zabronionego, od ponad 70 lat trwale w polskim prawodawstwie objętego normą prawnokarną (por. art. 227 *Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 11.07.1932 r. – Kodeks karny*).<sup>6</sup> Należy wziąć pod uwagę, że w Polsce nie toczy się jakkolwiek istotna publicznoprawna debata w kwestii depenalizacji PAS. Zarówno kompleksowa

nowelizacja k.k. z 1997 r., jak i każda kolejna nowela nie zawierały zmian w tej kwestii. Jednak zarówno w Polsce, jak i innych krajach europejskich, gdzie PAS jest czynem prawnie zabronionym, pojawia się zjawisko „turystyki samobójczej”. Przykładem kraju docelowego jest Szwajcaria, która jako jedyne państwo oferuje pomoc w samobójstwie nie tylko swym obywatelom. Szacuje się, że każdego roku 200 „turystów” przybywa do tego kraju w celu zakończenia swojego życia, a liczba ta stale się zwiększa.<sup>7</sup>

Na całym świecie PAS budzi skrajne emocje. Debata na ten temat zazwyczaj koncentruje się na perspektywie lekarzy. W żadnym z państw prawnie nie określono roli pielęgniarki w procesie zakończenia życia poprzez PAS. Jednak badania z krajów, które zalegalizowały PAS, wykazują, że pielęgniarki odgrywają aktywną rolę w tym procesie. Są często pierwszymi osobami, które słyszą prośbę pacjenta o PAS lub eutanazję i mogą być zaangażowane zarówno w proces decyzyjny, spełnienie prośby, jak i przygotowywanie i podanie leków w celu zakończenia życia.<sup>8,9</sup> W porównaniu z pielęgniarkami innych specjalizacji pielęgniarki opieki paliatywnej mają większą wiedzę i doświadczenie w zakresie leczenia bólu oraz polepszenia jakości życia chorego. W rezultacie wiele z nich postrzega śmierć jako akt, który można kontrolować, a cierpienie jako proces, nad którym można panować. Mają one wyraźne wyobrażenie o tym, co oznaczałoby dla pacjentów zalegalizowanie PAS.

Celem tej pracy było poznanie opinii pielęgniarek pracujących w hospicjach na temat PAS.

## Materiał i metody

Do badania wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 33 stwierdzeń, które zostały skla-

syfikowane w 4 kategoriach: aspekty moralne, wartość życia, aspekty praktyczne oraz aspekty prawne. Osoby badane udzielały odpowiedzi w skali 1–5, gdzie 1 oznaczało „zdecydowanie się zgadzam”, a 5 „zdecydowanie się nie zgadzam”. Przed przystąpieniem do badań uzyskano informację o braku zastrzeżeń do ich realizacji od Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Analizy statystyczne zostały wykonane przy użyciu programu STATISTICA v. 12 (StatSoft, Inc.). Rozkłady wyników testowano z wykorzystaniem testu Kołmogorowa–Smirnowa (K–S), do oceny korelacji zastosowano analizę korelacji *R* Spearmana.

W badaniu wzięły udział 92 osoby, w tym 83 pielęgniarki oraz 9 pielęgniarzy. Kryterium włączenia do badań był staż pracy ogółem w zawodzie >4 lat oraz staż pracy w hospicjum >2 lat. W hospicjum domowym pracowało 42% badanych, a w hospicjum stacjonarnym 58%. Średnia wieku respondentów wynosiła 44 lata  $\pm$ 10 lat, staż pracy ogółem w zawodzie 21 lat  $\pm$ 11 lat, staż pracy w obecnym miejscu zatrudnienia 8 lat  $\pm$ 5 lat. Wykształcenie wyższe licencjackie miało 50% badanych, 78% ukończyło co najmniej 1 z kursów z zakresu opieki paliatywnej. Wyznanie katolickie deklaroowało 98% ankietowanych. Średnia liczba pacjentów będących pod opieką badanych, którzy zmarli w ciągu ostatniego miesiąca od daty badania, wynosiła 4 osoby  $\pm$ 3 osoby.

W badanej grupie 21% respondentów było poproszonych przez pacjenta, a 14% przez członka rodziny o po-

danie leku lub wykonanie innego czynu w celu spowodowania jego śmierci. Uczestnicy badania doświadczali rozmów z pacjentem, który mówił im o tym, że chciałby już umrzeć (74%) oraz przewlekłych chorób lub cierpienia członków własnej rodziny (66%).

## Wyniki

### Opinie respondentów w poszczególnych aspektach PAS

W kategorii „aspekty moralne” PAS badani zdecydowanie nie zgadzali się ze stwierdzeniami, że to moralne oczekiwać od członków rodziny, przyjaciela, personelu medycznego pomocy w samobójstwie (52%) oraz że są sytuacje, w których ankietowani skłonni byłiby do wzięcia udziału w PAS (52%). Ze stwierdzeniem, że naturalna śmierć jest lekarstwem na cierpienie, zdecydowanie zgodziło się 30% badanych, a 24% uważało, że PAS nigdy, bez względu na okoliczności, nie jest etycznie uzasadnione (tabela 1).

Analiza korelacji między poszczególnymi stwierdzeniami w kategorii „aspekty moralne” wykazała, że osoby, które zdecydowanie nie zgadzają się z akceptacją PAS w przypadku, gdy stracono nadzieję na poprawę sytuacji, nie zgadzają się również, że moralne jest oczekiwać od innych osób pomocy w samobójstwie ( $R = 0,62$ ) oraz że śmierć w wyniku samobójstwa to godna śmierć ( $R = 0,69$ ).

Tabela 1. Opinia badanych na temat PAS – „aspekty moralne”

Table 1. Opinions of the respondents on PAS – “moral aspect”

Aspekty moralne	Zdecydowanie tak [%]	Raczej tak [%]	Trudno powiedzieć [%]	Raczej nie [%]	Zdecydowanie nie [%]	Test K–S
AM1 Osoba terminalnie chora ma prawo zdecydować o zakończeniu życia	11	7	37	17	28	$p < 0,01$
AM2 Moralne jest oczekiwać od członków rodziny, przyjaciela, personelu medycznego pomocy w samobójstwie	2	0	25	21	52	$p < 0,01$
AM3 Naturalna śmierć jest lekarstwem na cierpienie	30	15	30	11	13	$p < 0,01$
AM4 PAS daje osobie szansę na godną śmierć	4	3	25	29	38	$p < 0,01$
AM5 PAS jest aktem humanitarnym	0	3	30	25	41	$p < 0,01$
AM6 PAS powinno być stosowane, gdy dana osoba cierpi na śmiertelną chorobę	3	2	21	36	38	$p < 0,01$
AM7 PAS jest akceptowalne w przypadkach, gdy stracono całą nadzieję na poprawę sytuacji	2	3	24	28	42	$p < 0,01$
AM8 PAS nigdy, bez względu na okoliczności, nie jest etycznie uzasadnione	24	8	30	20	18	$p < 0,01$
AM9 Są sytuacje, w których byłabym/byłbym skłonna/skłony do wzięcia udziału w PAS	0	5	18	24	52	$p < 0,01$
AM10 Przepisanie leków pacjentowi w celu umożliwienia mu zakończenia życia jest dopuszczalne	1	7	21	29	42	$p < 0,01$
AM11 PAS powinno być akceptowane w dzisiejszym społeczeństwie	2	5	25	26	41	$p < 0,01$
AM12 PAS powinno być rozważane wyłącznie na gruncie medycznym, a nie moralnym	3	4	29	27	35	$p < 0,01$

Ankietowani, którzy istotnie częściej nie zgadzali się, że PAS powinno być stosowane, gdy dana osoba cierpi na śmiertelną chorobę, zdecydowanie częściej nie zgadzali się również z poszczególnymi stwierdzeniami z kategorii „aspekty moralne”. Wraz z brakiem akceptacji dla poszczególnych stwierdzeń z kategorii „aspekty moralne” badani nie zgadzali się z przepisywaniem pacjentowi leku w celu zakończenia jego życia ( $R = 0,73$ ) oraz z akceptacją PAS przez społeczeństwo ( $R = 0,80$ ).

Respondenci zdecydowanie nie zgadzali się na PAS w przypadku pacjentów starszych (46%) oraz na poparcie prośby o PAS, jeśli osoba śmiertelnie chora lub cierpiąca byłaby coraz bardziej zaniepokojona pogorszeniem swego stanu zdrowia (46%). Połowa badanych zdecydowanie zgadzała się z tym, że jedną z kluczowych zasad etyki zawodowej pracowników ochrony zdrowia jest utrzymanie i zachowanie życia, a nie jego zakończenie (tabela 2).

Brak zgody na PAS dla osób starszych istotnie wiązał się z brakiem poparcia prośby o PAS przez osobę śmiertelnie chorą lub cierpiącą zaniepokojoną pogorszeniem swego stanu zdrowia ( $R = 0,79$ ). Ankietowani niezgadzający się z tym, że zasadą etyki zawodowej pracowników ochrony zdrowia jest utrzymanie i zachowanie życia, częściej byli

skłonni poprzeć prośbę osoby chorej i cierpiącej zaniepokojonej pogarszaniem się jej stanu zdrowia o PAS ( $R = -0,51$ ).

W kategorii „aspekty praktyczne” 36% respondentów zdecydowanie zgadzało się ze stwierdzeniem, że praktykowanie PAS może prowadzić do nadużyć. Najwyższy odsetek badanych (37%) zdecydowanie nie zgodził się ze stwierdzeniem, że w przypadku pacjenta cierpiącego na nieuleczalną chorobę lekarz ma prawo zakończyć jego życie bezboleśnie, jeśli pacjent lub jego rodzina tego żądają, oraz że PAS powinno być praktykowane tylko w celu wyeliminowania bólu fizycznego, nie zaś emocjonalnego (tabela 3).

Im częściej pielęgniarki i pielęgniarze nie zgadzali się z tym, że istnieje kilka przypadków, w których PAS jest dopuszczalne, tym częściej nie zgadzali się również z praktykowaniem PAS w celu wyeliminowania bólu fizycznego, nie zaś emocjonalnego ( $R = 0,46$ ) oraz z prawem, aby zakończyć życie pacjenta bezboleśnie, jeśli pacjent lub jego rodzina tego zażądają ( $R = 0,48$ ). Respondenci, którzy nie zgadzali się ze stwierdzeniem, że praktykowanie PAS może prowadzić do nadużyć, częściej zgadzali się, że PAS powinno być praktykowane tylko w celu wyeliminowania bólu fizycznego ( $R = -0,48$ ).

Tabela 2. Opinia badanych na temat PAS – „wartość życia”

Table 2. Opinions of the respondents on PAS – “value of life”

Wartość życia	Zdecydowanie tak [%]	Raczej tak [%]	Trudno powiedzieć [%]	Raczej nie [%]	Zdecydowanie nie [%]	Test K-S
WZ1 PAS jest akceptowalne, jeśli dana osoba jest starsza	0	0	26	28	46	$p < 0,01$
WZ2 Jedną z kluczowych zasad etyki zawodowej pracowników ochrony zdrowia jest utrzymanie i zachowanie życia, a nie jego zakończenie	51	12	21	13	3	$p < 0,01$
WZ3 Jeśli osoba śmiertelnie chora lub cierpiąca jest coraz bardziej zaniepokojona pogorszeniem swego stanu zdrowia, poprę jej prośbę o PAS	0	1	27	26	46	$p < 0,01$

Tabela 3. Opinia badanych na temat PAS – „aspekty praktyczne”

Table 3. Opinions of the respondents on PAS – “practical aspects”

Aspekty praktyczne	Zdecydowanie tak [%]	Raczej tak [%]	Trudno powiedzieć [%]	Raczej nie [%]	Zdecydowanie nie [%]	Test K-S
APrak1 Kiedy dana osoba cierpi na chorobę, której nie można wyleczyć, lekarze powinni mieć prawo, aby zakończyć życie pacjenta bezboleśnie, jeśli pacjent lub jego rodzina tego zażądają	4	5	32	22	37	$p < 0,01$
APrak2 Praktykowanie PAS może prowadzić do nadużyć	36	29	16	14	4	$p < 0,01$
APrak3 Osoba nie powinna być utrzymywana przy życiu przez maszynę	12	17	43	13	14	$p < 0,01$
APrak4 Pacjenci poważnie chorzy, lecz otrzymujący wysokiej jakości opiekę paliatywną, NIE proszą o pomoc w zakończeniu ich życia	14	18	35	23	10	$p < 0,01$
APrak5 PAS powinno być praktykowane tylko w celu wyeliminowania bólu fizycznego, nie zaś emocjonalnego	3	0	30	29	37	$p < 0,01$
APrak6 Istnieje bardzo niewiele przypadków, w których PAS jest dopuszczalne	2	5	43	22	27	$p < 0,01$

Aż 40% ankietowanych było przeciwnych wprowadzeniu prawa zezwalającego śmiertelnie chorym pacjentom na poproszenie lekarza prowadzącego, aby pomógł im zakończyć życie nawet w przypadku, gdyby zespół lekarzy wyznaczony przez sąd zgodził się na to po ustaleniu, że pacjenta nie można wyleczyć. Spośród badanych 26% osób zdecydowanie zgadzało się ze stwierdzeniem, iż PAS nie powinno być zgodne z prawem (tabela 4).

Pielęgniarki, które nie zgadzały się z tym, że są sytuacje, w których PAS mogłoby być legalne, częściej nie wyrażały aprobaty dla zakończenia życia w przypadku, gdyby zespół lekarzy wyznaczony przez sąd zgodził się na to po ustaleniu, że pacjenta nie można wyleczyć ( $R = 0,91$ ).

## Korelacje pomiędzy stwierdzeniami w poszczególnych aspektach PAS

Badani niepopierający PAS u osób śmiertelnie chorych zaniepokojonych swoim stanem zdrowia również istotnie częściej nie zgadzali się ze wszystkimi stwierdzeniami w kategorii „aspekty moralne”, m.in. z tymi, że: moralne jest oczekiwać pomocy w samobójstwie od personelu czy bliskich ( $R = 0,65$ ), dopuszczalne jest przepisanie leków w celu umożliwienia zakończenia życia ( $R = 0,75$ ), PAS nie powinno być akceptowane w społeczeństwie ( $R = 0,67$ ). Pielęgniarki i pielęgniarze zgadzający się ze stwierdzeniem, że kluczową zasadą etyki zawodowej jest utrzymanie i zachowanie życia, nie zgadzają się natomiast, że są sytuacje, w których byłoby skłonni do wzięcia udziału w PAS ( $R = -0,54$ ) oraz że przepisanie leku pacjentowi w celu zakończenia jego życia jest niedopuszczalne ( $R = -0,45$ ) – tabela 5.

Pielęgniarki i pielęgniarze pracujący w hospicjum nie zgadzający się z tym, że lekarze powinni mieć prawo do zakończenia życia, jeśli cierpiący pacjent lub jego rodzina tego zażądają, nie są skłonni uczestniczyć w PAS ( $R = 0,64$ ) i istotnie częściej uważają, że: jest to akt niehumanitarny ( $R = 0,65$ ), PAS jest szansą na godną śmierć ( $R = 0,58$ ), przepisanie leków w celu umożliwienia zakończenia życia pacjentowi cierpiącemu na śmiertelną chorobę jest niedo-

puszczalne ( $R = 0,74$ ). Badani uważający, że PAS powinno być praktykowane tylko w celu wyeliminowania bólu fizycznego, nie zaś emocjonalnego, nie zgadzają się, by PAS było akceptowane w społeczeństwie ( $R = 0,65$ ). Ankietowani zgadzający się, że PAS może prowadzić do nadużyć, istotnie częściej nie zgadzają się na branie udziału w tej procedurze ( $R = -0,51$ ) – tabela 5.

Respondenci niezgadzający się z akceptacją PAS w społeczeństwie zdecydowanie częściej nie zgadzali się z tym, że są sytuacje, w których PAS mogłoby być legalne ( $R = 0,72$ ), z aprobatą dla zakończenia życia pacjenta, gdyby zespół lekarzy wyznaczony przez sąd uznał, że pacjenta nie można wyleczyć ( $R = 0,71$ ) oraz że potrzebne są przepisy umożliwiające praktykę PAS ( $R = 0,65$ ) – tabela 5.

Brak akceptacji PAS wobec osób starszych ( $R = 0,63$ ) oraz brak poparcia dla prośby pacjenta o PAS ( $R = 0,74$ ) istotnie częściej występował u ankietowanych, którzy nie zgadzali się z tym, że lekarze powinni mieć prawo do bezbolesnego zakończenia życia pacjenta, jeśli cierpiący na nieuleczalną chorobę człowiek tego zażąda. Respondenci niezgadzający się z tym, że jedną z kluczowych zasad etyki zawodowej pracowników ochrony zdrowia jest utrzymanie i zachowanie życia, a nie jego zakończenie, nie zgadzali się też z tym, że praktykowanie PAS może prowadzić do nadużyć ( $R = 0,69$ ). Pielęgniarki i pielęgniarze niepopierający prośby chorych zaniepokojonych pogorszeniem swego stanu zdrowia o pomoc w samobójstwie istotnie częściej nie zgadzali się na ustawodawstwo, które pozwoliłoby lekarzowi przepisać lek pacjentowi, aby mógł go użyć w celu zakończenia życia, nawet gdyby zespół lekarzy wyznaczony przez sąd zgodził się, że pacjenta nie można wyleczyć ( $R = 0,64$ ) – tabela 6.

Ankietowani niezgadzający się z tym, że lekarze powinni mieć prawo do zakończenia życia pacjenta, istotnie częściej nie zgadzali się ze stwierdzeniami z kategorii „aspekty prawne”. Niezgodność z powyższym stwierdzeniem najsilniej oddziaływała na mniejszą aprobatę dla zakończenia życia pacjenta, gdyby zespół lekarzy wyznaczony przez sąd uznał, że pacjenta nie można wyleczyć ( $R = 0,77$ ) – tabela 7.

Tabela 4. Opinia badanych na temat PAS – „aspekty prawne”

Table 4. Opinions of the respondents on PAS – “legal aspects”

Aspekty prawne	Zdecydowanie tak [%]	Raczej tak [%]	Trudno powiedzieć [%]	Raczej nie [%]	Zdecydowanie nie [%]	Test K-S
APraw1 Byłabym/byłbym zwolennikiem ustawodawstwa zezwalającego śmiertelnie chorym pacjentom na poproszenie lekarza prowadzącego, aby pomóc im zakończyć życie	3	8	24	25	40	$p < 0,01$
APraw2 Potrzebne są przepisy umożliwiające praktykę PAS	11	5	27	27	29	$p < 0,01$
APraw3 PAS nie powinno być zgodne z prawem	26	8	34	18	14	$p < 0,01$
APraw4 Są sytuacje, w których PAS mogłoby być legalne	4	11	29	18	37	$p < 0,01$
APraw5 Wyraziłabym/wyraziłbym aprobatę dla zakończenia życia pacjenta, gdyby zespół lekarzy wyznaczony przez sąd zgodził się, że pacjenta nie można wyleczyć	2	9	29	20	40	$p < 0,01$

Tabela 5. Opinie badanych w kategorii „aspekty moralne” a opinie w kategoriach „wartość życia” i „aspekty praktyczne”

Table 5. Opinions of the respondents in the category of “moral aspects” collated with their opinions in the categories of the “value of life” and “practical aspects”

Aspekty moralne	Wartość życia			Aspekty praktyczne						Aspekty prawne				
	WZ1	WZ2	WZ3	APrak1	APrak2	APrak3	APrak4	APrak5	APrak6	APraw1	APraw2	APraw3	APraw4	APraw5
AM1	0,43 <sup>a</sup>	-0,21 <sup>a</sup>	0,64 <sup>b</sup>	-0,27 <sup>a</sup>	-0,03	0,02	0,53 <sup>a</sup>	0,46 <sup>a</sup>	0,46 <sup>a</sup>	0,47 <sup>a</sup>	0,56 <sup>a</sup>	-0,19	0,57 <sup>a</sup>	0,55 <sup>a</sup>
AM2	0,54 <sup>a</sup>	-0,49 <sup>a</sup>	0,50 <sup>a</sup>	-0,53 <sup>a</sup>	-0,10	-0,17	0,39 <sup>a</sup>	0,33 <sup>a</sup>	0,33 <sup>a</sup>	0,42 <sup>a</sup>	0,45 <sup>a</sup>	-0,27 <sup>a</sup>	0,52 <sup>a</sup>	0,53 <sup>a</sup>
AM3	-0,11	0,37 <sup>a</sup>	-0,03	0,31 <sup>a</sup>	0,41 <sup>a</sup>	0,22 <sup>a</sup>	-0,12	-0,23 <sup>a</sup>	-0,23 <sup>a</sup>	-0,16	-0,16	0,21 <sup>a</sup>	-0,09	-0,10
AM4	0,48 <sup>a</sup>	-0,26 <sup>a</sup>	0,58 <sup>b</sup>	-0,32 <sup>a</sup>	0,18	-0,15	0,50 <sup>a</sup>	0,36 <sup>a</sup>	0,36 <sup>a</sup>	0,48 <sup>a</sup>	0,56 <sup>a</sup>	-0,35 <sup>a</sup>	0,53 <sup>a</sup>	0,47 <sup>a</sup>
AM5	0,58 <sup>a</sup>	-0,36 <sup>a</sup>	0,65 <sup>b</sup>	-0,46 <sup>a</sup>	-0,06	-0,10	0,59 <sup>b</sup>	0,42 <sup>a</sup>	0,42 <sup>a</sup>	0,47 <sup>a</sup>	0,58 <sup>a</sup>	-0,33 <sup>a</sup>	0,60 <sup>b</sup>	0,57 <sup>a</sup>
AM6	0,63 <sup>b</sup>	-0,36 <sup>a</sup>	0,68 <sup>b</sup>	-0,45 <sup>a</sup>	0,05	-0,02	0,62 <sup>b</sup>	0,45 <sup>a</sup>	0,45 <sup>a</sup>	0,55 <sup>a</sup>	0,66 <sup>b</sup>	-0,32 <sup>a</sup>	0,62 <sup>b</sup>	0,62 <sup>b</sup>
AM7	0,65 <sup>b</sup>	-0,37 <sup>a</sup>	0,72 <sup>b</sup>	-0,46 <sup>a</sup>	0,09	-0,04	0,62 <sup>b</sup>	0,49 <sup>a</sup>	0,49 <sup>a</sup>	0,65 <sup>b</sup>	0,65 <sup>b</sup>	-0,38 <sup>a</sup>	0,63 <sup>b</sup>	0,62 <sup>b</sup>
AM8	-0,01	0,23 <sup>a</sup>	0,04	0,21 <sup>a</sup>	0,05	0,45 <sup>a</sup>	-0,02	0,10	0,10	0,001	0,15	0,11	0,06	-0,09
AM9	0,63 <sup>b</sup>	-0,54 <sup>a</sup>	0,64 <sup>b</sup>	-0,51 <sup>a</sup>	-0,08	-0,14	0,46 <sup>a</sup>	0,36 <sup>a</sup>	0,36 <sup>a</sup>	0,55 <sup>a</sup>	0,48 <sup>a</sup>	-0,33 <sup>a</sup>	0,57 <sup>a</sup>	0,59 <sup>b</sup>
AM10	0,62 <sup>b</sup>	-0,45 <sup>a</sup>	0,74 <sup>b</sup>	-0,47 <sup>a</sup>	-0,03	-0,05	0,55 <sup>a</sup>	0,40 <sup>a</sup>	0,40 <sup>a</sup>	0,56 <sup>a</sup>	0,57 <sup>a</sup>	-0,40 <sup>a</sup>	0,66 <sup>b</sup>	0,65 <sup>b</sup>
AM11	0,65 <sup>b</sup>	-0,32 <sup>a</sup>	0,76 <sup>b</sup>	-0,48 <sup>a</sup>	0,07	-0,04	0,65 <sup>b</sup>	0,46 <sup>a</sup>	0,46 <sup>a</sup>	0,65 <sup>b</sup>	0,65 <sup>b</sup>	-0,29 <sup>a</sup>	0,72 <sup>b</sup>	0,71 <sup>b</sup>
AM12	0,65 <sup>b</sup>	-0,25 <sup>a</sup>	0,63 <sup>b</sup>	-0,38 <sup>a</sup>	-0,01	0,02	0,45 <sup>a</sup>	0,42 <sup>a</sup>	0,42 <sup>a</sup>	0,44 <sup>a</sup>	0,48 <sup>a</sup>	-0,42 <sup>a</sup>	0,52 <sup>a</sup>	0,54 <sup>a</sup>

Współczynniki korelacji  $R$  Spearmana: <sup>a</sup>  $p < 0,05$ ; <sup>b</sup>  $p < 0,01$ .

Tabela 6. Opinie badanych w kategorii „wartość życia” a opinie w kategoriach „aspekty praktyczne” i „aspekty prawne”

Table 6. Opinions of the respondents in the category of the “value of life” collated with their opinions in the categories of the “practical aspects” and “legal aspects”

Aspekty praktyczne	APrak1	APrak2	APrak3	APrak4	APrak5	APrak6	
Wartość życia	WZ1	0,63 <sup>b</sup>	-0,51 <sup>a</sup>	-0,07	-0,07	0,49 <sup>a</sup>	0,40 <sup>a</sup>
	WZ2	-0,34 <sup>a</sup>	0,69 <sup>b</sup>	0,27 <sup>a</sup>	0,39 <sup>a</sup>	-0,38 <sup>a</sup>	-0,19
	WZ3	0,74 <sup>b</sup>	-0,58 <sup>a</sup>	0,02	-0,11	0,54 <sup>a</sup>	0,38 <sup>a</sup>
Aspekty prawne	APraw1	APraw2	APraw3	APraw4	APraw5		
Wartość życia	WZ1	0,44 <sup>a</sup>	0,42 <sup>a</sup>	-0,24 <sup>a</sup>	0,41 <sup>a</sup>	0,50 <sup>a</sup>	
	WZ2	-0,35 <sup>a</sup>	-0,25 <sup>a</sup>	0,37 <sup>a</sup>	-0,25 <sup>a</sup>	-0,37 <sup>a</sup>	
	WZ3	0,56 <sup>a</sup>	0,54 <sup>a</sup>	-0,45 <sup>a</sup>	0,40 <sup>a</sup>	0,64 <sup>b</sup>	

Współczynniki korelacji  $R$  Spearmana: <sup>a</sup>  $p < 0,05$ ; <sup>b</sup>  $p < 0,01$ .

## Doświadczenia badanych a opinie w poszczególnych aspektach PAS

Wykazano, że istotnie częściej respondenci potwierdzający, że byli proszeni przez pacjenta o podanie leku lub wykonanie innego czynu w celu spowodowania jego śmierci, doświadczali też tożsamej prośby ze strony członka rodziny pacjenta oraz rozmów z pacjentem, który mówił im o tym, że chciałby już umrzeć.

Ankietowani, którzy słyszeli od pacjenta, że ten chciałby już umrzeć, zdecydowanie częściej zgadzali się z tym, że nie ma sytuacji, w których byliby skłonni do wzięcia udziału w PAS ( $R = -0,47$ ). Pielęgniarki i pielęgniarze, którzy byli proszeni przez pacjenta o podanie leku lub wykonanie innego czynu w celu spowodowania jego śmierci, istotnie częściej nie zgadzali się z tym, żeby PAS było rozważane wyłącznie na gruncie medycznym, pomijając kwestie moralne ( $R = -0,36$ ). Istnienie chorych przewlekłe i/lub cierpiących osób w rodzinie uczestników badania odpowiadało częstszej zgodzie ze stwierdzeniem, iż naturalna śmierć jest lekarstwem na cier-

pienie ( $R = 0,23$ ) oraz brakiem zgody ze stwierdzeniem, że moralnie jest oczekiwać od członków rodziny, przyjaciela, personelu medycznego pomocy w samobójstwie ( $R = -0,37$ ).

Ankietowani, którzy doświadczali utraty pacjenta z powodu samobójstwa, istotnie częściej nie zgadzali się ze

Tabela 7. Opinia badanych w kategorii „aspekty praktyczne” a opinia w kategorii „aspekty prawne”

Table 7. Opinions of the respondents in the category of the “practical aspects” collated with their opinions in the category of “legal aspects”

Aspekty praktyczne	Aspekty prawne				
	APraw1	APraw2	APraw3	APraw4	APraw5
APrak1	0,67 <sup>b</sup>	0,68 <sup>b</sup>	-0,27 <sup>a</sup>	0,53 <sup>a</sup>	0,77 <sup>b</sup>
APrak2	-0,32 <sup>a</sup>	-0,28 <sup>a</sup>	0,31 <sup>a</sup>	-0,21 <sup>a</sup>	-0,38 <sup>a</sup>
APrak3	0,12	0,14	0,22 <sup>a</sup>	0,001	0,09
APrak4	-0,05	-0,04	0,39 <sup>a</sup>	0,17	-0,06
APrak5	0,55 <sup>a</sup>	0,64 <sup>b</sup>	-0,20	0,43 <sup>a</sup>	0,63 <sup>b</sup>
APrak6	0,60 <sup>b</sup>	0,59 <sup>b</sup>	-0,27 <sup>a</sup>	0,33 <sup>a</sup>	0,48 <sup>a</sup>

Współczynniki korelacji  $R$  Spearmana: <sup>a</sup>  $p < 0,05$ ; <sup>b</sup>  $p < 0,01$ .

stwierdzeniem, że utrzymanie i zachowanie życia jest kluczową zasadą etyki zawodowej ( $R = 0,21$ ). Respondenci doświadczający próśby pacjenta o spowodowanie jego śmierci częściej zgadzali się z tym, że PAS jest akceptowane u osób starszych ( $R = -0,25$ ) oraz poparciem próśby pacjenta o PAS ( $R = -0,28$ ).

Pielęgniarki/pielęgniarze, którzy nie byli proszeni przez pacjentów ( $R = 0,41$ ) i ich rodziny ( $R = 0,45$ ) o podanie leku lub wykonanie innego czynu w celu spowodowania śmierci pacjenta uważali, że człowiek może być utrzymywany przy życiu przez maszynę. Badani, którzy nie doświadczali utraty pacjenta z powodu samobójstwa, istotnie częściej zgadzają się z tym, że chorzy otrzymujący wysokiej jakości opiekę paliatywną nie proszą o pomoc w zakończeniu ich życia ( $R = 0,23$ ).

Respondenci, którzy w rodzinie lub otoczeniu mieli osoby chore przewlekle i/lub cierpiące, istotnie częściej aprobowali zakończenie życia pacjenta, jeśli zespół lekarzy wyznaczony przez sąd uznał, że pacjenta nie można wyleczyć ( $R = -0,32$ ). Ankietowani, którzy nie byli proszeni przez pacjenta o podanie leku lub wykonanie innego czynu w celu spowodowania jego śmierci, istotnie częściej zgadzali się, że PAS powinno być zgodne z prawem ( $R = 0,32$ ).

## Omówienie

Zrozumienie przez pielęgniarki cierpienia i znajomość jego składowych może przyczynić się do wczesnego wykrywania jego objawów, takich jak: negatywne uczucia, obawy o przyszłe cierpienie, zmęczenie, utrata autonomii, znaczenia społecznego i aktywności, bezcelowość i zmęczenie życiem oraz zapobiec cierpieniu, które staje się nie do zniesienia. Badanie przeprowadzone w Holandii mające na celu zorientowanie się, jaki rodzaj cierpienia sprawił, że pacjenci zażądali PAS, wykazało, że z punktu widzenia chorych cierpienie jest wynikiem intensywnego procesu będącego skutkiem objawów choroby lub starzenia się. Na odczuwanie cierpienia mają wpływ czynniki medyczne, psychologiczne, społeczno-środowiskowe oraz egzystencjalne. Pacjenci uważali cierpienie fizyczne za mniej ważne, co może sugerować, że przed prośbą o PAS zostało ono złagodzone dzięki opiece paliatywnej. Niekontrolowane objawy fizyczne, takie jak zmęczenie i ból neurologiczny znacznie przyczyniły się do nieżnośnego cierpienia poprzez jego negatywny wpływ na motywację do życia. Obniżony nastrój wiązał się z 4-krotnie większym ryzykiem złożenia wniosku o PAS.<sup>10</sup> Lekarze, pielęgniarki i inni pracownicy ochrony zdrowia powinni być w stanie wcześniej zrozumieć cierpienie egzystencjalne, psychologiczne oraz emocjonalne pacjenta, aby zapobiec cierpieniu, które staje się nie do zniesienia.

W badaniu własnym jedynie 14% pielęgniarek opieki paliatywnej zdecydowanie zgadzało się, że pacjenci poważnie chorzy, lecz otrzymujący wysokiej jakości opiekę

paliatywną nie proszą o pomoc w zakończeniu ich życia. Dla porównania 70% belgijskich pielęgniarek środowiskowych uważa, że optymalna opieka paliatywna zapobiega prośbom o eutanazję lub PAS.<sup>9</sup> Ta wiara w zapobiegawczą siłę opieki paliatywnej może odzwierciedlać ich przekonanie, że ból i fizyczne cierpienie są głównymi powodami, dla których pacjenci chcą umrzeć. W Belgii, gdzie procedura PAS jest legalna, badane pielęgniarki opieki paliatywnej potwierdziły, że wiele wniosków o eutanazję wycofano, kiedy pacjent zaczął odczuwać korzyści z wysokiej jakości opieki.<sup>11</sup> Niedopuszczalne byłoby wykonywanie eutanazji lub PAS bez wcześniejszego zaoferowania pacjentowi opieki paliatywnej o najwyższej jakości. Należy jednak pamiętać, że oporne na leczenie objawy i niekontrolowane, nieżnośne cierpienie, nawet przy zapewnieniu doskonałej opieki paliatywnej, są częstym doświadczeniem chorych.<sup>12</sup> Pielęgniarki hospicyjne i pracownicy socjalni w Oregonie potwierdzili poglądy lekarzy, że pacjenci domagają się pomocy w samobójstwie, ponieważ chcą kontrolować okoliczności śmierci i zachować niezależność oraz uważają swoją jakość życia za złą. Chociaż nie wszystkie pielęgniarki hospicyjne i pracownicy socjalni popierają akt „śmierci z godnością”, wszyscy są gotowi zaopiekować się pacjentami, którzy dokonują takiego wyboru.<sup>13</sup>

Polskie społeczeństwo w ramach badania opinii na temat eutanazji twierdzi, że stosunek do alternatywnej dla eutanazji opieki paliatywnej nie wpływa na opinie o prawnej regulacji PAS. Ci, którzy uważają, że hospicja to „umieralnie” (64%) oraz że są to miejsca, gdzie chory ma zapewnioną profesjonalną opiekę (62%), są za legalizacją „śmierci na życzenie”.<sup>14</sup> Z badania własnego wynika, że zaledwie 3% pielęgniarek jest zwolennikiem ustawodawstwa zezwalającego śmiertelnie chorym na poproszenie lekarza, aby pomóc im zakończyć życie, a jedynie 1% twierdzi, że przepisanie leku pacjentowi w celu popełnienia samobójstwa jest dopuszczalne. Można zatem stwierdzić, że są one zarówno przeciwko eutanazji, jak i PAS. Francuskie pielęgniarki znacznie częściej popierały legalizację eutanazji niż PAS, przy niewielkiej liczbie popierających legalizację PAS, ale nie eutanazji. Podobny wynik uzyskano w grupie włoskich lekarzy. Przeciwnie rezultaty uzyskano w kilku amerykańskich badaniach, w których wykazano, że pielęgniarki i lekarze mają bardziej pozytywne nastawienie do PAS niż do eutanazji. Prawdopodobnie wynika to z tego, że PAS wymaga mniej osobistego zaangażowania niż eutanazja i dlatego może być uznane za bardziej akceptowalne przez pracowników ochrony zdrowia. Mogą oni również uważać, że mają obowiązek pomagać pacjentom, którzy chcą umrzeć, zamiast pozostawić ich samych z zabójczą receptą.<sup>15</sup>

Warto zauważyć, że w badaniu własnym 16% pielęgniarek i pielęgniarzy (8% zdecydowanie tak, 8% raczej tak) jest za dekryminalizacją PAS, przy czym nie braliby udziału w procedurze w ramach swojego zawodu, nawet gdyby prawo na to zezwalało, a 52% twierdzi, iż niemoral-

ne jest prosić kogokolwiek o pomoc w popełnieniu samobójstwa. W innych badaniach ponad połowa pielęgniarek z Andaluzji wyraziła poparcie dla hiszpańskiej ustawy o PAS, a prawie 50% stwierdziło, że weźmie udział w tej procedurze, gdy stanie się ona legalna. Połowa respondentów uważała, że poważnie chorzy pacjenci powinni mieć prawo do otrzymywania pomocy od pracowników ochrony zdrowia w celu zakończenia życia, gdyby złożyli oni wielokrotnie wnioski w tej sprawie.<sup>12</sup> W Turcji prawie dwie trzecie pytaných pielęgniarek zgodziło się, że pacjenci powinni mieć prawo do podejmowania decyzji dotyczących własnej śmierci, a połowa stwierdziła, że pomoc w przyspieszeniu śmierci powinna być zalegalizowana. Jednak tylko 15% tureckich pielęgniarek byłoby chętnych do czynnego udziału w procedurze.<sup>16</sup>

Prawie 80% uczestników badania własnego ukończyło co najmniej 1 kurs z zakresu opieki paliatywnej, co może wskazywać, że badani są kompetentni, by móc sprawować profesjonalną opiekę nad umierającym. Biorąc pod uwagę brak zgody na wprowadzenie ustawodawstwa zezwalającego na bierną pomoc lekarza w popełnieniu samobójstwa, można stwierdzić, że przeszkolenie w opiece paliatywnej, opiece onkologicznej, leczeniu bólu oraz opiece długoterminowej może wpływać na opinie na temat PAS. W grupie francuskich pielęgniarek oraz lekarzy ci, którzy popierają legalizację PAS, są mniej doświadczeni w opiece terminalnej, rzadziej szkoleni w opiece paliatywnej i wykazują dyskomfort i słabą komunikację podczas kontaktu z terminalnie chorymi pacjentami.<sup>15</sup>

Z badań własnych (21% pielęgniarek) oraz innych autorów wynika, że prośenie pielęgniarek przez pacjentów i ich rodziny o pomoc w przyspieszeniu śmierci jest dość częstym doświadczeniem, mimo że eutanazja oraz PAS są w Polsce nielegalne. W Grecji około 4% pielęgniarek otrzymało bezpośrednią prośbę od terminalnie chorych pacjentów dotyczącą zakończenia ich życia. Taki sam procent badanych doświadczył bezpośredniej prośby o przepisanie lub podanie leków przez pielęgniarkę lub lekarza w celu przyspieszenia śmierci.<sup>17</sup> W Hiszpanii natomiast 20% pielęgniarek przyznało, że otrzymało przynajmniej 1 wniosek o eutanazję od pacjentów lub ich krewnych, a zaledwie 8% wnioski o PAS.<sup>12</sup>

Procedura PAS jest znana od dziesięcioleci w krajach zachodnich. Mimo to niemal połowa polskiego społeczeństwa uznaje, iż PAS jest tożsame z eutanazją.<sup>18</sup> Poziom akceptacji śmierci na życzenie jest zdecydowanie najwyższy wśród osób młodych, niepraktykujących żadnej religii oraz deklarujących przekonania lewicowe.<sup>14</sup> Ponad połowa badanych pielęgniarek i pielęgniarczy, która doświadczyła w rodzinie obecności osób cierpiących i/lub przewlekle chorych, jest przeciwna PAS. Można przypuszczać, że wynika to z lęku przed utratą bliskiej osoby oraz identyfikacji z rodzinami osób chorych.

Niemal wszyscy badani (98%) deklarowali wyznanie katolickie, z tego 71% (raczej nie 29%, zdecydowanie nie 42%) nie popiera PAS. Może to potwierdzać doniesienia

innych autorów, że jednym z czynników mających wpływ na postawę wobec tych trudnych zagadnień są poglądy religijne. Przegląd światowego piśmiennictwa potwierdza hipotezę, że na postawę pielęgniarek wobec PAS oraz eutanazji mają wpływ religie i światopogląd. Wyznawanie religii głoszącej wiarę w Boga, który jest jedynym panem życia i śmierci, zostało uznane za negatywnie wpływające na zaakceptowanie PAS i eutanazji. Niechęć katolików do poparcia pomocy w zakończeniu życia można wytłumaczyć jednoznacznie stanowiskiem Kościoła rzymskokatolickiego, które głosi, że wszyscy chrześcijanie mają obowiązek szanować życie, a nie zabijać.<sup>19</sup> W przeprowadzonym badaniu wykazano, że polskie pielęgniarki hospicyjne nie popierają legalizacji PAS. Aby zweryfikować, czy na opinie pielęgniarek dotyczące PAS ma wpływ ich wyznanie oraz kontekst społeczno-kulturowy, należałoby powtórzyć badanie na większej liczbie osób z uwzględnieniem innych niż katolickie wyznań.

## Wnioski

Pielęgniarki pracujące w hospicjum wysoko cenią wartość życia, nie są skłonne do brania udziału w PAS, nie popierają ustawodawstwa zezwalającego na tę procedurę. Na opinie pielęgniarek na temat PAS kluczowy wpływ miało doświadczanie informacji od pacjenta, że chciałby już umrzeć, prośby pacjenta lub jego rodziny o spowodowanie śmierci pacjenta oraz obecność w rodzinie chorych przewlekle i/lub cierpiących. W rezultacie badanie wykazało poparcie personelu pielęgniarskiego dla wartości życia i jego ochrony przy jednoczesnym znaczącym odsetku odpowiedzi „trudno powiedzieć” i pojawiających się sprzecznościach w poglądach osób badanych. Dalsza pogłębiona zarówno pod względem przedmiotowym (szerszy katalog pytań), jak i podmiotowym (personel pielęgniarski innych specjalizacji) kwerenda badawcza może pozwolić na rozszerzenie wyników badań. Przyczyni się także do większego upodmiotowienia tego segmentu polskiego personelu medycznego.

### ORCID iDs

Wiktoria Chilmończyk  <https://orcid.org/0000-0002-6279-2555>

Ewa Kobos  <https://orcid.org/0000-0001-7231-8411>

### Piśmiennictwo

1. Kye SY, Park K. Suicidal ideation and suicidal attempts among adults with chronic diseases: A cross-sectional study. *Compr Psychiatry*. 2017;73:160–167. doi:10.1016/j.comppsy.2016.12.001
2. Evans L. Nurses' attitudes to assisted suicide: Sociodemographic factors. *Br J Nurs*. 2015;24(12):629–632. doi:10.12968/bjon.2015.24.12.629
3. De Lima L, Woodruff R, Pettus K, et al. International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and physician-assisted suicide. *J Palliat Med*. 2017;20(1):8–14. doi:10.1089/jpm.2016.0290
4. Steck, N, Egger M, Maessen M, Reisch T, Zwahlen M. Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: Systematic literature review. *Med Care*. 2013;51(10):938–944. doi:10.1097/MLR.0b013e3182a0f427



5. Art 151. Ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks Karny. DzU z 2018 r., poz 652, 1010).
6. Art. 227. Ustawa z 11.07.1932 r. – Kodeks Karny (DzU z 1932 r., nr 60, poz 571).
7. Gauthier S, Mausbach J, Reisch T, Bartsch C. Suicide tourism: A pilot study on the Swiss phenomenon. *J Med Ethics*. 2015;41(8):611–617. doi:10.1136/medethics-2014-102091
8. Van Bruchem-van de Scheur GG, van der Arend AJ, Abu-Saad HH, Spreuwenberg C, van Wijmen FC, ter Meulen RH. The role of nurses in euthanasia and physician-assisted suicide in The Netherlands. *J Med Ethics*. 2008;34(4):254–258. doi:10.1136/jme.2006.018507
9. Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F, Deliens L. The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. *CMAJ*. 2010;182(9):905–910. doi:10.1503/cmaj.091881
10. Dees MK, Vernooij-Dassen MJ, Dekkers WJ, Vissers KC, van Weel C. "Unbearable suffering": A qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying. *J Med Ethics*. 2011;37(12):727–734. doi:10.1136/jme.2011.04549
11. Gielen J, van den Branden S, van Iersel T, Broeckaert B. Flemish palliative care nurses' attitudes toward euthanasia: A quantitative study. *Int J Palliat Nurs*. 2009;15(10):488–497. doi:10.12968/ijpn.2009.15.10.44886
12. Tamayo-Velazquez MI, Simon-Lorda P, Cruz-Piqueras M. Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain). *Nurs Ethics*. 2012;19(5):677–691. doi:10.1177/0969733011436203
13. Ganzini L, Harvath TA, Jackson A, Goy ER, Miller LL, Delorit MA. Experiences of Oregon nurses and social workers with hospice patients who requested assistance with suicide. *N Engl J Med*. 2002;347(8):582–588. doi:10.1056/NEJMsa020562
14. Centrum Badania Opinii Społecznej. Opinia społeczna o eutanazji - komunikat z badań BS/142/2009. [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K\\_142\\_09.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_142_09.PDF). Dostęp 27.06.2018.
15. Bendiane MK, Bouhnik AD, Galinier A, Favre R, Obadia Y, Peretti-Watel P. French hospital nurses' opinion about euthanasia and physician-assisted suicide: A national phone survey. *J Med Ethics*. 2009;35(4):238–244. doi:10.1136/jme.2008.025296
16. Tepehan S, Ozkara E, Yavuz MF. Attitudes to euthanasia in ICUs and other hospital departments. *Nurs Ethics*. 2009;16(3):319–327. doi: 10.1177/0969733009102693
17. Parpa E, Mystakidou K, Tsilika E, et al. Attitudes of health care professionals, relatives of advanced cancer patients and public towards euthanasia and physician assisted suicide. *Health Policy*. 2010;97(2–3):160–165. doi:10.1016/j.healthpol.2010.04.008
18. Zaniechanie uporczywej terapii a eutanazja. Komunikat z badań CBOS, BS/3/2013, [www.cbos.pl](http://www.cbos.pl) Dostęp 27.06.2018.
19. Gielen J, van den Branden S, Broeckaert B. Religion and nurses' attitudes to euthanasia and physician assisted suicide. *Nurs Ethics*. 2009;16(3):303–318.