

Terapia daremna z punktu widzenia studentów kierunku lekarskiego

Futile therapy from a medical student's perspective

Szymon Pełczyński¹, Kinga Karbowskiak², Hubert Ziembicki²

¹Oddział Kliniczny Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu, Uniwersytecki Szpital Kliniczny, Poznań, Polska

²Studenckie Koto Naukowe Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań, Polska

Streszczenie

Wstęp: Pojęcie terapii daremnej staje się na przestrzeni ostatnich lat coraz bardziej powszechne wśród personelu medycznego, szczególnie na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii (OAIIT). Dostępne są wytyczne dotyczące ograniczania terapii daremnej, ale większość personelu OAIIT ich nie stosuje. Celem pracy było przeanalizowanie stanu wiedzy oraz poglądów studentów kierunku lekarskiego uniwersytetów medycznych w Polsce na temat terapii daremnej.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono wśród studentów kierunku lekarskiego na dwóch etapach – w 2019 r. oraz po analizie i modyfikacji kwestionariusza badanie kontynuowano w latach 2022–2023. Kwestionariusz zawierał pytania dotyczące znajomości oraz zrozumienia pojęcia terapii daremnej.

Wyniki: Na drugim etapie zbadano 231 studentów. Wśród nich 74% studentów kojarzyło pojęcie terapii daremnej, ale tylko 39% prawidłowo definiowało terapię daremną. Dwadzieścia pięć procent badanych wiedziało o istnieniu oficjalnych kryteriów przyjęć na OAIIT, 61% studentów spotkało się z pacjentami, u których prowadzono terapię daremną, 69% uważało, że w mniej niż 30% przypadków terapia daremna ulega ograniczeniu. Zdecydowana większość studentów popierała wprowadzenie deklaracji DNR (nie resuscytować) do polskiego prawa. Według studentów stan/rokowanie pacjenta oraz jego wola są najistotniejszymi czynnikami wpływającymi na częstość prowadzenia terapii daremnej. Odstąpienie od prowadzonych procedur jest trudniejsze, niż niepodjęcie nowych procedur.

Wnioski: Studenci kierunku lekarskiego są świadomi problemu terapii daremnej, ale powinni więcej wiedzieć na ten temat. W celu zmniejszenia częstości prowadzenia terapii daremnej w przyszłości konieczne jest edukowanie studentów, szczególnie w zakresie istniejących kryteriów przyjęć na OAIIT. Odstępowanie od prowadzonych terapii jest trudniejsze, niż niepodjęcie nowych, dlatego należy promować wczesne wykorzystanie protokołów ograniczenia terapii daremnej.

Słowa kluczowe: terapia daremna, DNR, etyka, studenci kierunku lekarskiego, intensywna terapia, OAIIT.

Abstract

Introduction: The concept of futile therapy has become increasingly common among medical staff, especially in anaesthesiology and intensive care units (ICU), in recent years. Guidelines for limiting futile therapy are available, but most ICU staff do not apply them. The aim of this study was to analyse the knowledge and views of Polish medical students on futile therapy.

Material and methods: The survey was carried out among medical students. The first phase took place in 2019. After analysis and modification of the questionnaire, the survey was continued in 2022–2023. The questionnaire included questions about knowledge and understanding of the concept of futile therapy.

Results: In the second phase, 231 students were surveyed. 74% of the students were familiar with the concept of futile therapy, but only 39% defined it correctly. 25% of students were aware of the existence of official Polish admission criteria to the ICU. 61% of students had encountered patients with futile therapy. 69% believed that futile therapy is limited to less than 30% of cases. Most of the students supported the introduction of the DNR declaration into Polish law. According to the students, the patient's condition/prognosis and the patient's will are the most important factors influencing the frequency of futile therapy. Withdrawing therapy is more difficult than withholding it.

Conclusions: Medical students are aware of the problem of futile therapy but need more knowledge about it. To reduce the incidence of futile therapy in the future, it is necessary to educate students, especially about the existing admission criteria to the ICU. Withdrawing therapy is more difficult than withholding it; therefore, early use of protocols to limit futile therapy should be promoted.

Key words: futile treatment, DNR order, ethics, medical students, intensive care, ICU.

Adres do korespondencji:

Szymon Pelczyński, Oddział Kliniczny Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu, Uniwersytecki Szpital Kliniczny, Poznań, Polska, e-mail: szymon.pelczynski@gmail.com

WSTĘP

Pomimo rozwoju medycyny i dostępności wielu opcji terapeutycznych medycy nierzadko dochodzą do momentu, kiedy dalsze leczenie pacjenta przestaje być efektywne, a chory zaczyna odczuwać coraz więcej działań niepożądanych stosowanego leczenia. Takie zjawisko nazywane jest terapią daremną, które definiowane jest jako działania medyczne nieprzynoszące choremu korzyści, często będące dla niego lub jego bliskich źródłem dodatkowego cierpienia [1]. Pojęcie terapii daremnej zostało rozpropagowane w Polsce przez środowisko anestezjologów-intensywistów. Terapia daremna na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (OAIIT) dotyczy w szczególności podtrzymywania czynności narządów, nieprzynoszącego korzyści pacjentom, u których wyczerpano możliwości terapeutyczne [2, 3]. Aktualnie w Polsce obowiązują wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii dotyczące terapii daremnej na OAIIT dla dorosłych [2] i dzieci [4] oraz opublikowane w 2023 r. stanowisko Towarzystwa Internistów Polskich dotyczące zapobiegania terapii daremnej na oddziałach internistycznych [1]. Do dokumentów dołączone są protokoły, ułatwiające podjęcie decyzji o odstąpieniu lub niepodejmowaniu procedur leczniczych. Pierwszy dokument o charakterze wytycznych, poruszający tematykę terapii daremnej (uporczywej), został opublikowany w 2011 r. przez Polskie Towarzystwo Pediatryczne [5].

Trudno jest dokładnie określić, jak dużym problemem jest prowadzenie terapii spełniającej kryteria daremności. W dostępnych polskich badaniach większość ankietowanych pielęgniarek i lekarzy pracujących na OAIIT brało udział w działaniach "sztucznie" przedłużających życie, a jako najczęstsze ich formy wskazywało wspomaganie układu krążenia z wykorzystaniem katecholamin oraz podejmowanie resuscytacji krążeniowo-oddechowej [6, 7]. W pracy Bazalińskiego i wsp. zdaniem 27% badanych pielęgniarek takie działania są częste, a 29% uczestniczyło w pozorowanym RKO (ang. *slow code*) skazanym na niepowodzenie z uwagi na zaawansowanie choroby [6]. Prowadzenie terapii daremnej

zwiększa poziom frustracji i ryzyko wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego, a także zwiększa ryzyko konfliktów pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami [6, 7].

Pomimo wysokiej świadomości dostępności protokołów ograniczania terapii daremnej, więcej niż połowa anestezjologów nie wykorzystuje ich w swojej pracy [8, 9]. Protokół stosowany jest u około 9% pacjentów OAIIT Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, najczęściej u pacjentów hospitalizowanych z powodu niewydolności serca, wstrząsu septycznego, niewydolności wielonarządowej lub nieodwracalnego uszkodzenia OUN [10]. Według międzynarodowego badania Ethicus-2 ograniczenie terapii potencjalnie daremnej stosowane jest u około 12% pacjentów oddziałów intensywnej terapii [11].

Niniejsza praca miała na celu zbadanie świadomości studentów kierunku lekarskiego w zakresie problematyki terapii daremnej oraz identyfikację słabych stron w celu poprawy jakości kształcenia studentów, co potencjalnie przyczyni się do zmniejszenia skali zjawiska w przyszłości.

MATERIAŁ I METODY

Badanie zostało przeprowadzone wśród studentów kierunków medycznych studiujących w Polsce na podstawie autorskiego kwestionariusza. Kwestionariusz przygotowano w aplikacji Microsoft Forms i dystrybuowano poprzez media społecznościowe (m.in. Facebook, wiadomości prywatne) oraz listy mailingowe. Wypełnienie ankiety było w pełni dobrowolne i anonimowe.

Na pierwszym etapie badania – od lutego do marca 2019 r., zebrano 143 odpowiedzi od studentów kierunków medycznych. Na podstawie wstępnych wyników oraz uwag zgłoszonych przez ankietowanych kwestionariusz został zmodyfikowany i pozbawiony pytań ocenionych jako zbyt skomplikowane lub niezwiązane z tematem. Z uwagi na znikomy odsetek odpowiedzi ze strony studentów kierunków innych niż lekarski i niską wartość statystyczną zdecydowano o zawężeniu grupy docelowej badania do

122 studentów kierunku lekarskiego. W grudniu 2022 r. przystąpiono do drugiego etapu. Badania zakończono w kwietniu 2023 r.

Ostateczny kwestionariusz składał się z 21 pytań, z czego 5 dotyczyło danych demograficznych, a pozostałe znajomości specyfiki OAiIT, w tym wiedzy o obowiązujących kryteriach przyjęć do OAiIT [12], rozumienia definicji terapii daremnej, kwestii światopoglądowych oraz czynników ułatwiających i utrudniających zaprzestanie terapii daremnej. W pytaniach o światopogląd i religię odnoszono się do wyznania rzymskokatolickiego jako dominującego w Polsce. Pytania, w których uczestnicy oceniali, w jakim stopniu zgadzają się z proponowanymi twierdzeniami, oparte były na 4-stopniowej skali Likerta (zdecydowanie tak, raczej tak, raczej nie, zdecydowanie nie). W jednym pytaniu otwartym uczestnicy byli proszeni o samodzielne zdefiniowanie terapii daremnej. Zgodność proponowanej definicji terapii daremnej oceniana była niezależnie przez trzech autorów, w przypadku rozbieżności w drodze dyskusji uzgadniano wersję ostateczną. W ostatnich dwóch pytaniach ankietowani mieli oszacować za pomocą 5-stopniowej skali Likerta (1 – bardzo trudno, 5 – bardzo łatwo) potencjalny stopień trudności w odstąpieniu od prowadzenia lub niepodejmowaniu nowych procedur leczniczych w warunkach OAiIT. Lista procedur została zaczerpnięta z protokołu odstępowania od prowadzenia terapii daremnej [2].

Analiza zebranych danych odbywała się z wykorzystaniem oprogramowania Microsoft 365 Excel (16.0, Microsoft) oraz Statistica (13.0, TIBCO Software). Wykorzystano testy statystyczne Shapiro-Wilka, Manna-Whitneya, Wilcoxon, χ^2 Pearsona, Fishera i współczynnik korelacji rangowej Spearmana.

WYNIKI

Na drugim etapie badania zebrano 231 odpowiedzi. Margines błędu obliczono $\pm 6,43\%$ w przedziale ufności 95% przy szacowanej populacji około 40 000 studentów kierunku lekarskiego w Polsce. Studenci badani na obu etapach różnili się istotnie statystycznie pod względem wieku ($p = 0,023$), roku studiów ($p = 0,001$) i płci ($p = 0,021$). Struktura demograficzna respondentów została przedstawiona w tabeli 1.

Znajomość i rozumienie pojęcia terapii daremnej

Wyniki dotyczące znajomości i zrozumienia pojęcia terapii daremnej oraz znajomości specyfiki funkcjonowania OAiIT przedstawione są w tabeli 2.

Znajomość pojęcia terapii daremnej deklarowało 53,51% ($n = 61$) studentów roku 1.–3. oraz 94,02%

($n = 11$) studentów roku 4.–6. ($p = 0,006$). 28,07% studentów roku 1.–3. oraz 50% roku 4.–6. ($p = 0,003$) podało własną definicję terapii daremnej, która była zgodna z ogólnie przyjętymi definicjami. 53% studentów potwierdziło, że podczas zajęć obowiązkowych poruszana była tematyka terapii daremnej, w grupie 1–3 takiej odpowiedzi udzieliło 26,32%, a w grupie 4–6 aż 78,81% ($p < 0,001$). Wiedzę o istnieniu Wytycznych Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii (PTAiIT) określających zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia pacjentów do OAiIT deklarowało 14,04% studentów roku 1.–3. i 36,59% roku 4.–6. ($p < 0,001$). Zwolennikami wprowadzenia klauzuli DNR (ang. *do not resuscitate* – nie resuscytować) jako oświadczenia pacjenta jest 90,68% studentek i 95,71% studentów ($p = 0,285$).

Odpowiedzi na pytanie dotyczące rozumienia, czym jest zakończenie terapii daremnej przedstawia rycina 1.

Kwestie światopoglądowe a terapia daremna

Wyniki dotyczące kwestii światopoglądowych i ich związku z postrzeganiem terapii daremnej przedstawia rycina 2. Kobiety nieco częściej deklarują się jako osoby wierzące ($p = 0,469$). Studenci, którzy uważają się za osoby wierzące częściej uważają, że Kościół katolicki akceptuje ideę zakończenia terapii daremnej ($p < 0,001$, $r = 0,43$). 87,5% ankietowanych deklarujących się jako wierzący oraz 96,1% jako niewierzący jest jednocześnie zwolennikami wprowadzenia w polskim prawie klauzuli DNR zgodnie z wolą pacjenta ($p = 0,015$).

Czynniki wpływające na częstość prowadzenia terapii daremnej

Zdaniem badanych rokowanie stanu pacjenta ($M = 2$, IQR 1–2) oraz wola pacjenta ($M = 2$, IQR 1–3) w największym stopniu ułatwiają podjęcie decyzji o zaprzestaniu prowadzenia terapii daremnej. Za mniej pomocne wskazane zostały regulacje prawne ($M = 4$, IQR 2–4), wytyczne towarzystw naukowych ($M = 4$, IQR 3–5) i wola rodziny ($M = 4$, IQR 3–5).

Do czynników, które zdaniem studentów w największym stopniu decydują o kontynuowaniu prowadzenia terapii daremnej, należą wola pacjenta ($M = 2$, IQR 1–3) i nadzieja na poprawę stanu chorego ($M = 2$, IQR 2–3). Nieco mniej istotne czynniki to strach przed konsekwencjami prawnymi ($M = 4$, IQR 2–5), życzenie rodziny ($M = 4$, IQR 3–5) i niechęć do decydowania o czyjejś śmierci przez lekarza ($M = 5$, IQR 3–5). Najmniej istotne czynniki według badanych to niedostateczna wiedza lekarza ($M = 6$, IQR 4–7) oraz przekonania religijne/moralne lekarza ($M = 7$, IQR 5–7).

Tabela 1. Dane demograficzne uczestników badania w 2019 r. i w latach 2022–2023

Pytanie	2022–2023		2019	
	N = 231	(%)	N = 122	(%)
Płeć				
Kobieta	161	69,70	70	57,38
Mężczyzna	70	30,30	52	42,62
Wiek				
18	2	0,87	0	0
19	10	4,33	6	5,31
20	24	10,39	21	14,76
21	56	24,24	25	23,23
22	27	11,69	28	20,36
23	37	16,02	21	15,39
24	42	18,18	12	12,08
25	15	6,49	3	3,27
26	6	2,60	3	3,32
27	9	3,90	2	1,96
28	2	0,87	1	0,31
29	1	0,43	0	0
Rok studiów				
1.	29	12,55	11	11,05
2.	28	12,12	23	16,49
3.	57	24,68	55	40,18
4.	33	14,29	14	13,56
5.	42	18,18	15	15,58
6.	42	18,18	4	3,13
Uniwersytet				
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	171	74,03	72	59,02
Inne	60	25,97	50	40,98
Członek koła naukowego anestezjologii i intensywnej terapii				
Tak	24	10,39	–	–
Nie	207	89,61	–	–

Studenci wskazywali, że odstępianie od już prowadzonych procedur byłoby dla nich trudniejsze, niż niepodjęcie nowych procedur, przy czym różnica w stopniu trudności była istotna statystycznie dla mechanicznego wspomaganie układu krążenia, prowadzenia wentylacji nieinwazyjnej i antybiotykoterapii (tabela 3).

DYSKUSJA

Ankietowani studenci w większości (74%) kojarzą pojęcie terapii daremnej, a nieco ponad połowa (54%) deklaruje, że było ono omawiane podczas obowiązkowych zajęć w trakcie studiów, z czego większość stanowią studenci roku 4.–6. Aż 15% badanych deklaruje, że spotkało się z prowadzeniem terapii spełniającej kryteria daremności u osoby bliskiej. Według większości ankietowanych do ogra-

niczenia terapii wykazującej znamiona daremności dochodzi tylko w 30% lub mniej przypadków, co sugeruje, że zdaniem studentów problem terapii daremnej w Polsce jest duży i wymaga prowadzenia działań na rzecz jego ograniczenia.

Większość badanych nie wie o istnieniu Wytucznych PTAiIT określających zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia pacjentów na OAiIT, tzw. „priorytetów” [12]. Wytuczne te kilkukrotnie odnoszą się do problemu terapii daremnej, co więcej w formularzu kwalifikacji do leczenia na OAiIT powielone zostały tabele dotyczące niepodejmowania lub zaprzestania procedur inwazyjnych, które obecne są w Wytucznych dotyczących postępowania w terapii daremnej [2].

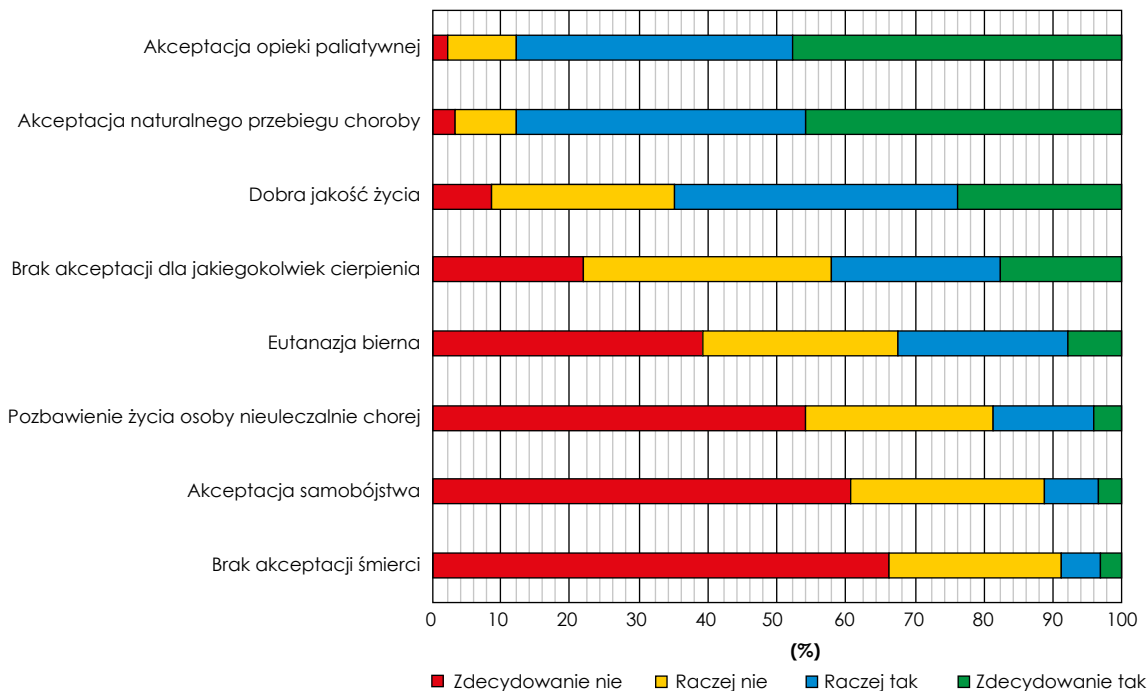
Definicja terapii daremnej

W pytaniu otwartym tylko 39% studentów (46% z tych, którzy podali definicję) podało własną defi-

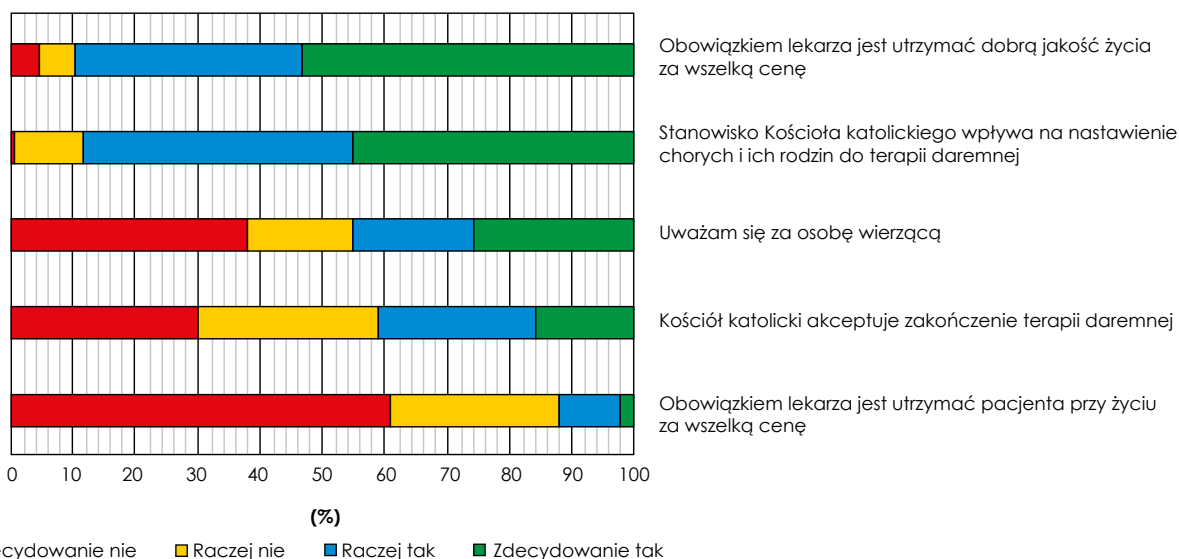
Tabela 2. Wiedza dotycząca terapii daremnej oraz specyfiki funkcjonowania oddziału anestezjologii i intensywnej terapii

Pytanie	2022–2023		2019	
	N = 231	(%)	N = 122	(%)
Czy spotkałeś/eś się z pojęciem terapii daremnej?				
Tak	171	74,03	100	81,97
Nie	60	25,97	22	18,03
Czy podczas obowiązkowych zajęć poruszano tematykę terapii daremnej?				
Tak, dość dokładnie	31	13,42	–	–
Tak, pobieżnie	92	39,83	–	–
Nie	85	36,80	–	–
Nie pamiętam	23	9,96	–	–
Czy odbywałeś/eś już zajęcia na OAiIT?				
Tak, często	18	7,79	6	4,92
Tak, rzadko	88	38,10	60	49,18
Nie, nigdy	125	54,11	56	45,90
Czy wiesz o istnieniu Wytycznych PTAiIT określających zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia pacjentów na OAiIT?				
Tak	58	25,11	–	–
Nie	173	74,89	–	–
Co według ciebie oznacza pojęcie terapii daremnej?				
Proponowana definicja zgodna z definicją terapii daremnej	91	39,39	46	37,70
Proponowana definicja niezgodna z definicją terapii daremnej	108	46,75	76	62,30
Brak odpowiedzi	32	13,85	0	0
Czy posiadasz osobiste doświadczenia związane z prowadzeniem terapii daremnej u bliskiej osoby?				
Tak	35	15,15	14	11,76
Nie	196	84,85	105	88,24
Czy spotkałeś/eś się z pacjentem spełniającym twoim zdaniem kryteria terapii daremnej?				
Tak	140	60,61	57	47,90
W trakcie praktyk wakacyjnych/wolontariatu	84	36,36	44	36,07
W trakcie zajęć	64	27,71	21	17,21
W życiu prywatnym	54	23,34	5	4,10
Nie	91	39,39	62	52,10
U ilu chorych w Polsce, którzy spełniają kryteria terapii daremnej, lekarze podejmują decyzję o jej ograniczeniu? (%)				
0–10	57	24,68	23	18,85
10–30	102	44,16	47	38,52
30–50	42	18,18	46	37,70
50–70	26	11,26	5	4,10
> 70	4	1,73	1	0,82
Czy polskie prawo powinno dopuszczać klauzulę DNR jako oświadczenie składane przez pacjenta?				
Nie	18	7,79	20	16,39
Tak, ale tylko w przypadku ciężkiej nieuleczalnej choroby podstawowej	115	49,78	74	60,66
Tak, w każdych okolicznościach	98	42,42	28	22,95

DNR – ang. do not resuscitate (nie resuscytować), OAiIT – oddział anestezjologii i intensywnej terapii, PTAiIT – Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii



Ryc. 1. Czy zgadzasz się ze stwierdzeniami, że zakończenie terapii daremnej to...



Ryc. 2. Kwestie światopoglądowe: czy zgadzasz się z powyższymi stwierdzeniami?

nicję pojęcia terapii daremnej w sposób dający się pogodzić z ogólnie przyjętymi definicjami. W pozostałych przypadkach studenci najczęściej definiowali terapię daremną jako *terapię, która nie odnosi zakładanego efektu, nie wyleczy chorego lub jest z góry skazana na niepowodzenie*. Poza sytuacją podtrzymywania czynności narządów lub chorych w stanach terminalnych można to odnieść również do terapii objawowej lub kontrolnej wielu chorób przewlekłych, które nie prowadzą bezpośrednio do śmierci chorego. Większość ankietowanych pracowników OAiT deklaruje znajomość definicji terapii darem-

nej, jednak tylko mniej niż połowa wskazuje prawidłowe wyjaśnienie pojęcia [8].

Kwestie światopoglądowe a terapia daremna

Mniej niż połowa ankietowanych deklaruje się jako osoba wierząca. Osoby niewierzące istotnie częściej opowiadają się za wprowadzeniem do polskiego prawa klauzuli DNR. W literaturze nie ma jednoznacznego powiązania pomiędzy światopoglądem a postawami dotyczącymi końca życia. W polskich badaniach osoby niewierzące nieco częściej były

Tabela 3. Ocena stopnia trudności niepodejmowania nowych procedur lub odstąpienia od prowadzonych procedur u pacjentów oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, u których podejrzewa się prowadzenie terapii daremnej

Procedura	Niepodejmowanie		Odstąpienie		p
	Mediana	IQR	Mediana	IQR	
RKO	3	1–4	3	1–4	0,163
Terapia nerkozastępcza	3	2–3	2	2–3	0,316
Mechaniczne wspomaganie układu krążenia (ECMO, kontrapulsacja wewnątrzortalna)	3	2–4	2	2–3	<0,001
Farmakologiczne wspomaganie układu krążenia (katecholaminy – noradrenalina)	2	2–3	2	2–3	0,313
Wentylacja inwazyjna (respirator)	2	2–3	1	1–3	0,012
Wentylacja nieinwazyjna (CPAP, BiPAP)	2	1–3	1	1–3	0,583
Antybiotykoterapia	2	1–3	1	1–3	0,001
Żywienie pozajelitowe	2	1–3	1	1–3	0,234
Przetaczanie preparatów krwi	3	1–3	2	2–4	0,443

1 – bardzo trudno, 5 – bardzo łatwo

skłonne do odstąpienia lub zaprzestania prowadzenia terapii u pacjentów OAiIT [8, 13]. W badaniu Ethicus, obejmującym wiele europejskich krajów, obserwowano duże zróżnicowanie postaw ze względu na region i wyznanie, a osoby deklarujące się jako katolicy najczęściej odstępowali od prowadzenia terapii [14].

Czynniki wpływające na częstość prowadzenia terapii daremnej

W jednej z polskich prac za główne przyczyny niestosowania protokołu około 55% badanych wskazało obawę przed prawnymi konsekwencjami zaprzestania leczenia, a około 46% obawę przed reakcją rodziny [9]. W naszym badaniu studenci jako potencjalne przyczyny kontynuowania terapii daremnej wskazywali przede wszystkim wolę pacjenta i nadzieję na poprawę stanu chorego, choć należy podkreślić, że prowadzenie terapii daremnej często dotyczy pacjentów, którzy nie zdążyli przed pogorszeniem stanu zdrowia określić swoich preferencji – w takich sytuacjach wola rodziny nie ma mocy prawnej. Jako mniej pomocne wskazane zostały wytyczne towarzystw naukowych. Protokoły załączone do wytycznych stanowią pomocne narzędzie dla lekarzy chcących ograniczyć zakres terapii daremnej, odpowiedzi studentów wynikają najpewniej z ich niezajomości.

Decyzja o zaprzestaniu prowadzenia terapii jest trudniejsza, niż decyzja o niepodejmowaniu nowej terapii [13], co znajduje potwierdzenie w statystykach [10]. Według wyników międzynarodowego badania Ethicus-2 nowe terapie nie są wdrażane u około 55%, a obecne wycofywane u około 45% pacjentów objętych ograniczeniem terapii daremnej [11]. Zdaniem studentów niepodejmowanie nowej terapii jest nieco łatwiejsze, choć tylko w przypadku

części procedur uzyskano istotną statystycznie różnicę. Ankietowani uznali RKO za procedurę, od której najłatwiej odstąpić/nie podejmować. We wspomnianej wcześniej analizie protokołów z Wrocławia liczba niewdrażanych procedur była aż 13 razy większa od procedur, od których się odstępowało. Najczęściej nie podejmowano RKO, mechanicznego wsparcia układu krążenia, a odstępowano od terapii nerkozastępczych i farmakologicznego wsparcia układu krążenia, z kolei najrzadziej nie podejmowano antybiotykoterapii i wentylacji mechanicznej [10].

Mocne strony i ograniczenia

Na drugim etapie badania zebraliśmy 231 odpowiedzi od studentów kierunku lekarskiego, uzyskując margines błędów $\pm 6,43\%$ w przedziale ufności 95%. Jest to stosunkowo duża liczba ankietowanych, jednakże dla uzyskania wyników o wyższej wiarygodności (margines błędów 5%) niezbędnymi byłyby uzyskanie odpowiedzi od około 381 studentów. Za reprezentacyjnością zebranej próby mogą przemawiać m.in. przewaga studentek wśród ankietowanych, co odpowiada strukturze płciowej studentów kierunku lekarskiego w Polsce. Studenci będący członkami studenckich kół naukowych związanych z anestezjologią i intensywną terapią, którzy mają potencjalnie większą wiedzę z zakresu terapii daremnej, stanowią mały odsetek populacji badanych. Wśród odpowiadających dominują studenci 3. roku, którzy dopiero zaczynają kontakt z pacjentem w trakcie zajęć klinicznych, jednak odsetek studentów lat wyższych nie jest istotnie niższy, za wyjątkiem studentów 4. roku. Większość odpowiedzi pochodzi od studentów z jednego uniwersytetu, nie można wykluczyć wpływu lokalnych warunków i różnic w programie studiów na wiedzę studentów. Zakładamy również, że studenci znają-

cy wcześniej pojęcie terapii daremnej byli bardziej chętni do udziału w ankiecie.

Wyciąganie wniosków na podstawie badania na pierwszym etapie jest obarczone większym marginesem błędów w porównaniu z badaniem na drugim etapie z uwagi na blisko o połowę mniejszą populację badanych oraz mniej równomierny rozkład pod względem lat studiów. Studenci ankietowani w 2019 r. częściej kojarzyli pojęcie terapii daremnej, z drugiej strony w mniejszym stopniu spotykali się w rzeczywistości z pacjentami spełniającymi kryteria takiej terapii, co najprawdopodobniej mogło wynikać z mniejszego odsetka studentów roku 4.–6. Z uwagi na istotne statystycznie różnice w charakterystyce badanych grup trudno jest porównywać wyniki obu etapów.

Przygotowanie kwestionariusza przystępnego dla ankietowanych jest trudnym zadaniem. W uwagach do badań na pierwszym etapie kilkakrotnie sugerowano, że kwestionariusz jest zbyt skomplikowany, a jego wypełnienie wymaga poświęcenia kilkunastu minut. Z uwagi na oczywiste ograniczenia w badaniu uwzględniliśmy tylko wybrane czynniki, które potencjalnie mogą wpływać na postawy studentów kierunku lekarskiego. Zdajemy sobie sprawę, iż dla wielu studentów opisywane sytuacje mają charakter hipotetyczny i najprawdopodobniej w sytuacji rzeczywistej mogliby zachować się inaczej. W kwestionariuszu nie poruszono tematyki terapii daremnej u pacjentów pediatrycznych z uwagi na wysoce hipotetyczny charakter tego zagadnienia dla studentów kierunku lekarskiego, gdyż kontakt z dzieckiem w stanie terminalnym w trakcie 6 lat studiów jest niezwykle rzadki.

Po wypełnieniu kwestionariusza studenci otrzymywali linki do wytycznych i opracowań na temat terapii daremnej [2, 4, 12, 15]. Uważamy, że udział w badaniu miał dzięki temu również charakter edukacyjny oraz zachęcił badanych do refleksji nad problemem terapii daremnej. W ostatnich latach coraz większy nacisk kładzie się na dyskusję o etyce końca życia, czego dobrym przykładem są opublikowane w 2023 r. wytyczne zapobiegania terapii daremnej autorstwa Towarzystwa Internistów Polskich [1]. Zdaniem autorów warto włączyć w ten pozytywny trend edukację studentów, co pozwoli na ograniczenie częstości terapii daremnej, w szczególności poza OAiT.

PODSUMOWANIE

Ankietowani studenci kierunku lekarskiego w zdecydowanej większości znają pojęcie terapii daremnej, przy czym świadomość problemu jest większa wśród studentów roku 4.–6. Jednocześnie mniej niż połowa studentów potrafi zdefiniować ją w prawidłowy sposób. Zdaniem większości studentów do zaprze-

stania prowadzenia terapii potencjalnie daremnej dochodzi w mniej niż 30–50% jej przypadków. Prawie wszyscy ankietowani są zwolennikami umożliwienia pacjentom składania deklaracji DNR.

Należy kłaść większy nacisk na edukowanie studentów w zakresie specyfiki funkcjonowania oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, m.in. o istnieniu oficjalnych kryteriów przyjęć do OAiT, czego świadomość wśród ankietowanych jest mała. Działania edukacyjne mogą zmniejszyć częstość kierowania na OAiT pacjentów w stanie terminalnym, u których istnieje wysokie ryzyko prowadzenia terapii daremnej, a także zwiększyć wykorzystanie protokołów pozwalających ograniczyć prowadzenie terapii daremnej. Studenci wskazują, że odstąpienie od terapii prowadzonej u pacjenta jest trudniejsze niż jej niepodejmowanie, dlatego ważne jest stosowanie takiego protokołu z wyprzedzeniem, np. przy przyjęciu na OAiT.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Szczeklik W, Krajnik M, Pawlikowski J i wsp. Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu – stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych. Część 1: Chory umierający nieubezpieczeni, niebędący w stanie podejmować świadomych decyzji co do leczenia w sytuacji daremności medycznej stosowanej terapii. *Med Prakt* 2023; 4: 121-140.
2. Kübler A, Siewiera J, Durek G i wsp. Guidelines regarding the ineffective maintenance of organ functions (futile therapy) in ICU patients incapable of giving informed statements of will. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2014; 46: 215-220.
3. Siewiera J, Kubler A (red.). *Terapia daremna dla lekarzy i prawników*. Edra Urban & Partner, Wrocław 2015, 17-19.
4. Bartkowska-Śniatkowska A, Byrska-Maciejusz E, Cettler M i wsp. Guidelines regarding ineffective maintenance of organ functions (futile therapy) in paediatric intensive care units. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2021; 53: 369-375.
5. Dangel T, Grenda R, Kaczkowski J i wsp. Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy. *Polskie Towarzystwo Pediatryczne*, Warszawa 2011.
6. Bazaliński D, Marciniak I, Sałacińska I i wsp. Doświadczenie uporczywej terapii w pracy pielęgniarek pracujących w oddziałach intensywnej terapii – doniesienie wstępne. *Anest Ratow* 2018; 12: 52-61.
7. Januszewska A, Zarzeka A, Iwanow L i wsp. Próba analizy poziomu wiedzy i postaw pracowników Kliniki Intensywnej Terapii Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” wobec prowadzenia uporczywej terapii u dzieci. *Piel Pol* 2016; 3: 389-396.
8. Cebulska V, Kozlak V, Dybalski P. Knowledge and opinions on conducting persistent therapy in the work of medical staff in anaesthesiology and intensive care departments. *Med Paliat* 2020; 11: 170-179.
9. Łączak P, Skwara E, Bezshapkin V i wsp. Terapia daremna – wyzwania i wątpliwości. Ankieta przeprowadzona wśród

- przedstawicieli personelu medycznego w Polsce. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2021; 53: S20.
10. Woźnica-Niesobka E, Goździk W, Śmiechowicz J i wsp. Analysis of management protocols regarding ineffective maintenance of organ functions in patients treated at the Intensive Care Unit of the University Hospital in Wrocław. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2020; 52: 3-9.
 11. Avidan A, Sprung CL, Schefold JC i wsp. Variations in end-of-life practices in intensive care units worldwide (Ethicus-2): a prospective observational study. *Lancet Respir Med* 2021; 9: 1101-1110.
 12. Krzych Ł, Bartkowska-Śniatkowska A, Knapik P i wsp. Guidelines of the Polish Society of Anaesthesiology and Intensive Therapy defining the rules of qualification and criteria for admitting patients to anaesthesiology and intensive care units. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2022; 54: 219-225.
 13. Kübler A, Adamik B, Lipinska-Gediga M i wsp. End-of-life attitudes of intensive care physicians in Poland: results of a national survey. *Intensive Care Med* 2011; 37: 1290-1296.
 14. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P i wsp. End-of-life practices in european intensive care units: the Ethicus study. *JAMA* 2003; 290: 790-797.
 15. Rzecznik Praw Pacjenta. Standardy postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia. Warszawa 2021.