

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
MEDICĪNAS FAKULTĀTE
PROFESIONĀLĀ BAKALaura STUDIJU
PROGRAMMA “MĀSZINĪBAS”

**VISPĀRĒJĀS APRŪPES MĀSU VIEDOKLIS PAR
EITANĀZIJAS LEGALIZĒŠANU LATVIJĀ
BAKALaura DARBS**

Autors: Sigita Veisa

Stud. apl. Nr.: sv22009

Darba vadītājs: *Mg.sc.sal Inta Banka*

RĪGA 2023

ANOTĀCIJA

Bakalaura darba tēma ir “Vispārējās aprūpes māsu viedoklis par eitanāzijas legalizēšanu Latvijā”.

Tēmas aktualitāti pamato tas, ka vēl nesen - 2021. gadā 10 505 Latvijas iedzīvotāji ar savu parakstu bija apliecinājuši eitanāzijas legalizācijas Latvijā iniciatīvu, kas tika iesniegta Latvijas Republikas Saeimā izskatīšanai, tomēr 2021.gada 25.marta sēdē Saeima šo iniciatīvu noraidīja. Minētās iniciatīvas aktualizēšana un lielais parakstījušos pilsoņu skaits, pieļaujams, norāda uz samilzušo kvalitatīvas un cieņpilnas paliatīvās aprūpes pieejamības problēmu, kas izcelta arī valstiskā līmenī.

Darba mērķis bija noskaidrot stacionārā strādājošo vispārējās aprūpes māsu viedokli par eitanāzijas legalizēšanu Latvijā.

Pētniecības uzdevumi ir sekojoši. Bija nepieciešams iepazīties ar literatūru par autonomiju un tiesībām uz dzīvību, par eitanāziju, tās veidiem un ētiskiem aspektiem māsas praksē, un veikt aptauju ar stacionārā strādājošām aprūpes māsām, lai noskaidrot viņu viedokli par eitanāzijas legalizēšanu Latvijā. Darba nobeigumā tika apkopoti pētījumā iegūtie aptaujas datu rezultāti, un pamatojoties uz tiem, tika izdarīti secinājumi un ieteikti priekšlikumi.

Pētījuma gaitā tika izmantota kvantitatīvā pētījuma metode – aptaujas.

Pētījuma rezultāti atklāja faktu, ka aprūpējot neglābjami slimus pacientus, ar ko māsām nākas saskarties visbiežāk, nebūtu gatavi piedalīties eitanāzijas procedūrā, bet būtu gatavi gan nodrošināt komfortu mirstošam pacientam, gan arī būtu gatavi sniegt atbalstu mirušā tuviniekiem.

Atslēgvārdi: autonomija, eitanāzija, aktīvā eitanāzija, pasīvā eitanāzija, aprūpe, māsas, legalizēšana.

ANNOTATION

The topic of the bachelors work is “General care nurses opinion on the legalization of euthanasia in Latvia”.

The topicality of the topic is justified by the fact that until recently - in 2021, 10,505 Latvian residents had signed the initiative to legalize euthanasia in Latvia, which was submitted to the Saeima of the Republic of Latvia for consideration, however, at the meeting of March 25, 2021, the Saeima rejected this initiative. The actualization of the mentioned initiative and the large number of citizens who have signed it indicate, admittedly, the reduced problem of access to quality and respectful palliative care, which has also been highlighted at the national level.

The aim of the work was to find out the opinion of general care nurses working in inpatient facilities about the legalization of euthanasia in Latvia.

The research tasks are as follows. It was necessary to get acquainted with the literature on autonomy and the right to life, on euthanasia, its types and ethical aspects in nursing practice, and to conduct a survey with nursing nurses working in a hospital in order to find out their opinion on the legalization of euthanasia in Latvia. At the end of the work, the results of the survey data obtained in the study were summarized, and based on them, conclusions were drawn and proposals were suggested.

In the course of the research, a quantitative research method was used - surveys.

The results of the study revealed the fact that when taking care of terminally ill patients, which nurses have to deal with most often, they would not be ready to participate in the euthanasia procedure, but would be ready both to provide comfort to the dying patient and would also be ready to provide support to the relatives of the deceased.

Keywords: autonomy, euthanasia, active euthanasia, passive euthanasia, care, nurses, legalization.

SATURA RĀDĪTĀJS

Apzīmējumu saraksts.....	5
Ievads.....	6
K.Kolkabas māsziņību teorijas saistība ar pacientu aprūpi un komfortu	8
1. Literatūras pētījumu analīze	11
1.1. Autonomija un tiesības uz dzīvību.....	12
1.2. Eitanāzijas definīcija un veidi.....	14
1.2.1. Aktīvā eitanāzija.....	16
1.2.2. Pasīvā eitanāzija	17
1.3. Eitanāzijas legalizēšana pasaulē	21
2. Eitanāzijas ētiskie aspekti māsas praksē.....	24
3. Pētījuma metodoloģija.....	28
4. Pētījuma rezultāti un analīze	30
Secinājumi un ieteikumi	40
Izmantotā literatūra un avoti.....	42
Pielikumi.....	45
1.pielikums. Aptauja.....	46
2.pielikums. Pašreizējais eitanāzijas statuss visā pasaulē.....	50
3.pielikums. Pašreizējais eitanāzijas statuss Eiropā	51

APZIMĒJUMU SARAKSTS

ECTK - Eiropas Cilvēktiesību Konvencija

ES – Eiropas Savienība

LĀB - Latvijas Ārstu biedrība

PMA - Pasaules medicīnas asociācija

PVO – Pasaules Veselības organizācija

VM – Veselības ministrija

QOL - Dzīves kvalitāte

IEVADS

Viena no mūsdienu medicīnas lielākajām ētiskajām dilemmām pasaulē ir eitanāzija. Lai gan plašāk zināms ir aktīvās eitanāzijas princips, kas nosaka pēc pacienta vēlēšanās veikt darbību nāves paātrināšanai ar mērķi pārtraukt nenovēršamas ciešanas, eksistē arī pasīvā eitanāzija, kuras gadījumā pēc pacienta vēlēšanās tiek nevis veikta nāvi pietuvinoša manipulācija, bet gan – netiek veiktas manipulācijas, kas pacientam būtu medicīniski indicētas, taču paildzina nenovēršamas ciešanas (1). Jebkurā no iepriekšminētajiem gadījumiem līdztekus pacienta pamatotai vēlmei pastāv ārstniecības un aprūpes personāla morālo un ētisko vērtību kopums, kas ir nozīmīgs faktors eitanāzijas procedūrā.

Uz 2022. gadu Eiropā aktīvā eitanāzija bija legalizēta 5 valstīs – Beļģijā, Nīderlandē, Luksemburgā, Vācijā un Spānijā. Pēdējās divas no minētajām valstīm pēc stingrām indikācijām izskata arī nepilngadīgu pacientu eitanāzijas pieteikumus. Pasīvā eitanāzija ir legāla Skandināvijas valstīs – Dānijā, Norvēģijā, Somijā un Zviedrijā. Savukārt, pretēji bieži izskanējušam viedoklim par Šveici kā eitanāzijas senāko aizsācēju Eiropā, līdz pat šodienai Šveicē eitanāzija ir nelegāla, taču ir atļauta asistētā pašnāvība, kad medicīnas personāls pacientam nodrošina nepieciešamos apstākļus dzīves izbeigšanai, taču letālo medikamentu sev ievada pats pacients (2).

Nesenajā 2021. gadā 10 505 Latvijas iedzīvotāji ar savu parakstu bija apliecinājuši eitanāzijas legalizācijas Latvijā iniciatīvu (3), kas tika iesniegta Latvijas Republikas Saeimā izskatīšanai, tomēr tā paša gada 25.marta sēdē Saeima iniciatīvu noraidījusi (34). Minētās iniciatīvas aktualizēšana un lielais parakstījušos pilsoņu skaits, pieļaujams, norāda uz samilzušo kvalitatīvas un cieņpilnas paliatīvās aprūpes pieejamības problēmu, kas izcelta arī valstiskā līmenī (4).

Tā kā eitanāzijas procesā līdztekus pacientam un viņa tuviniekiem tikpat nozīmīgu lomu ieņem ārstniecības un aprūpes personāls, pētījums vērsts tieši uz aprūpes komandas vadošā speciālista – vispārējās aprūpes māsas – viedokļa izpēti.

Pētījuma objekts: Vispārējās aprūpes māsu viedoklis.

Pētījuma priekšmets: Vispārējās aprūpes māsu viedokļu novērtējums par eitanāzijas legalizēšanu Latvijā.

Pētījuma jautājums: Kāds ir vispārējās aprūpes māsu viedoklis par eitanāzijas legalizēšanu Latvijā?

Pētījuma mērķis: Noskaidrot stacionārā strādājošo vispārējās aprūpes māsu viedokli par eitanāzijas legalizēšanu Latvijā.

Lai sasniegtu izvirzīto mērķi, noteikti sekojoši darba **uzdevumi:**

- 1) Literatūras un citu informācijas avotu apkopošana un analīze;
- 2) Pētījuma instrumenta izstrāde un pētījumam nepieciešamo atļauju iegūšana;
- 3) Pētījuma veikšana;
- 4) Iegūto rezultātu apkopošana, analīze un secinājumu veikšana.

Pētījuma metode: Kvantitatīvā pētījuma metode – aptauja.

Pētījuma dalībnieki: 120 stacionārā strādājošas vispārējās aprūpes māsas.

Datu apstrāde veikta ar aprakstošās datu analīzes metodi. Rezultātu grafisks attēlojums veikts, izmantojot datorprogrammu *Microsoft Excel*.

Pētījuma organizācija: Pirms pētījuma veikšanas ir iegūta Ētikas komisijas atļauja par pētījuma atbilstību kritērijiem, kā arī atļauja no nepieciešamās veselības aprūpes iestādes. Datu ievākšana notiks, ievērojot ētikas principus, nodrošinot respondentiem konfidencialitāti. Darba noslēgumā darba autore izvirza secinājumus, balstoties uz pētniecības darbu.

Pētījuma posms: Pētījuma tika veikts laika posmā no 2023.gada 5.maija līdz 2023.gada 20.maijam.

Pielietotā māszinību teorija: K. Kolkabas māszinību teorijas analīze.

Pētījuma bāze: Teorētiskajam pamatojumam izmantotas zinātnisko rakstu datu bāze: *Ebsco, Pubmed, sciensdirect*. Empīriskajam pamatojumam tiek izmantota autores izstrādātā aptauja.

Darbs sastāv no četrām nodaļām. *Darba pirmajā nodaļā* ir veikta literatūras un citu autoru veikto empīrisko pētījumu analīze, saistībā ar eitanāzijas legalizēšanu. *Otrajā nodaļā* ir aplūkota un analizēta eitanāzijas ētiskie aspekti māsas praksē. *Trešajā nodaļā* ir aprakstīta pētījuma metodoloģija, izmantojot kvantitatīvo pētījuma metodi. Bet *ceturtajā nodaļā*, pamatojoties uz aptaujas datu rezultātiem, tiek izdarīti secinājumi un ieteiktas rekomendācijas.

K. KOLKABAS MĀSZINĪBU TEORIJAS SAISTĪBA AR PACIENTU APRŪPI UN KOMFORTU

Māsu teorija attiecas uz dažu māsas profesijas aspektu skaidrojumu. Lai sniegtu plašākās un pielietojamākās zināšanas izmantošanai māsu praksē un pētniecībā, šis skaidrojums vai apraksts piedāvāts metodiskā pieejā. Var izdalīt 3 galvenās māsu teoriju kategorijas, pamatojoties uz to koncentrēšanos uz plašām idejām vai kopīgu situāciju modeļiem. Vidējās aprūpes teorijas ir noderīgas teorijas īstenošanai praksē. Tās izmanto arī kā pētniecības ietvarus. Teorijas, kas atrodas kaut kur spektra vidū, ietver plašus un detalizētus principus un metodes labas ārstēšanas nodrošināšanai pacientiem (5). Neskatoties uz to, ka tās ir mazāk teorētiski abstraktas nekā lielās teorijas, lielākais šķērslis veiksmīgai vidēja līmeņa teoriju ieviešanai ir tas, ka tās neattiecas uz atsevišķiem pacientiem vai viņu īpašām problēmām. Lai gan šīs idejas sniegs māsām noderīgus norādījumus, tās nevar izmantot, lai risinātu pacientu situācijas, kas patiešām ir unikālas. Tālāk tiek norādīta un analizēta *Katharine Kolcaba* (turpmāk – K.Kolkaba) māsu teorija, kas vairāk pievēršas komforta aprūpes teorijai.

Veselības aprūpes nepieciešamība nozīmē sarežģītu medicīnisku situāciju, kas ir izraisījusi vajadzību pēc komforta, ko pašreizējā atbalsta sistēma nevar atrisināt. Vides, sociālā, kultūras, garīgā, un garīgās veselības aprūpe ir svarīgi aprūpes aspekti. Intervences, kuru mērķis ir sniegt mierinājumu, lai apmierinātu cilvēka pamatvajadzības. To, cik labi cilvēks jūtas, ietekmē ārējie faktori.

Jau 90.gados māsas pētniece K.Kolkaba izveidoja māsas “trīs pīlāri” teoriju: pētniecību, izglītību un praksi. Māsu teorija balstās uz ērtībām pacientu aprūpē, nevis diskomfortu. (6). To izveidoja Kolkaba, un tas balstās uz daudznozaru māsu principiem, lai aptvertu dažādas jomas, piemēram, medicīnu, ekonomiku, psiholoģiju un psihiatriju. Teorētiskie un darbības pieņēmumi, loģiskais izkārtojums un paziņotie rezultāti ir visi Kolkabas teorijas funkcionālie komponenti. To, kā teorija izskaidro, apraksta vai paredz prognozes, var novērtēt, aplūkojot tajā ietvertos jēdzienus un lomu, ko šie jēdzieni spēlē.

Kolkaba savā praksē komfortu ir skaidrojusi sekojoši: “Visi cilvēki, neatkarīgi no sociālā statusa, meklē vidi, kas liek viņiem justies ērti. Komforts un brīvība no sāpēm ir divi no svarīgākajiem cilvēces motivētājiem. Pacienti piedzīvo transcendences sajūtu, kad viņu unikālās komforta vajadzības apmierina māsas, kad viņi jūtas “viegli” un kad viņi ar šo māsu atbalstu var uzvarēt visas grūtības”.

Tātad, pēc Kolkabas teiktā, mēs rodam mierinājumu dažādos apstākļos, kas kopj mūsu ķermeni, mājas un garu.

Medicīnas māsas regulāri jautā, kā klājas viņu pacientiem un viņu tuviniekiem, vai tie jūtas komfortabli. Katra darbība tiek veikta ar konkrētu mērķi šo prasību apmierināšanai. Kolkaba izstrādāja formas komforta pārvaldībai un kvantitatīvai noteikšanai. Lai palīdzētu kategorizēt šīs hipotēzes idejas, Kolkaba izveidoja komforta taksonomiju. Tās izkārtojumā ir ņemti vērā daudzi iestatījumi, kuros var nodrošināt komfortu. Apgalvojot, ka vienošanās attēlo komforta aprūpes koncepciju kā rezultātu, un izmantojot šo komforta taksonomiju, ir noteikta kārtība. Šīs teorijas struktūra ir vērsta uz pacientu apmierinātības līmeņa uzraudzību, lai palīdzētu māsām noteikt, vai viņu aprūpe atbilst viņu vajadzībām (7). Veikto intervences pasākumu analīze nodrošina komforta jēdziena kvantitatīvu mērījumu.

Komforts kā labas veselības veicināšana ir būtiska iezīme, kuru aktīvi cenšas sasniegt visi pacienti. Būtisks cilvēka dzinulis ir vēlme pēc fiziska komforta stāvokļa un ciešanu atvieglošanas.

Kad ar komforta palīdzību izdosies atvieglot pacientu stāvokli, tas sniegs teorētisku atbalstu Kolkabas komforta hipotēzes izmantošanai. Pacientu apmierinātība ir zelta standarts veselības aprūpes kvalitātes novērtēšanai (7).

Saskaņā ar komforta teoriju uz pacientu vērsta aprūpe, kurā prioritāte ir pacienta komfortam, tas var pozitīvi ietekmēt viņu veselību un labklājību kopumā. Personas fiziskā, garīgā un emocionālā labklājība uzlabojas, un pacienta perspektīvas un sasniegtā komforta līmeņa rezultātā tiek veicināta atveseļošanās.

Māsu teorijas 4 pamatprincipi ir rūpes par indivīdu un veselības aprūpes sistēmu. Pretēji māsu īpašajam uzsvaram, veselības, vides un personas jomas koncentrējas uz pacientu un klientu un personu, kas saņem aprūpi (8). Jēdzieni ir visaptverošas idejas, kas veido teoriju. To papildina savstarpēji saistīti apgalvojumi, ko sauc par priekšlikumiem. Runājot par parādību skaidrošanu, komforta teorija ieņem vidusceļu, jo tā sīki apraksta mehānismus, caur kuriem ir dažādi savienojumi. Saskaņā ar Kolkabas pausto, komforts ir universāla vēlme atbrīvoties, relaksēties vai pārvarēt stresu, kas saistīts ar medicīniskās palīdzības saņemšanu. Pacienti, ģimenes locekļi un veselības aprūpes sniedzēji biežāk meklē medicīnisko palīdzību, kad jūtas slikti. Komforta teorijas mērķis ir sasniegts, jo tas nodrošina ietvaru veselības aprūpes komandai, ko izmantot intervences un māsu prakses virzīšanai uz pozitīvu rezultātu.

Saskaņā ar Kolkaba teikto, komforta hipotēzes holistiskais raksturs ir tiešs rezultāts tādai ārstēšanai, kas pacientam un viņa ģimenei ir pirmajā vietā. Kolkaba, pamatojoties uz holistiskās medicīnas principiem, identificēja četras jomas - pacienta ķermeni, prātu un apkārtni -, kurās viņi var rast mierinājumu (7).

Kolkaba identificēja trīs atsevišķus mierinājuma veidus: atvieglojumu, vieglumu un transcendenci (pārpasaulību). Atvieglojumu izjūt, kad cilvēka vēlme vai vajadzības ir

apmierinātas. Viegluma sajūtu rada pozitīvs skatījums uz dzīvi. Alternatīvi, transcendence attiecas uz stāvokli, kurā pacienti ar aprūpētāju atbalstu spēj pārvarēt savus izaicinājumus, neskatoties uz viņu ārējo vidi. Lai gūtu panākumus, vienlaikus jāņem vērā visi četri iestatījumi un visi trīs viegluma veidi.

Māsu aprūpes principi un jomas, piemēram, simptomu novērtēšana, prasību noteikšana un aprūpe, atbilst komforta teorijas galvenajam mērķim. Kopā ar savu medicīnisko personālu cilvēki var aktīvi piedalīties viņu aprūpē, piemērojot kopīgās aprūpes principus (8).

Tradicionālo māsu mērķi atbalsta komforta hipotēze, kas uzsver pacienta nozīmi un veicina pacienta tiesības pieņemt lēmumus par savu aprūpi. Pašapkalpošanās ir neatņemama cilvēka veselības un labklājības sastāvdaļa, un tā ir jāveicina kā daļa no māsas prakses, kas balstīta uz komforta teorētisko ietvaru.

Pēc Kolkabas uzskata, māsa var labāk novērtēt pacienta prasības un noteikt efektīvākās māsu iejaukšanās, pielietojot komforta teorijas jēdzienus. Viena no galvenajām māsas funkcijām ir analizēt un novērtēt pacienta stāvokli, lai noteiktu labāko rīcību pacienta vajadzībām (7). Komforta hipotēzes atbilstība slēpjas faktā, ka tā garantē, ka veselības aprūpes prakse būs vērsta uz holistiskiem risinājumiem, kas labvēlīgi ietekmē pacienta komfortu.

Māsa koncentrējas uz izvairīšanos no situācijām, kas, kā zināms, izraisa sāpes. Komforta princips ir svarīga māsu aprūpes sastāvdaļa, jo tā prioritāte ir pacienta apmierinātība. Ja māsas un pacienta kopīgs mērķis ir komforta iegūšana, tiek apmierinātas ne tikai pacientu vajadzības, bet arī tiek stiprināta slimnīcas reputācija un veselības veicināšana kopumā.

Pacienta uzturēšanās kvalitāte slimnīcā un apmierinātības līmenis ar saņemto aprūpi ir svarīgi rādītāji, jo tie var ietekmēt budžetu un citus resursus. Pacienti biežāk ziņo par laimi, ja māsas izmanto dažādus pasākumus pacientu nomierināšanai (9).

Kolkabas teorijas ieguldījumiem ir labvēlīga ietekme uz māsu darbu, jo tās dara. Pacienti atceras komforta procedūras, un tās var veikt jebkurš veselības aprūpes komandas dalībnieks.

Jāsecina, ka Kolkabas komforta teorija nosaka pacienta komfortu kā optimālu medicīniskās iejaukšanās mērķi. Kolkaba uzskata, ka komforts ir viena no cilvēces pamatprasībām. Kā jau minēts, šī teorija nodrošina līdzekli, lai pārbaudītu pacientu pieņemto komforta pasākumu efektivitāti. Salīdzinot Kolkabas komforta teoriju ar māsu metaparadigmu, tiek secināts, ka tā ir piemērojama šajā jomā.

1. LITERATŪRAS PĒTĪJUMU ANALĪZE

Cenšoties izprast mūsdienu tikumisko un ētisko situāciju, ne tikai zinātnieki, bet arī jebkurš cilvēks saskaras ar īpašām grūtībām. No vienas puses, mēs paši atrodamies procesa iekšienē un nespējam ieņemt distancētu pozīciju, attiecībā pret notiekošajiem procesiem. Tā piemēram, eitanāzija ir ļoti strīdīgs morāles un ētikas jautājums, kas ietver gan aktīvo, gan pasīvo eitanāziju. Daudzās valstīs notiek diskusijas par dzīves beigu praksi, un dažādās jurisdikcijās eitanāzija tiek vērtēta atšķirīgi. Tā piemēram, *“vārds “eitanāzija” izraisa negatīvas asociācijas, jo jau “Trešā reiha laikā” to saprata kā “nevērtīgas dzīvības” (lebens unzverten Lebens) iznīcināšanu (nacisma laikā ar ārstu palīdzību tika nonāvēts apmēram 270 000 fiziski vai garīgi slimu cilvēku)”* (10).

Tātad, bioētikas jautājumi, kas saistīti ar nāvi, ir ļoti strīdīgi, jo tie ir ārkārtīgi sarežģīti un liek mums iedziļināties neērtā tēmā. Tomēr šo jautājumu ir daudz, tie ir plaši izplatīti, un tie ir jārisina, ja mēs ceram uzlabot mūsu sabiedrību. Eitanāzija ir piemērs vienam no sarežģītajiem jautājumiem. Rezumējot, eitanāzija, burtiski tulkojot *“laba nāve”* (28), nozīmē citas personas nāves izraisīšanu šīs personas labā (29).

Lai gan pēdējos gados pasaule ir piedzīvojusi lielu progresu medicīnas jomā, joprojām pastāv daudz neskaidrību par eitanāzijas legalizēšanu dažādās valstīs, tostarp, Latvijā. Lai gan vairākās valstīs eitanāzija ir nelikumīga, tomēr dažas valstis, piemēram, Nīderlande, Beļģija un Luksemburga, eitanāziju ir legalizējušas ar noteiktiem nosacījumiem (14). Arī daži ASV štati, tostarp, Oregon, Vašingtona, Vērmonta un Montana eitanāziju ir atļāvušas (15).

Turpretim Latvijā nav īpašu likumu par eitanāziju. Tikai ANO Vispārējās cilvēktiesību deklarācijas 3.pants nosaka, ka *“Katram cilvēkam ir tiesības uz dzīvību, brīvību un personas neaizskaramību”* (12).

Bet Latvijas Republikas Satversmes 93.pants nosaka, ka *“Ikviens ir tiesīgs uz dzīvību aizsargā likums”* (13).

Tātad, cilvēka tiesības uz dzīvību sākas kopš dzimšanas brīža un beidzas līdz ar nāvi. Latvijas likumdošana aizliedz slepkavību vai personas dzīvības izbeigšanu. Turklāt eitanāzija, saskaņā ar visiem Latvijas normatīvajiem aktiem ir aizliegta.

Tālāk, šajā nodaļā tiks aplūkota un analizēta iepriekšējo pētījumu par eitanāziju un to veidiem analīze.

1.1. Autonomija un tiesības uz dzīvību

Medicīnas praksē autonomija apraksta kompetentu pieaugušo tiesības pieņemt apzinātus lēmumus par savu medicīnisko aprūpi pirms jebkādas izmeklēšanas vai ārstēšanas. Ārstam autonomijas cieņa ietver pacienta pašnoteikšanās tiesību atzīšanu un saglabāšanu un nepieciešamo norādījumu sniegšanu, kas ļautu izdarīt apzinātu un neatkarīgu izvēli, bez piespiešanas. Tomēr autonomija ir tālu no vienkārša apsvēruma. *Onora O'Nīla*, mēģinot rūpīgi izpētīt autonomijas kontekstu savās Gifordas lekcijās, skaidri un pārliecinoši nošķir *Džona Stjuarta Milla* un *Kanta* pieeju autonomijas tēmai (22). Kā spilgti apraksta *O'Nīls, Mills* paplašina izvēles robežas un “*redz indivīdus ne tikai kā tādus, kas izvēlas, īstenot jebkuras vēlmes, kas viņiem konkrētajā brīdī ir, bet arī kā atbildīgas par šīm vēlmēm*” (22).

Kantiešu autonomijas versija ir balstīta uz “praktiskām iemaņām”. Kants uzskata autonomiju par “*jautājumu par rīcību pēc noteikta veida principiem un konkrēti notiekiem uz pienākuma principiem*” (23), nevis kā pašizpaušmes veidu un norāda, ka “*nevar būt nevienam indivīdam nekādas brīvības iespējas, ja šī persona rīkojas bez atsaucē uz visiem citiem morāliem aspektiem*” (23).

O'Nīls pieņem kantiešu skatījumu un kontekstualizē to kā “*principētu autonomiju*”, salīdzinājumā ar “*individuālistisko autonomiju*”. *O'Nīla* darbs ilustrē autonomijas jēdziena trauslumu un tā sakarību ar vairākiem citiem apsvērumiem, jo, īpaši, cilvēku attiecību tīklu, kurā tas izpaužas (22).

Tā piemēram, kas attiecas uz eitanāziju, tad galvenās bažas medicīnā joprojām ir tās legalizācijas ietekme uz ārsta un pacienta attiecībām. Šo attiecību pamatā ir uzticēšanās. Lai gan eitanāzijas aspekti var tikt uzskatīti pretrunā ar noteiktiem ētiskiem pienākumiem, kas uzlikti ārstiem, pacienta autonomo vēlmju ņemšana vērā līdzās ārsta morālajām perspektīvām arī ir svarīgs šo attiecību aspekts. Šo sarežģītību ir atzinusi arī Šveices Medicīnas zinātņu akadēmija savās ētikas vadlīnijās, kas atzīst, ka “*noteiktos īpašos gadījumos ārsta personīgais lēmums palīdzēt mirstošam pacientam izdarīt pašnāvību ir saskaņā ar viņa sirdsapziņu, un šī pacienta izvēle ir jāciens*” (26).

Vislielākā autonomās pašnoteikšanās izpaušme ir “rīcībspējīgu” pieaugušo tiesības atteikties no jebkādas ierosinātās iejaukšanās (neatkarīgi no racionalitātes), pat ja šis lēmums varētu izraisīt kaitējumu vai nāvi, ja viņi spēj brīvi pieņemt lēmumu. Šī iemesla dēļ ļoti svarīgi ir iegūt informētu piekrišanu no pacienta pēc tam, kad viņam ir piedāvāta visa būtiskā informācija par viņa situāciju. Pēdējo desmitgažu laikā ir uzsvērtā pašnoteikšanās nozīme, veselības aprūpes sistēmām arvien vairāk pieņemot uz pacientu vērstu pieeju aprūpes lēmumos.

Tiesības uz ķermeņa autonomiju ir noteiktas arī Eiropas Cilvēktiesību Konvencijas (turpmāk – ECTK) 8. pantā “*Tiesības uz privātās un ģimenes dzīves neaizskaramību*” (24).

Ņemot vērā iepriekš minēto, ECTK 8. pants cita starpā ietver tiesības uz personīgo attīstību. Šveices tiesību jurisdikcijā tas ietver pacienta izvēli izvairīties no tā, ko viņš uzskata par necienīgu un smagu savas dzīves beigās (24). Šī ļoti strīdīgā argumenta atbalstītāji apgalvo, ka smagi slimiem pacientiem ir jābūt iespējai izvēlēties, vai viņi vēlas turpināt vai nevēlas dzīvot stāvoklī, kas grauj viņu raksturīgo cieņu un personisko identitāti, nepārkāpjot dzīvības svētuma principu. Tāpēc var apgalvot, ka autonomijas ievērošana pēc būtības ietver pacienta prima facie tiesības kontrolēt nāves apstākļus un laiku, pieprasot palīdzību nāves gadījumā. Tas varētu mazināt indivīda vai viņa ģimenes ciešanas un uzlabot pacienta dzīves beigu kvalitāti, jo tiktu ievērotas viņa vēlmes un saglabāta cieņa (25).

Vēl viena dimensija, ko var apsvērt, ir ārstējošā ārsta ētiskā pārliecība un vērtības. Apmācības laikā lielākā daļa praktizējošu klīnicistu nav saskārušies ar nāves palīdzības jēdzienu kā paredzamu pienākumu saistībā ar pacientu autonomiju (26).

Tomēr ir svarīgi ņemt vērā pacientu autonomijas apmēru mūsdienu sabiedrībā. Individuālā brīvība nav jāuzskata par absolūtu, un ir jāparedz izņēmumi no ECTK 8. panta par labu dzīvības saglabāšanai un cieņai pret to (24).

Turpretī tiesības uz dzīvību garantē arī ECTK 2.pants (24). Saskaņā ar 2.pantu, valstij ir uzdots atturēties no tīšas un nelikumīgas dzīvības atņemšanas, kā arī aizsargāt neaizsargātos cilvēkus pret darbībām, ar kurām viņi var apdraudēt viņu dzīvību (24).

Dzīvības svētuma princips bieži parādās mūsdienu diskusijās, jo īpaši angloamerikāņu bioētikā, apspriežot sabiedrības strīdus par dzīves beigām un abortu jautājumiem. Tomēr tā morālais pamats reti tiek izjaukts un saprotams. Dzīves stāvokļa svētums apliecina, ka dzīvībai ir svētums un tās vērtība pārspēj visas pārējās vērtības. Neviena indivīda dzīvība nav pelnījusi prioritāti, un dzīvībai tiek piedēvēts svētums, neatkarīgi no fizioloģiskā stāvokļa, nāves draudiem, ciešanām vai indivīda vēlmes dzīvot vai mirt (27). Šo argumentu bieži saista, bet ne pilnībā pielīdzina reliģiskajām un kultūras tradīcijām, kas parasti iebilst pret nāves palīdzību, jo cilvēka dzīvība tiek uzskatīta par Dieva suverēnu radījumu. No reliģiskā viedokļa Dievs tiek uzskatīts par vienīgo, kas var noteikt cilvēka dzīves sākumu un beigas. Dzīvības svētums ir vērtība, kas skaidri atspoguļota arī Eiropas Cilvēktiesību konvencijas 9. pantā, kas attiecas uz domas, apziņas un reliģijas brīvību (24). Tomēr jāatzīmē, ka 2. pants neietver nāves palīdzību, t.i., situācijās, kad personas lēmums izbeigt dzīvību ir pieņemts neatkarīgi un absolūtā priekšstatā par to, ko tas nozīmē. Tāpēc izšķirošais jautājums ir par līdzsvaru. Pacienta autonomija ir jāabalansē ar dzīvības svētuma principu (26).

Tomēr autore uzskata, ka autonomijas arguments ir otršķirīgs pēc tā piemērojamības, attiecībā uz to, vai nāves palīdzība ir ētiski pieļaujama, un tā nevar vadīt tikai lēmumus par to, kas ir morāli nepieļaujams. Tiesības izbeigt dzīvību, ko indivīds uzskata par nepanesamu, ir jāapsver, saistībā ar to ietekmi uz citām tiesībām, noteikumiem un veselības aprūpes speciālistu pienākumiem, veicinot eitanāziju.

1.2. Eitanāzijas definīcija un veidi

Vēl romieši jēdzienu “eitanāzija” saprata kā “labu, cieņas pilnu nāvi”. Sākotnēji ar to saprata nomiršanas veidu, kas ir neatkarīgs no citiem, īpaši no ārsta. Bet 16.-17. gs. T. Mors, F. Bēkons un M. Luters jēdzienu “eitanāzija” saistīja tieši ar otro aspektu, proti, eitanāzija nozīmē ārsta pienākumu atvieglot nāvi. Tātad, jēdziens “eitanāzija” norāda uz pienākumiem, kādi rodas ārstam, ja cilvēks mirst. Šis jēdziens aprobežojas ar sāpju mazināšanu, tādā veidā nomierinot psihi (35).

“Izšķirīgas izmaiņas eitanāzijas izpratnē ir saistītas arī ar Pirmo pasaules karu un tā sekām. Šai laikā notika jēdziena paplašināšana divos aspektos: palīdzība nomirt apvienojas ar dzīves saīsināšanu; šis jēdziens iemantoja arī “nevērtīgas dzīvības” iznīcināšanas intonāciju, ko vēlāk uzsvēra nacionālsociālisma ideoloģija” (35).

20. gs. beigās ar jēdzienu “eitanāzija” saprot “nāvi bez sāpēm”, ko dažreiz arī aizvieto ar izteikumu “palīdzēt nomirt”. Tieši morāles apsvērumu dēļ rodas problēma, jo ir jānoraida jebkurš dzīvības izvērtējums kategorijās “vērtīga/nevērtīga dzīvība”; otrkārt, ar “palīdzību nomirt” tradicionāli saprot palīdzību miršanas procesā (klātbūtni “pie” miršanas), nevis palīdzību mirt (35).

Lēmumam par eitanāziju jābūt pacienta, viņu radnieku, ārstu, māsu, psihologu un sociālo darbinieku kopdarbam. Visām ieinteresētajām pusēm būtu kolektīvi jāizlemj, vai dzīve ir sasniegusi beigas, no kurienes visi ceļi beidzas. Tomēr mātai var būt lielāka loma, palīdzot šajā procesā, jo viņām ir zināšanas, lai sazinātos ar pacientiem, ģimenēm, u.c. tuviniekiem. Nākotnē neirozinātnes lomai būs vēl lielāka loma līdz ar tehnoloģiju un ārstēšanas attīstību, palīdzot izlemt eitanāzijas gadījumus. Tātad, paliatīvā medicīna un aprūpe raksturo ne tikai medicīnisko aprūpi un fizisko aprūpi, bet arī psiholoģisko, sociālo un pastorālo atbalstu pacientam un viņa ģimenei. Tas var būtiski paaugstināt smagi un neārstējami slimo cilvēku dzīves kvalitāti un tādējādi arī izvairīties no situācijas, kurā viņi izsaka vēlmi mirt. Arī Pasaules Veselības organizācijas paliatīvās aprūpes definīcijas galvenais aspekts ir tas, ka tā nesteidzina un neatliek nāvi (39).

Asistētā mirstība, jo tā iegūst piedāvājumu likumos visā pasaulē, rada izaicinājumus paliatīvās aprūpes praksei (40).

Lielākā daļa paliatīvās aprūpes asociāciju iebilst pret mirstību ar palīdzību un bieži vien uzstājīgi tam iebilst (41).

Nav arī panākta vienošanās par paliatīvās aprūpes definīciju, lai gan Pasaules Veselības organizācijas 2002.gada definīcija joprojām ir plaši izplatīta un raksturo paliatīvo aprūpi kā pieeju un filozofiju, kas uzlabo dzīves kvalitāti pacientiem ar slimībām, kas ierobežo dzīvi, un ģimenes locekļiem, risinot psiholoģiskās un garīgās vajadzības un iekļaujot kādu jēdzienu par holistisku aprūpi, ko nodrošina daudznozaru komanda (42).

Paliatīvā aprūpe ietver aprūpi dzīves beigās un hospisa aprūpi, bet tas, kā šī aprūpe tiek sniegta, ir atkarīgs no kultūras un ģeogrāfiskajiem apstākļiem (43).

Jāsecina, ka asistētās nāves un paliatīvās aprūpes prakse ir attīstījusies atsevišķi dažādos laika posmos un ģeogrāfiskajās vietās, tāpēc ir grūti saprast, kā tās var un ir savstarpēji saistītas.

Arī šobrīd, ārstu viedoklis par eitanāziju ir svarīgs elements šīs prakses īstenošanā. Viņu uzskatus var ietekmēt daudzi faktori, tostarp reliģija, valsts, kurā ārsts praktizē medicīnu, vai ārsta apakšspecialitātes medicīnas jomā. Ir ziņots, ka nosodījumu eitanāzijai biežāk izsaka tie, kuriem ir spēcīga reliģiskā pārliecība. Piemēram, katolicismā, konservatīvajā protestantismā un islāmā pašnāvības ar ārstu palīdzību un eitanāzija ir stingri aizliegtas, jo tiek uzskatīts, ka indivīds nav "ne savas dzīves autors, ne savas nāves šķērējotiesnesis". No otras puses, laicīgās kultūras atbalsta indivīda tiesības pašam pieņemt lēmumus par dzīvību un nāvi (14).

Vairākos pētījumos ir ziņots arī par atšķirībām apstiprinājumā starp medicīnas specialitātēm. Viens šāds pētījums atklāja, ka vairākās Eiropas valstīs onkologi mazāk atbalsta eitanāziju salīdzinājumā ar citām specialitātēm. Tāpat arī paliatīvo ārstu viedoklis par eitanāziju Francijā bija mazāk labvēlīgs nekā māsām un neirologiem, kas liecina, ka biežāka tikšanās ar neārstējami slimiem pacientiem var izraisīt lielāku pretestību eitanāzijai (16).

Eitanāzijas ētiskās problēmas iedalās šādi:

- 1) Palīdzība nomirt bez dzīves saīsināšanas;
- 2) Palīdzība nomirt, pametot mirstošo;
- 3) Palīdzība nomirt ar dzīves saīsināšanu kā blakusfaktoru;
- 4) Palīdzība nomirt, mērķtiecīgi saīsinot dzīvi.

Šī diferencētā nostāja tomēr neizgaismo, kas ir strīda par eitanāziju morālais kodols. Eitanāzija izraisa strīdus tāpēc, ka tā ir saistīta ar dzīves saīsināšanu, kaut gan dažādās formās. Izšķir:

- 1) Tiešo eitanāziju;
- 2) Netiešo eitanāziju;

- 3) Aktīvo eitanāziju;
- 4) Pasīvo eitanāziju;
- 5) “Brīvprātīgo” eitanāziju;
- 6) “Nebrīvprātīgo” eitanāziju (ar to saprot nevis nonāvēšanu pret cilvēka gribu,

bet, piemēram, bērnu, kas ir piedzimis krops, vai arī piemēram, bezcerīgu gadījumu – tādu kā smadzeņu bojājumu gadījumos) (11). Tātad, ja ārsts vai kāds cits patiešām iedod personai nāvējošus medikamentus, darbība tiek uzskatīta par eitanāziju. Tas var būt noziegums pat apgabalos, kuros ir likumi par pašnāvībām.

Pēc autores domām, diez vai var novilkt pamatotu robežlīniju starp tiešo un netiešo eitanāziju. Galvenā nozīme ir aktīvajai vai pasīvajai eitanāzijai, jo tās skar morālā *status quo* būtību. Lielākā daļa palīdzības gadījumu orientēta uz aktīvo vai pasīvo formu. Eitanāziju daļa pasīvajā un aktīvajā, kas tālāk, nākošajās apakšnodaļās tiks analizētas sīkāk.

1.2.1. Aktīvā eitanāzija

Aktīvai eitanzijai dažādos literatūras avotos ir sniegti vairāki izskaidrojumi. Tātad, aktīvā eitanāzija ietver “tiešu letālas vielas ievadīšanu pacientam, ko veic cita puse ar žēlsirdīgu nodomu” (14). “Aktīvā eitanāzija ir tad, kad tiek veikta darbība, kas tieši izraisa pacienta nāvi (29). Aktīvo eitanāziju prasa izmantot šādos gadījumos:

- 1) Bērna piedzimšana bez smadzenēm;
- 2) Bērni ar smagu smadzeņu asiņošanu, kuri nav spējīgi dzīvot tālāk bez mākslīgas barošanas;
- 3) Bērna piedzimšana bez barības trakta lielākās daļas, kad to pie dzīvības var uzturēt tikai ar intravenozo barošanu (29).

Problēmu rada tas, ka ir likumi, kas vērsti pret nevainīgu cilvēku nogalināšanu, bet nav tādu, kas vērstos pret ļaušānu nomirt. T. L. Bošāns (*Beauchamp*) piekrīt, ka dažos gadījumos šādai nošķiršanai nav morālas nozīmes, bet tas nenozīmē, ka tā ir vienmēr (18). Aktīvās eitanāzijas aizstāvji parasti apgalvo, ka attiecīgo pacientu nogalināšana nav sliktāka, nekā ļaut viņiem nomirt.

Papildus pozitīvajiem rezultātiem, ko aktīvā eitanāzija varētu sniegt pacientam, tiek uzskatīts, ka aktīva dzīvības izbeigšana varētu dot pozitīvus rezultātus arī pacienta tuviniekiem. *Hardvigs* vienā no rakstiem “*Dying at the Right Time*” (miršana īstajā laikā) norāda vairākus pamatotus punktus: Pārdomas par (ne)asistēto pašnāvību. Viens no tiem ir tas, ka mums “vienmēr ir pienākums nepieņemt savtīgus vai egoistiskus lēmumus par savu dzīvi. Mums nevajadzētu darīt tikai to, ko mēs gribam, vai tikai to, kas mums ir vislabākais”, bet gan ņemt

vērā arī citu vēlmes (30). Šķiet, ka tas jo īpaši attiecas uz gadījumiem, kad j ir daudz tuvu attiecību, kuras tieši ietekmē lēmuma pieņemšanu. Turklāt *Hardvig* piemin, ka dažkārt “nāve iestājas par vēlu” gan cietušajam, gan viņa ģimenei (30). Ja tie, kas ieskauj slimu pacientu, cieš, jo ir spiesti vērot, kā viņu mīļotais cilvēks pavada savu dzīvi sāpēs, tad utilitārisms pieprasa, lai mēs censtos atvieglotu ģimenes ciešanas, kuras var novērst. Lai gan pacienta dzīvības izbeigšana, aktīvā eitanāzija var izraisīt īslaicīgas skumjas, sakarā ar tuva cilvēka nāvi, tomēr ilgstošu ciešanu mazināšana ilgtermiņā radītu pozitīvu ietekmi.

1.2.2. Pasīvā eitanāzija

Pasīvā eitanāzija ir “dzīvību uzturošas ārstēšanas pārtraukšana vai nu pēc pacienta pieprasījuma, vai arī tad, ja dzīves pagarināšana tiek uzskatīta par veltīgu” (15).

Pirms apsvērt argumentus, mums ir jānoskaidro, ko par pasīvo eitanāziju uzskata tie, kas to uzskata par pieņemamu kategoriju. Tāpat kā visas eitanāzijas formas, tā ietver nodomu paātrināt nāvi pacienta interesēs (viņu paredzamās negatīvās dzīves kvalitātes dēļ). Parasti tiek uzskatīts, ka pasīvā ir pretstatā aktīvajai eitanāzijai, ka pirmā paātrina nāvi, nenodrošinot kaut ko tādu, kas, ja tas tiktu nodrošināts, aizkavētu nāvi, proti, pasīvā eitanāzija ietver mūžu pagarinošās medicīniskās ārstēšanas atsaukšanu vai pārtraukšanu. Tātad, ir (vismaz) trīs nepieciešamie nosacījumi pasīvās eitanāzijas rašanās gadījumā:

- 1) Tiek pārtraukta vai pārtraukta mūža pagarinoša ārstēšana;
- 2) Šīs atsaukšanas vai aizturēšanas galvenais mērķis (vai viens no galvenajiem mērķiem) ir izraisīt (vai "paātināt") pacienta nāvi;
- 3) Nāves “pasteidzināšanas” iemesls ir tas, ka mirst (vai mirst ātrāk nekā vēlāk) ir paša pacienta interesēs.

Ir svarīgi atzīmēt, ka ne visi gadījumi, kad tiek pārtraukta vai aizturēta ārstēšana, kas pagarina dzīvi, ir pasīvās eitanāzijas gadījumi.

Pasīvās eitanāzijas pamatā ir pacientu intereses, kur viņu paredzamā dzīves kvalitāte ir tik slikta, ka dzīve viņiem būs sliktāka par nāvi. Taču ārstēšanas pārtraukšanai ir daudz citu iemeslu:

- 1) Ārstēšana var būt vienkārši bezjēdzīga un tādējādi nespēs sniegt labumu pacientam;
- 2) Ārstēšana var nebūt rentabla. Neatkarīgi no tā, vai to var pamatot, atteikšanās no ārstēšanas izmaksu neefektivitātes dēļ nav pasīvā eitanāzija, jo tā neatbilst 3. nosacījumam (kas attiecas uz jebkuru eitanāzijas veidu), proti, ka pacienta nāve tiek paātrināta savās interesēs;

3) Ārstēšanu var apturēt vai atcelt, jo tā ir pārmērīgi apgrūtināša vai kaitīga. Tas nav līdzvērtīgs pasīvai eitanāzijai, jo tiek pārkāpts 2. nosacījums: veselības aprūpētāja nolūks nav izraisīt nāvi, bet gan aizsargāt pacientu no nastas vai kaitējuma. Šādos gadījumos, vai veselības aprūpes darbinieka nolūks ir izraisīt nāvi, var noteikt, izmantojot šādu hipotēzi: Ja pacients nemirst, vai veselības aprūpētājam ir izdevies sasniegt savu mērķi? Pasīvās eitanāzijas gadījumā atbilde būs “nē”, jo veselības aprūpētāja mērķis bija pacienta nāve. Bet gadījumā, ja tiek pārtraukta ārstēšana, jo tas būtu apgrūtināši vai kaitīgi, tad veselības aprūpētājam tas var būt izdevies mērķis aizsargāt pacientu no noteikta sloga vai kaitējuma, pat ja pacients tiek galā bez ārstēšanas;

4) Vēl viens iespējamais ārstēšanas pārtraukšanas iemesls ir tas, ka pacients ir atteicies no attiecīgās ārstēšanas. Ikvienam kompetentam pieaugušam pacientam ir tiesības to darīt, un veselības aprūpes speciālista atbilstība šim atteikumam nav pasīvā eitanāzija, jo tas atkal neatbilst 2. nosacījumam. Pat ja pacients, kurš atsakās no tālākās ārstēšanas, un vēlas paātrināt savu nāvi, tas nenozīmē, lai ārsts piekristu pacienta nodomam. Veselības speciālistu mērķis var būt tikai kompetenta pacienta vēlmju un autonomijas ievērošana (19).

Bez tam, šī standarta klasifikācija pasīvās eitanāzijas idejai ir tikusi pakļauta uzbrukumam no vairākiem autoritatīviem avotiem. Piemēram, Lordu palātas Medicīnas ētikas īpašā komiteja apraksta terminu “pasīvā eitanāzija” kā “maldinošu”, un Lielbritānijas Medicīnas asociācija izteicienus “aktīvo” un “pasīvo” eitanāziju sauc par “neviennozīmīgu un nelietderīgu”, apgalvojot, ka “...apjukums var rasties, ja mūžu pagarināšanas ārstēšanas pārtraukšana vai mūža pārtraukšana, kas pacientam nesniedz labumu, tiek raksturota kā “pasīvā eitanāzija” (29).

Tiek uzskatīts, ka atšķirība starp aktīvo un pasīvo eitanāziju ir ļoti svarīga medicīnas ētikā. Ideja ir tāda, ka ir pieļaujams vismaz dažos gadījumos pārtraukt ārstēšanu un ļaut pacientam nomirt, taču nekad nav pieļaujams veikt jebkādas tiešas darbības, kas paredzētas pacienta nogalināšanai.

Turpretī citās valstīs jau tagad tiek norādīts, ka gadījumi ar eitanāziju, par ko ārsti ir nobažījušies, nav tādi, par kādiem tos uzskata citas valstis, tostarp, Latvija. Tie nav saistīti ar personisku labumu vai normālu veselīgu bērnu iznīcināšanu. Ārstus satrauc tikai gadījumi, kad pacienta dzīvība viņam vairs svarīga, vai arī pacienta dzīvība ir kļuvusi vai drīz kļūs par briesmīgu nastu. Tomēr šajos gadījumos būtība ir tāda pati: atšķirība starp nogalināšanu un ļaušanu nomirt pati par sevi nerada morālu atšķirību. Ja ārsts ļauj pacientam nomirt humānu apsvērumu dēļ, viņš ir tādā pašā morālā stāvoklī kā tad, ja viņš būtu izdarījis pacientam nāvējošu injekciju humānu apsvērumu dēļ. Ja viņa lēmums bija nepareizs, ja, piemēram,

pacienta slimība patiešām bija izārstējama, lēmums būtu tikpat nožēlojams neatkarīgi no tā, kāda metode tika izmantota tā veikšanai.

Tīša viena cilvēka dzīvības izbeigšana ar cita cilvēka žēlastības nogalināšanu ir pretrunā ar to, par ko iestājas medicīnu profesija, un ir pretrunā ar Latvijas Ārstu biedrības (turpmāk – LĀB) politiku, kura pilnībā atbalstījusi Pasaules medicīnas asociācijas (turpmāk - PMA) viedokli, uzskatot, ka ārstu dalība eitanāzijas procesā tomēr ir pretrunā ar viņa profesionālajiem uzdevumiem un medicīnas ētikas principiem. Pēc LĀB domām, Latvijā eitanāzijas jautājuma risināšanā būtu jāsāk ar pašu pacientu gribas izteikumu par ārstēšanas un reanimācijas pasākumu noskaidrošanu, kā arī pacienta kā cilvēka cienīgas paliatīvās aprūpes finansēšanu un nodrošināšanu (17).

Mūsu spējas atlikt neārstējami slimo nāvi ir izraisījušas debates par eitanāzijas un ārsta palīdzības pašnāvības ētiku un likumību daudzās Eiropas valstīs, tostarp, Latvijā. Eitanāzija joprojām ir ļoti strīdīgs morāles jautājums, kurā svarīga loma ir klīniskiem, juridiskiem, politiskiem, reliģiskiem un ētiskiem apsvērumiem. Vienprātības trūkums un nepārtrauktas debates ir mūsdienu dzīves iezīmes, savukārt likums parasti atbalsta plašāku, plurālistisku skatījumu. Pēdējo gadu sasniegumi gan dzīves pagarināšanas ārstēšanā, gan paliatīvā aprūpē ir nesaraucjami saistīti ar šo sarežģīto tēmu, kā rezultātā joprojām ir pieprasījums pēc grozījumiem spēkā esošajos tiesību aktos. Pasīvās eitanāzijas gadījumā ārsti maina dzīvības atbalsta sistēmu un ļauj “dabai iet savu gaitu”. Tātad, daudzi uzskata, ka starp aktīvo un pasīvo eitanāziju pastāv morāla neatbilstība (29).

Vēl viena galvenā atšķirība starp aktīvo un pasīvo eitanāziju ir morālās debates, kas saistītas ar pacientu nogalināšanu. Daudzi domātāji aktīvo eitanāziju uzskata par amorālu praksi un uzskata to par līdzvērtīgu cilvēka slepkavībai, jo ārsti savā veidā palīdz pacientam izdarīt pašnāvību.

Pasīvās eitanāzijas gadījumā ir nepareizi arī teikt, ka ārsts nedara neko, jo viņš dara ļoti svarīgu lietu - ļauj pacientam nomirt. Kāds cilvēks var ļaut pacientam nomirt, neiedodot tam zāles, gluži tāpat kā kāds var nogalināt cilvēku, nepasniedzot viņam roku. No tikumiskā aspekta tie ir vienādi gadījumi. Tāpēc ārstu neattaisno tas, ka “viņš neko nav darījis”. Ārsts, netraucējot pacientam mirt, izdara kaut ko ļoti nopietnu. Tātad, bieži vien tiek izmantots dubultā efekta jēdziens, lai pamatotu, ka pasīvā eitanāzija ir morāli pārāka par aktīvo eitanāziju. Saskaņā ar šo uzskatu pasīvā eitanāzija ir pieņemama, jo tās nolūks ir atvieglot sāpes ar potenciālu nāves blakusefektu, nevis apzināti izbeigt dzīvību, veicot aktīvu eitanāziju (28). Tā kā aktīvā eitanāzija ir saistīta ar ārsta apzinātu dzīvības izbeigšanu, dubultā efekta teorija apgalvo, ka tā nekad nav morāli pieļaujama. Neraugoties uz šo plaši izplatīto uzskatu, autors apgalvo, ka aktīvā eitanāzija patiesībā var būt morāli ieteicamāka nekā vienkārši ļaut pacientam nomirt

slimības attīstības rezultātā. *Hardvigamums* atgādina ka “neārstētas slimības izraisīta nāve var būt mokoši lēna, necilvēcīga, sāpīga un ļoti mokoša”, tā ir dārga gan finansiāli, gan emocionāli” (30). Ļaujot apmācītam profesionālim aktīvi izbeigt dzīvību pacientam, kurš ir devis savu piekrišanu, ir iespējams ievērojami samazināt ciešanas, ko izjūt gan pacients, gan tie, kuriem ir jāvēro viņa nāve. Gadījumā, ja vēlāmā procedūra ir pašnoteikta nāve un pasīvās eitanāzijas rezultātā nāve būtu lēna un sāpīga, jo slimība lēnām nogalina pacientu, utilitārais arguments prasa, lai tā vietā tiktu veicināta brīvprātīga aktīva eitanāzija, lai novērstu sāpes visā pacienta dzīves laikā.

Ir dažādi utilitāri motīvi, lai norobežotu aktīvo un pasīvo palīdzību nomirt:

1) Var būt pacienti, kuru stāvokli kļūdaini nosaka kā bezcerīgu, bet kuri izdzīvo, pat ja aprūpe tiek pārtraukta (lai tos atstātu dabiskai nāvei);

2) Iespējami pacienti, kuru stāvokli kļūdaini nosaka kā bezcerīgu, bet kuri izdzīvos tikai tad, ja aprūpe netiks pārtraukta (lai tos atstātu dabiskai nāvei);

3) Ar likumu saistītā utilitārisma pozīcija balstās uz to, ka sabiedrība atzīst par saistošu tādu likumu, kura iedarbināšana kā jebkurš cits likums pozitīvi iedarbojas uz visu tautu. Rīcība ir laba, ja tā atbilst esošajām normām, un slikta, ja tās grauj. Ja aktīvā palīdzība nomirt kļūtu par normu, kādas sekas tas maksimalizētu? Kā savienot legālu nonāvēšanu ar individuālo morālo kodeksu? Kāds būtu nākamais solis? Neviens norma taču nav izolēts morāls princips;

4) Slietšņa jeb bīstama ceļa arguments: ja nonāvēšana būtu atļauta, tad būtu pārkāpts slietšnis, aiz kura “nevēlama” vai «nevērtīga» cilvēka dzīvība nonāktu nedrošā situācijā (30). Pārkāpjot šo slietšni, mēs nostājamies uz bīstama ceļa:

4.1) pazaudējam principu, kas atšķir attaisnojamu nonāvēšanu no neattaisnojamas;

4.2) mūsu pret nonāvēšanu vērstie principi tiktu aprakti soli pa solim, ja vienu nonāvēšanas formu atzītu par attaisnojamu.

No augstāk minētā jāsecina, ka aktīvā eitanāzija notiek tad, kad ārsti apzināti dara kaut ko humānu apsvērumu dēļ, piemēram, ievada pacienta organismā vielu, kas izraisa pacienta nāvi, savukārt pasīvā eitanāzija ir tad, kad ārsti pārtrauc kaut ko darīt, lai pacients paliktu dzīvs, piemēram, izslēdz dzīvības uzturēšanas iekārtas vai atvieno barošanas caurules.

Pamatojoties uz augstāk minētiem eitanāzijas veidiem, autore vēlētos ieteikt arī Latvijā padomāt par “labas nāves nodrošināšanu”. Kāpēc? Autore vēlas tālāk minēt dažus piemērus. Tā piemēram, pacientam ir neizturamas ciešanas, turklāt labi zināms, ka nekas labāks nav gaidāms. Taču pacientam jāturpina mocīties, jo pastāvošie likumi Latvijā nepieļauj eitanāziju. Ārstu, kas pacientam palīdzēs nomirt, sauks pie atbildības un sodīs. Viņš ir aicināts nekaitēt. Bet autorei rodas jautājums: “Vai labas nāves nepieļaušana nav visīstākā kaitniecība?” Šī problēma pēc autores domām, ir daudz sarežģītāka. Eitanāzijas gadījumā var izšķirt trīs

variantus. Tā var būt brīvprātīga. Ja cilvēks ir pie pilnas saprašanas, visu apsvēris un pārdomājis, tad iebildumiem nevajadzētu rasties. Tie pat nedrīkst rasties, ja respektē cilvēka tiesības uz savu nāvi.

Otrs variants ir nebrīvprātīga eitanāzija, t.i., situācija, kurā kāds vai kādi izlemj, ka pacientam labāk būtu mirt. Iespējama arī variācija, ka nomirst neizlēmības pēc, proti, palīdz nomirt, kaut arī cilvēks to nemaz nav izvēlēties darīt. Kāds izlemj cilvēka vietā. Šis otrais variants arī ir kompromitējis eitanāziju.

Tāpēc pēc autores domām, ir jāpadomā, vai tikai šāda eitanāzija nav pārāk izplatīta, tik ierasta, ka to nepamana.

Trešais variants - eitanāzija nav nedz brīvprātīga, nedz nebrīvprātīga. Runa ir par situāciju, kurā cilvēks nevar un nespēj izvēlēties. Teiksim, cilvēks ir komas stāvoklī. Aplūkosim trešo variantu nedaudz detalizētāk. Proti, pieņemsim, ka cilvēks nevar un nekad nevarēs patstāvīgi pieņemt lēmumu. Autorei rodas jautājums: “Vai eitanāzijas izmantošana šādā gadījumā ir slepkavība?” Cilvēkam mākslīgi tiek uzturēta dzīvība, pieslēdzot noteiktām sistēmām. Viņš dzīvo bioloģiski vai “zooloģiski”. Varbūt viņš pats, ja iepriekš būtu to zinājis, būtu izvēlēties nomirt. Taču patlaban tas nav zināms. Kurš pieņems lēmumu? Varbūt tomēr der parūpēties par savu nomiršanu.

Vēl cits piemērs: Runa ir par *spina bifida*. Zīdāinis piedzimst ar smagiem mugurkaula bojājumiem, bieži vien viņš ir daļēji paralizēts, nereti viņš kļūst, kā tautā mēdz teikt, par “ūdensgalvu”. Ko darīt ar šiem cilvēkiem? Modernās dzīves pagarināšanas tehnoloģijas viņam var nodrošināt izdzīvošanu. Šādas tehnoloģijas ir dārgas. Ja šos līdzekļus ieguldītu ne tik slimu cilvēku vai indivīdu, kas reizumis slimo, veselības aprūpē, viņi ciestu mazāk. Tā, gluži nemanot, nokļūst pie eitanāzijas otrā varianta. Autore uzskata, ka bez noteikta veida cilvēkiem iztikt ir ērtāk un lētāk. Minētie traucējumi nav sastopami bieži, statistika liecina - 1 gadījums uz 500 dzemdībām. Kurš no mums ir pasargāts, ka tas nenotiek tieši ar mūsu bērnu? Kādu attieksmi veidosim? Autore vēlas piebilst, ka patlaban šos traucējumus var izdziedināt, vēl pavisam nesen tos uzskatīja par neārstējamiem.

1.3. Eitanāzijas legalizēšana pasaulē

Eitanāzijas legalizēšana atšķiras, atkarībā no valsts. Centieni mainīt valdības politiku, attiecībā uz cilvēku eitanāziju 20. un 21.gadsimtā Rietumvalstīs ir guvuši ierobežotus panākumus. Cilvēku eitanāzijas politiku ir izstrādājušas arī dažādas NVO, jo īpaši medicīnas asociācijas un aizstāvības organizācijas. No 2022.gada eitanāzija ir likumīga Beļģijā, Kanādā, Kolumbijā, Luksemburgā, Nīderlandē, Jaunzēlandē, Spānijā un sešos Austrālijas štatos

(Jaundienvidvelsa Kvīnslenda, Dienvidaustrālija, Tasmānija, Viktorija un Rietumaustrālija). Eitanāzija īslaicīgi bija likumīga Ziemeļu teritorijā no 1996. līdz 1997.gadam, taču to atcēla federālais likums. 2021. gadā Peru tiesa atļāva eitanāziju vienai personai - Anai Estradai (33).

Tā vēl, piemēram, citas valstis, piemēram, Austrija, Somija un Norvēģija pieļauj pasīvo eitanāziju stingros apstākļos, kad personas, kas cieš no neārstējamas slimības, var nolemt, ka viņiem netiek veiktas mūžu pagarinošas ārstēšanas metodes, piemēram, mākslīgā barošana vai hidratācija. Pašreizējais eitanāzijas statuss pasaulē un Eiropā atainots 3. un 4.pielikumā.

Kā zināms, tad eitanāzija Latvijā nav legāla. Tomēr ārsts var atteikt pacienta turpmāko ārstēšanu, ja uzskata, ka tā ir vislabākā rīcība. Eitanāzija arī Lietuvā nav likumīga. Taču no 2016. gada ir sagatavots likumprojekts par tiesībām uz nāvi. Kas attiecas uz Eiropas valstīm kopumā, tad eitanāzija ir likumīga piecās Eiropas valstīs: Beļģijā, Nīderlandē, Luksemburgā, Vācijā un Spānijā.

Bez tam, kā zināms, tad par pirmo valsti, kurā eitanāzija legalizēta, 1983.gadā kļuva Nīderlande.

Tātad, gara dzīve nav augstākais labums, ja tai nav cita pamata. Eitanāzija tikai tad ir attaisnojama, ja nonāvējamais:

- 1) Ir spējīgs piekrist nāvei;
- 2) Ir spējīgs pieņemt lēmumu uz brīvprātības un vispusīgas informētības pamata.

Lai gan arvien vairāk cilvēku domā, ka būtu jāatļauj pašnāvības vai brīvprātīga eitanāzija, daudzi tam nepiekrīt. Šie cilvēki saka, ka ārstiem nav morāli vai ētiski pareizi palīdzēt cilvēkiem nomirt. Bet ārsti, kas likumīgi veic eitanāziju, ievēro savus profesionālos, ētiskos pienākumus, tāpat kā ārsti, kuri atsakās piedalīties eitanāzijā.

Vissvarīgākais ir tas, ka gan pacientam, gan ārstam ir jābūt pilnīgai brīvprātīgai līdzdalībai šajos lēmumos par to, kā pievērsties aprūpei dzīves beigās (21).

Pamatojoties uz augstāk minēto, jāsecina, ka ārstiem, attiecībā uz eitanāziju, nav praktiskas ietekmes uz viņu pašu darbu. Galu galā, ārstiem ir jāuztraucas par viņu rīcības juridiskajām sekām, un aktīvā eitanāzija ir skaidri aizliegta ar likumu. Bet pēc autores domām, pat tādā gadījumā ārstiem būtu jāuztraucas arī par to, ka likums viņiem uzspiestu morāles doktrīnu, kas, iespējams, nebūtu attaisnojama un kas būtiski ietekmētu viņu praksi. Protams, lielākā daļa ārstu šobrīd nav piespiesti šajā jautājumā, jo viņi neuzskata, ka viņi vienkārši ievēro to, ko pieprasa likums citās valstīs. Daudzās valstīs aktīvā eitanāzija tiek nosodīta ne tikai kā nelikumīga, bet arī kā “pretēji tam, par ko iestājas medicīnas profesija”, savukārt pasīvē eitanāzija ir apstiprināta citās valstīs.

Tomēr iepriekš minētie apsvērumi pēc autores domām, liecina, ka starp abiem nav nekādas morālas atšķirības, ņemot vērā pašus par sevi (dažos gadījumos var būt būtiskas

morālas atšķirības sekas, bet, kā jau autore norādīja, šīs atšķirības var padarīt aktīvu eitanāziju, nevis pasīvo eitanāziju par morāli vēlamāko risinājumu).

Tātad, lai gan ārstiem var nākties atšķirt aktīvo un pasīvo eitanāziju, lai izpildītu likumu, viņiem nevajadzētu darīt vairāk, piemēram, jo īpaši tiem nevajadzētu piešķirt šai atšķirībai papildu autoritāti un nozīmi, ierakstot to oficiālajos medicīniskās ētikas paziņojumos.

Pēc autores domām, argumenti par vai pret cilvēka dzīves izbeigšanu nekad nebūs skaidri. Ir arī svarīgi saprast, ka tie nav vienīgie veidi, kā palīdzēt piemēram, nedziedināmi slimam cilvēkam, kuram ir stipras sāpes. Paliatīvā medicīna un aprūpe var piedāvāt citas iespējas, kā atvieglot šo cilvēku ciešanas.

2. EITANĀZIJAS ĒTISKIE ASPEKTI MĀSAS PRAKSĒ

Māsas rūpējas par neārstējami slimiem pacientiem un nodarbojas ar pacientu ģimenēm ilgāk un intensīvāk, salīdzinot ar citiem veselības aprūpes speciālistiem (44).

Māsu līdzdalība eitanāzijas procesā tiek arī uzskatīta par izšķirošu, jo māsām ir pieredze darbā ar neārstējami slimiem pacientiem un viņu unikālajām, ciešajām attiecībām ar šiem pacientiem (44).

Pacienta un māsas attiecību pamatelements ir nepārtrauktība: ikdienas uzraudzība sniedz māasai ieskatu pacienta pieredzē un to, kā šī pieredze var attīstīties un veicināt pacienta pieprasījumu pēc eitanāzijas. Tā kā māsas uzskati nav balstīti uz īslaicīgiem iespaidiem, eitanāzijas pieprasījumus, kas tiek uzskatīti par impulsīviem, var lielā mērā izslēgt (44).

Tā piemēram, māasai ir ļoti īpašas attiecības ar savu pacientu. Māsām ir 24 stundu uzraudzība, pastāvīga mijiedarbība ar pacientiem, ļaujot iegūt plašu priekšstatu par to, ko pacients domā un kā viņš darbojas.

Māsu ciešā un bieži vien fiziskā saskarsme ar pacientiem veicina uzticamu vidi, kurā var droši notikt padziļinātas diskusijas. Izmantojot šo tuvību, māsas var informēt citus aprūpētājus par pacientu ciešanu nozīmi. Turklāt, pateicoties savai holistiskajai apmācībai, māsas var gūt ieskatu pacienta ciešanu fiziskajā, psiholoģiskajā, sociālajā un garīgajā dimensijā. Tas nodrošina, ka eitanāzijas lēmumu pieņemšanas process nav balstīts uz vienpusēju situācijas interpretāciju.

Bieži vien māsas daudz zina par pacientu, jo viņas ikdienā ar pacientiem sazinās visvairāk. Māsām ir diezgan siltas attiecības ar pacientiem gan fiziski, gan psiholoģiski. Bieži vien fiziskās aprūpes laikā rodas privātās problēmas, tādējādi māsas uzzina daudz sīku detaļu par saviem pacientiem ātrāk nekā piemēram, ārsts.

Māsu viedoklis atšķiras no ārstu viedokļa. Pacientu problēmas māsas redz savādāk nekā ārti. Grūtības dažkārt rodas tāpēc, ka māsas pārāk iesaistās sarunās ar pacientu. Māsas arī uzskata, ka viņas nevar distancēties no saviem pacientiem. Māsām ir jāuzklausa katrs pacients – gan sūdzības, gan pārējais, kas nereti vien saistās ar pacienta privāto dzīvi.

Tāpēc autore uzskata, ka dažreiz ārsts nesazinās pietiekami ar pacientu, lai patiesi saprastu pacienta problēmu tik labi kā māsas.

Tā kā ne visas slepkavības ir nelikumīgas, šķiet, ka arī ne visas eitanāzijas ir nelikumīgas. Tomēr paliek jautājums, kurš var izlemt par vai pret jebkāda veida eitanāziju un kādai drošībai ir jābūt, lai aizsargātu pacienta intereses. Kādi pasākumi ir jāapsver, lai nodrošinātu, ka pacients, kurš piekritis eitanāzijai, bija kompetents? Kā var nodrošināt, ka ģimenes locekļi un/vai speciālistu pieņemtais lēmums bija objektīvs un nav slēpts ar slēptiem motīviem?

Pamatojoties uz to, ka eitanāzija ir daļa no dzīves beigu medicīniskiem lēmumiem, dažādi likumi, kuros ir atļauta vai aizliegta eitanāzija to dažādās valstīs, nepārprotami nevienā no šiem likumiem nav ietverts mūsu darbs, tādējādi radot šaubas par viņu profesionālo lomu šajā procesā (33).

Tā vēl, kas attiecas uz iespējamo eitanāziju, tad māsas profesionālā pieredze var pilnībā izpausties brīdī, kad pirmo reizi tiek pieprasīta eitanāzija. Šajā sākotnējā fāzē māsas īpašais uzdevums ir būt modrai un uztvert signālus, kas varētu izteikt vēlmi mirt. Pievēršoties šim lūgumam ar "aktīvu atklātību", māsa lūgumu uztver nopietni. Šīs attieksmes nozīmi raksturo arī *Koils* (1999), kurš uzsvēra, ka tā vietā, lai noraidītu pieprasījumu, māsām ir jāuzklausā pacients un jāatzīst pacienta ciešanu pamatā esošie faktori. Kad šie faktori ir identificēti, izmantojot starpdisciplinārus resursus, var izveidot konkrētu pārvaldības plānu, kas pievēršas katram faktoram un briesmu zonai (45).

Saskaņā ar *Verpoort, u.c.* pacienta ciešanas un atlikušās alternatīvas šo ciešanu mazināšanai bija izšķiroši faktori eitanāzijas pieņemamībai konkrētā situācijā (46).

Pamatojoties uz savām zināšanām paliatīvajā aprūpē un unikālajām attiecībām ar pacientu, māsas uzskata sevi par profesionāliem partneriem kopīgā lēmumu pieņemšanas procesā, kas saistīts ar eitanāziju - procesā, kurā ir iesaistīts vismaz pacients, ģimene, ārsts un citas māsas. Dažādu pušu sniegtās idejas šī procesa laikā tiek uzskatītas par kopējas izpētes un diskusiju jomām, nevis par fiksētiem faktiem, kas ved uz tūlītēju rīcību.

Saskaņā ar secinājumiem literatūras apskatos par *De Beer, Gastmans* un *Dierckx de Casterlé* (44) un *Verpoort, u.c.* (46) pētījuma māsas uztvēra savu lomu kontekstuālas izpratnes piedāvāšanā par eitanāziju un lūgumiem mirt, pamatojoties uz viņu reālo dzīves pieredzi ar cilvēkiem, kuri saskaras ar lēmumiem par dzīvību un nāvi.

Autore uzskata, ka sniedzot pastāvīgu aprūpi ar savu klātbūtni, māsas bieži veido ciešas attiecības ar pacientiem un viņu ģimenēm, attīstot ciešu izpratni par viņu apstākļiem, viņu satraukumiem, bažām un iemesliem, kāpēc viņi lūdz nāvi. Lai gan māsām ir unikāla pozīcija, lai lēmumu pieņemšanas procesā darbotos kā būtiski informatori, starpnieki un konsultanti, galīgā atbildība par eitanāziju un citiem lēmumiem dzīves beigās gulstas uz ārstu, kā noteikts dažādās citās valstīs, kurās eitanāzija ir legalizēta.

Pētījumi, kas veikti valstīs ar pieredzi eitanāzijas nodrošināšanā, piemēram, Beļģijā, Nīderlandē un Kanādā, liecina, ka māsām ir būtiska saikne starp personu, kas to pieprasa, viņu ģimeni vai tuviem radniekiem, ārstu un pārējo veselības aprūpes komandu. Viņi arī apstiprina, ka, neskatoties uz to, ka likums, izņemot Kanādu, neparedz nevienā valstī māsām īpašu lomu, viņas aktīvi piedalās visā eitanāzijas procesā, sākot no fāzes pirms formālās lūgumraksta

noformēšanas līdz ģimeņu aprūpei pēc nāves pieprasīšanas. Tātad, māsu aprūpe ir daļa no to cilvēku aprūpes procesa, kuri pieprasa eitanāziju (32).

Māsu aprūpes klātbūtne dažādās valstīs, neatkarīgi no tā, vai eitanāzija ir juridiski atzīta vai nē, apstiprina to, cik svarīga ir aprūpe, ko sniedz māsas, kuras jebkurā vietā un jebkurā dzīves posmā ieņem ievērojumu vietu pacientu dzīvē kā piemēram:

- Cieņa pret cilvēku un viņa dzīves izpratnes veidu;
- Saslimšanas, atveseļošanās vai dzīves beigu pieredzes pavadījums;
- Galvenā palīdzības nozīme, lai pacienti justos komfortabli;
- Labvēlīgu kontekstu meklēšana, kas veicina līdzatbildību starp personu, kas lūdz aprūpi,

un personu, kas to sniedz (32).

Tātad, māsas ieņem nozīmīgu lomu, tā kā viņas pacientu aprūpē piedalās visvairāk.

Dzīves beigās persona ir īpaši trausla un atkarīga, un, ja netiek atzīta viņa autonomija, šī pacienta kā cilvēka cieņa var tikt apdraudēta. Aprūpes būtisks aspekts ir tāds, ka tajā cilvēks ir autonoma būtne un viņa aktīva līdzdalība ir neatņemama aprūpes procesa sastāvdaļa. Ievērojot aprūpes ētiku, morāle tiek veidota, attiecībā pret citiem: ciešās starppersonu, grupu vai kopienas attiecībās cilvēki var nostiprināt un formulēt savas ētiskās vērtības un attiecīgi pieņemt lēmumus. Rezultātā eitanāzijas pieprasījumā rūpes, pirmām kārtām, ir attiecību saiknes nodibināšana, kas garantē pietiekamas labklājības radīšanu, lai cilvēks varētu paust savas jūtas un vēlmes, bailes un neskaidrības, un var pieņemt lēmumu lūgt palīdzību nomiršanai, saskaņā ar savām vērtībām un dzīves vēsturi. Kamēr šis process ilgst, vai nu pēc eitanāzijas pieprasījuma, vai palīdzības pašnāvības gadījumā, šie pacienti saņem nepieciešamo aprūpi. Šajā nolūkā māsas ir galvenās profesionāles, pateicoties viņu uz pacientu un ģimeni vērstajiem aprūpes norādījumiem, nepārtrauktībai, tuvumam un, protams, zināšanām, ko viņas ir ieguvušas paliatīvajā aprūpē, lai apmierinātu dzīves beigu vajadzības, jo īpaši paliatīvā ārstēšanā ikdienā, kā arī sniedzot labklājību un emocionālo atbalstu pašam pacientam un viņa ģimenei (31).

Neraugoties uz to, palīdzēt kādam nomirt nav vienkāršs jautājums, un rīcība, saskaņā ar nāves priekšnoteikumu var izraisīt ētiskus konfliktus. Lai gan māsas bieži ieņem amatus, kur viņu atbildība tiešā aprūpē ir ļoti augstu vērtēta, viņām tomēr nav nekādu tiesību lēmumu pieņemšanā par aprūpes iespējām. Tas var novest pie tā, ka māsām dažkārt ir jāveic darbības, kas saistītas ar medikamentiem, indikāciju, devām, ievadīšanas laiku, utt. Tas viss norāda uz to, ka māsām viņu līdzdalība lēmuma pieņemšanā par eitanāzijas lūguma vai palīdzības pašnāvības palīdzības pieņemšanu vai nepieņemšanu ir ļoti maza vai vispār nepastāv (33).

Tomēr māsai ir jābūt pārliecinātai, ka viņa rīkojas pareizi, un ir ētiski nosodāmi, ka šādos apstākļos viņu var piespiest veikt eitanāzijas darbības. Šeit līdzdalība, kas saistīta ar aprūpes ētiskām normām, veido labu ietvaru institucionālās demokrātijas un veselības aprūpes komandu

demokrātijas pārdomāšanai, tādējādi radot eitanāzijas vai asistētas pašnāvības procesu daudznozaru un starpprofesionālu. Tādējādi māsa kopā ar pārējiem komandas locekļiem varētu pildīt savu ētisko pienākumu, sniedzot vērtējumu un piedaloties lēmumu pieņemšanas procesā.

Tomēr var būt arī vairāki faktori, piemēram, personīgā sirdsapziņa. Tās ir situācijas, kad māsa nevar samierināties ar savu līdzdalību kāda dzīves saīsināšanā, neatkarīgi no lūguma vērtību konflikta dēļ, ko situācija mātai personiski nozīmē. Apzinīga atteikšanās tiek uzskatīta par ētisku konfliktu starp indivīda tiesībām uz savu lūgumu un mātas tiesībām saglabāt savas personīgās vērtības. Abas tiesības ir atkarīgas viena no otras, un tāpēc tās nevar vienlaikus ievērot, ja vien neiejaucas cits profesionālis, kurš neiebilst. Tas ir juridiski un ētiski pareizs risinājums, ja indivīds netiek pamests. Tomēr, novērtējot solidaritāti, aprūpes ētika liek apšaubīt trešās puses darbības jomu konfrontācijā starp personīgajiem uzskatiem, paredzot nāvi, un liek domāt par iespēju iziet ārpus sevis, spējot palīdzēt indivīdam tajā, ko viņi pieprasa. Iespējams, ka tas varētu būt iestatījums, kas atvieglotu iebilduma iesniedzējai - mātai piedalīties apspriešanas procesā par eitanāziju (33).

Visbeidzot, atbildīgām institūcijām, ievērojot to ētisko atbildību, būtu jāizstrādā tādas vadlīnijas, kas aptver visu procesu, kur gan paliatīvā aprūpe, gan starpdisciplināra sadarbība ir būtiski faktori. Neatkarīgi no tās darbības jomas, ir skaidri jāatzīst un jāveicina māsu darbs un viņu vadība aprūpē, arī direktīvās, likumos, utml., skaidri atspoguļojot katras profesijas lomas un pienākumus.

Rezumējot augstāk minēto, māsu aprūpes ētisko dimensiju ievērošana ir labas eitanāzijas vai asistētās pašnāvības procesa garants, kas savu ētisko jēgu un saturu, kā ierosinājis *Ramón Bayés*, "atvieglo ciešanas, no kurām iespējams izvairīties, cenšoties saglabāt dzīvi, kas, pēc personas domām, ir pelnījusi dzīvot", vai saskaņā ar *Virdžīnijas Hendersones* teikto „*palīdzēt indivīdam apmierināt viņu vajadzības*”.

3. PĒTĪJUMA METODOLOĢIJA

Pētījums par tēmu „Vispārējās aprūpes māsu viedoklis par eitanāzijas legalizēšanu Latvijā” tika veikts stacionārā, strādājošu vispārējās aprūpes māsu vidū.

Pētījuma ietvaros tika izmantota **kvantitatīvā pētījuma metode – aptauja**.

Aptaujas pētījumi ir kvantitatīvā pieeja sociālajiem un veselības zinātnes pētījumiem. Aptaujas izpētes plāni ir pētījumu procedūru kopums, kurā tiek veikta aptauja noteiktai izlasei vai visai cilvēku grupai, lai aprakstītu iedzīvotāju attieksmi, uzskatus, viedokļus, uztveri, uzvedību vai īpašības. Šajā procedūrā aptaujas pētnieki apkopo kvantitatīvus, numurētus datus, izmantojot anketas (piemēram, anketas pa pastu) un statistiski analizē datus, lai aprakstītu tendences, attiecībā uz atbildēm uz jautājumiem un pārbaudītu hipotēzes vai atbildētu uz pētījuma jautājumu. Pētnieki arī interpretē datu nozīmi, sasaistot statistikas datu rezultātus ar iepriekšējiem pētījumiem. Aptaujas parasti ietver kvantitatīvus vienumus (38).

Aptauju pētījumi kā pētniecības metodoloģija attīstījās 20.gadsimtā. Piemēram, Otrā pasaules kara laikā ASV aptaujās tika pētīti jautājumi, kas bija saistīti ar galvenajiem kara centieniem, piemēram, karavīru morāle, ieroču ražošanas jauda un stratēģiju efektivitāte. Izmantojot šos pētījumus, aptauju pētnieki pilnveidoja un attīstīja liela mēroga novērtējuma metodes, kas pēc kara ļāva Amerikas universitātēs izveidoties lielām sociālo pētījumu organizācijām. Piemēram, izmeklētāji izveidoja sociālo pētījumu centrus Kalifornijas Universitātē Bērklījā (Aptaujas pētījumu centrs), Čikāgas Universitātē (Nacionālajā viedokļu pētniecības centrā) un Mičiganas Universitātē (Sociālo pētījumu institūtā) (37).

Pēdējos gados arī dažādu valstu valdības ir finansējušas valsts apsekojumus. Pēdējā laikā privātpersonas aptauju datu vākšanai arvien vairāk izmanto internetu. Pētnieki var izveidot tiešsaistes aptauju, ko viegli administrēt ikvienam, kam ir piekļuve internetam (36).

Darba autorei aptauja tika veikta ar mērķi noskaidrot stacionārā strādājošo vispārējās aprūpes māsu viedokli par eitanāzijas legalizēšanu Latvijā (sk.1.pielikumu).

Tika aizpildītas un ieniegta 120 aizpildītas aptaujas no 144. Tāpēc aptaujas datu analīzei tika izmantots 120 māsas (turpmāk – respondenti) aptaujas atbildes, tā kā pārējās atbildes bija vai nu nesaprotamas vai nu daļēji tikai aizpildītas, tāpēc šo respondentu atbildes netika arī izmantotas aptaujas datu rezultātu apkopošanai.

Aptaujas jautājumi tika veidoti, pamatojoties uz pētniecības darba nosaukumu, izvirzīto hipotēzi un darba mērķi.

Aptauja sastāv no 14 jautājumiem. Aptaujas darba autore respondentiem izdalīja pati, uz rokām, lai pārrunātu aptaujas neskaidros jautājumus. Visas aptaujas tika atgrieztas atpakaļ, pārsvarā visi jautājumi bija saprotami.

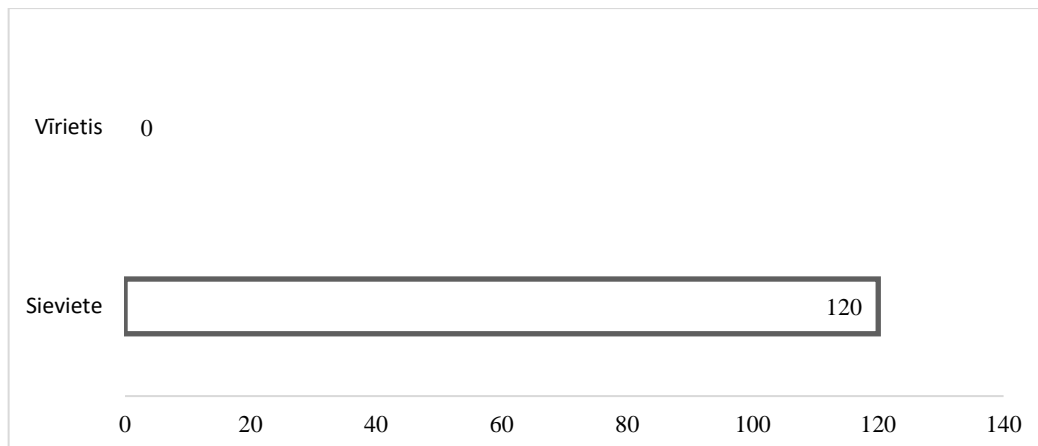
Respondenti ir stacionārā strādājošas vispārējās aprūpes māsas, tāpēc aptauja tika veikta stacionārā, uz vietas, tām atrodoties darba vietā.

Veicot pētījumu, māsas tika informētas par pētījuma mērķi. Aptaujā piedalījās māsas, kas brīvprātīgi piekrita atbildēt uz anketas jautājumiem. Respondentes tika informētas, ka aptaujas dati ir konfidenciāli un anonīmi, un tiks izmantoti tikai pētījuma veikšanai. Netika pārkāptas ētikas normas.

Aizpildītās anketas tika apstrādātas un izanalizētas. Pētījumā iegūtie dati tika atspoguļoti dažāda veida diagrammās. Aptaujas anketu apstrādei tika izmantota *Excel* programma.

4. PĒTĪJUMA REZULTĀTI UN ANALĪZE

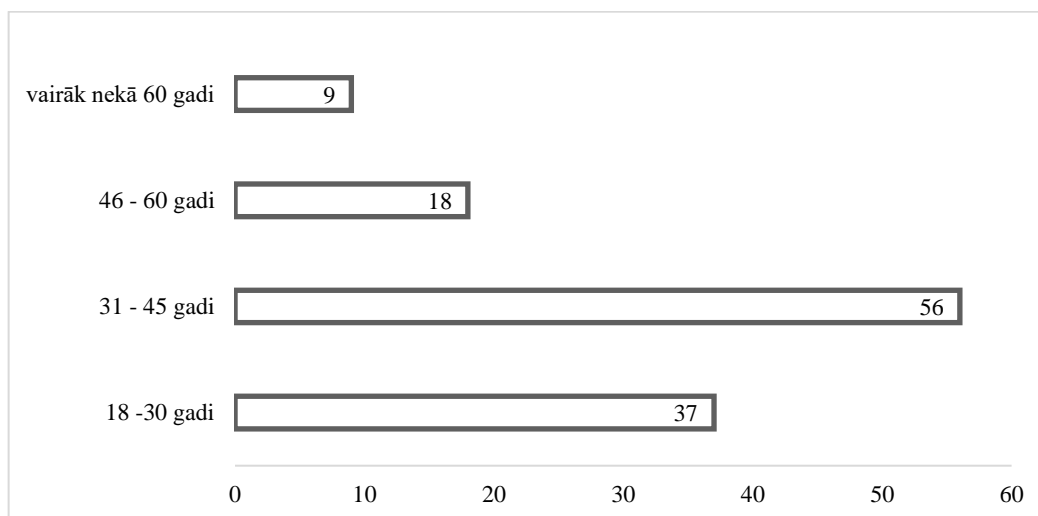
Pirmā jautājuma mērķis bija noskaidrot **respondentu dzimumu**, (sk.4.1.att.).



4.1. att. Respondentu dzimums

Kā redzams 4.1.attēlā, tad aptaujā piedalījās 120 sieviešu dzimuma respondentes.

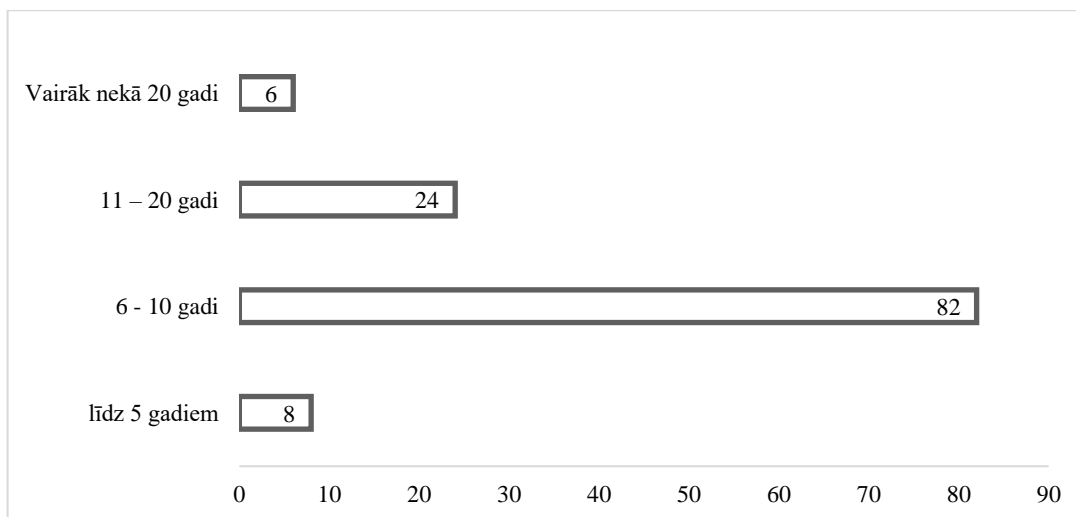
Nākošā jautājuma mērķis bija noskaidrot **respondentu vecumu**, (sk.4.2.att.).



4.2. att. Respondentu vecums

Aptaujas rezultāti apliecina, ka lielākā daļa aptaujāto jeb 56 respondenti, kas strādā stacionārā, ir 31 – 45 gadu vecumā. Bet 37 respondenti ir diezgan jauni, proti, 18 – 30 gadu vecumposmā. Bez tam, 18 no visiem aptaujātajiem respondentiem, kas strādā stacionārā, ir 40 – 60 gadiem. Un mazākā daļa jeb 9 aptaujātie ir vecumā vairāk par 60 gadi.

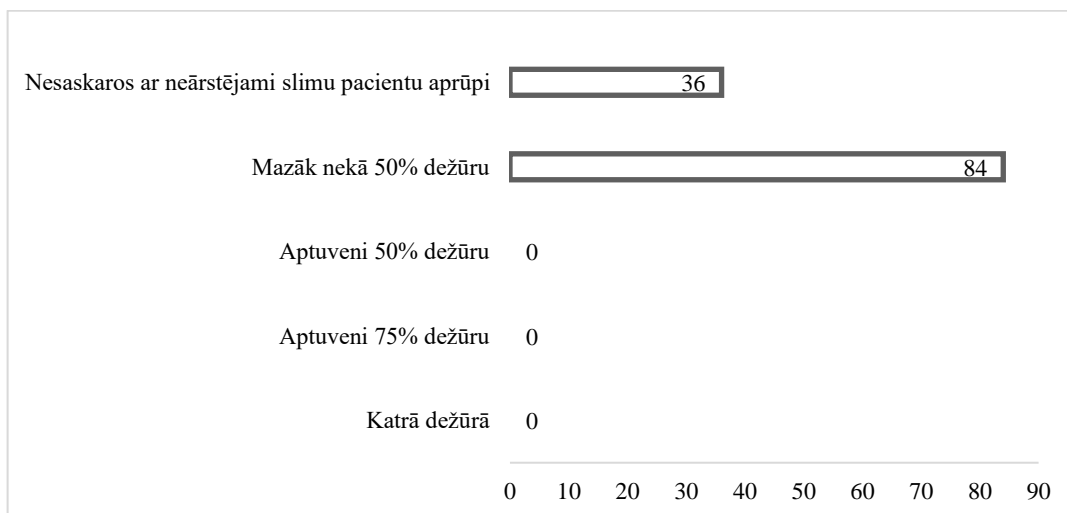
Nākošā jautājuma mērķis bija noskaidrot **respondentu darba stāžu māsas profesijā**, (sk.4.3.att.).



4.3. att. Respondentu darba stāžs māsas profesijā

Kā redzams 4.3.attēlā, tad lielākā daļa jeb 82 respondenti māsas profesijā strādā 6 – 10 gadi. Bet 24 respondentu darba stāžs māsas profesijā ir 11 – 20 gadi. Turpretim 8 respondentu darba stāžs ir līdz 5 gadiem. Un mazākā daļā jeb 6 respondenti māsas profesijā strādā jau vairāk nekā 20 gadus.

Nākošā jautājuma mērķis bija noskaidrot viedokli par to, **cik bieži darbā respondenti veic neārstējami, slimu, mirstošu pacientu aprūpi**, (sk.4.4.att.).



4.4. att. Respondentu atbildes jautājumam “Cik bieži darbā veicat neārstējami slimu, mirstošu pacientu aprūpi”

Kā redzams 4.4.attēlā, tad lielākā daļa jeb 84 respondenti mazāk nekā 50% savu dežūru veic neārstējami slimu, mirstošu pacientu aprūpi. Un 36 respondenti norādīja, ka vispār līdz šim nav saskārušies ar neārstējami slimu pacientu aprūpi.

Nākošā jautājuma mērķis bija noskaidrot viedokli par to, **kurš no jēdzieniem, pēc respondentu domām, visprecīzāk raksturo terminu “eitanāzija”**. Lai atbildes būtu saprotamākas, tās tika atspoguļotas teksta veidā, tabulā, (sk.4.1.tab).

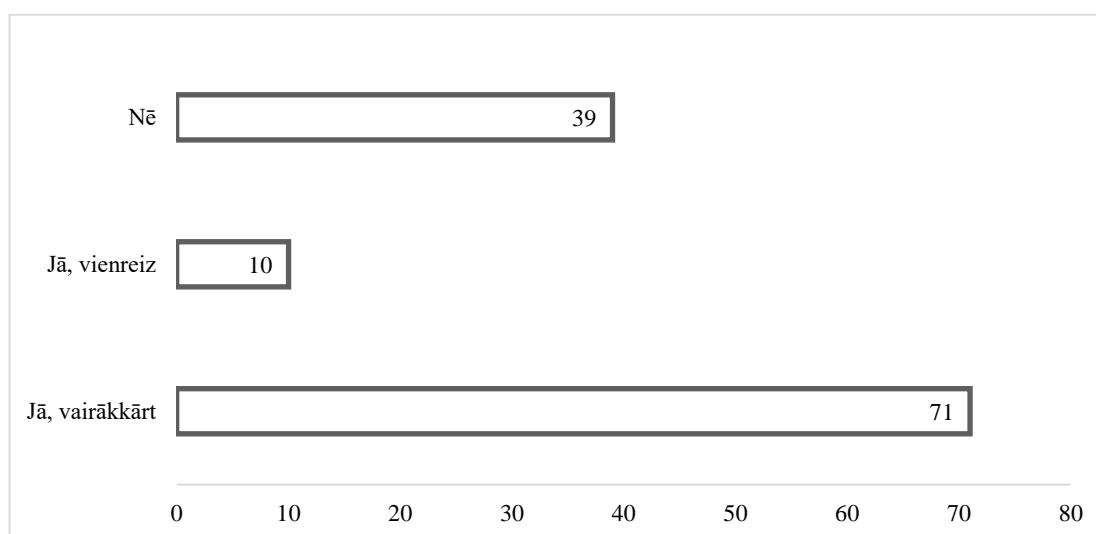
4.1.tabula

Termina “eitanāzija” precīzāks jēdziena raksturojums pēc respondentu domām

Termina “eitanāzija” skaidrojums	Respondent. skaits
“Pēc paša pacienta lūguma veikta tīša, nesāpīga pacienta nonāvēšana ar mērķi izbeigt nenovēršamas fiziskas un garīgas ciešanas”	112
“Terapijas neturpināšana pēc paša pacienta lūguma, kā rezultātā nenovēršami iestājas pacienta nāve”	8
“Bez pacienta lūguma veikta tīša, nesāpīga pacienta nonāvēšana ar mērķi izbeigt nenovēršamas fiziskas un garīgas ciešanas”	0
Terapijas neturpināšana bez pacienta lūguma, kā rezultātā nenovēršami iestājas pacienta nāve”	0

Kā redzams 4.1.tabulā, tad gandrīz visi jeb 112 respondenti uzskata, ka termins “eitanāzija ir “pēc paša pacienta lūguma veikta tīša, nesāpīga pacienta nonāvēšana ar mērķi izbeigt nenovēršamas fiziskas un garīgas ciešanas”. Un tikai 8 no visiem aptaujātajiem respondentiem atzīmēja, ka viņuprāt, termins “eitanāzija” ir “terapijas neturpināšana pēc paša pacienta lūguma, kā rezultātā nenovēršami iestājas pacienta nāve”.

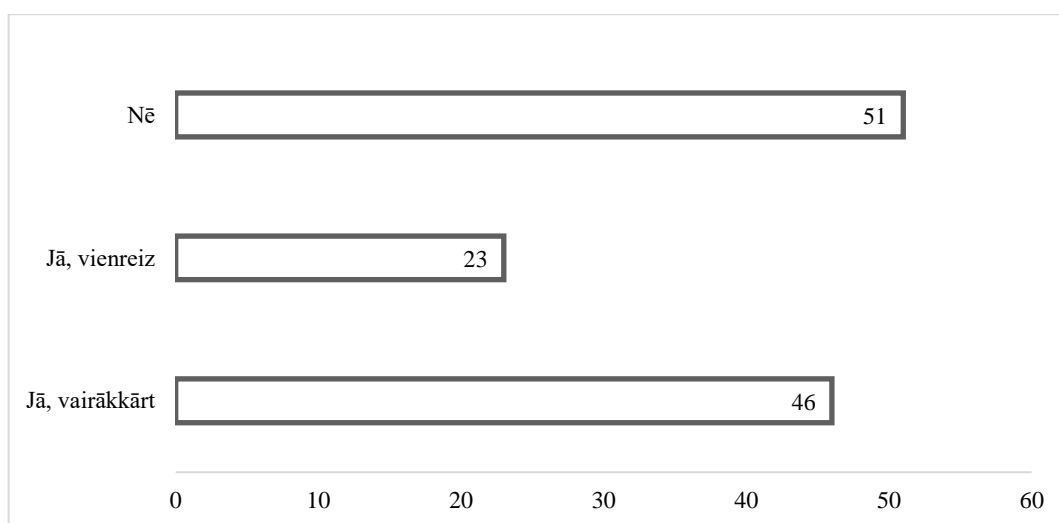
Nākošā jautājuma mērķis bija noskaidrot viedokli par to, **vai darbā respondenti ir piedzīvojuši situāciju, kad pacients viņiem izteicis vēlēšanos paātrināt nāvi**, (sk.4.5.att.).



4.5. att. Respondentu atbildes jautājumam “Vai darbā esat piedzīvojuši/-is situāciju, kad pacients Jums izsaka vēlēšanos paātrināt nāvi”

Kā rāda aptaujas rezultāti, tad lielākā daļa jeb 71 respondents ir darbā piedzīvojis situāciju, kad pacients māsām izsaka vēlēšanos paātrināt savu nāvi. Turpretim 39 respondenti, kā noskaidrojās, darbā nav piedzīvojuši tādu situāciju, kad pacients viņiem izsaka vēlēšanos paātrināt nāvi. Un pārējie jeb 10 respondenti norādīja, ka darbā piedzīvojuši tikai vienreiz tādu situāciju, kad pacients māsām izteicis vēlēšanos paātrināt savu nāvi

Nākošā jautājuma mērķis bija noskaidrot viedokli par to, **vai darbā respondenti ir piedzīvojuši situāciju, kad pacients māsām izteicis vēlēšanos palīdzēt paātrināt nāvi**, (sk.4.6.att.).



4.6. att. Respondentu atbildes jautājumam “Vai darbā esat piedzīvojuši/-is situāciju, kad pacients Jums lūdz palīdzēt paātrināt nāvi”

Aptaujas rezultāti apliecina, ka lielākā daļa jeb 51 respondents darbā nav tomēr piedzīvojis tādu situāciju, kad pacients māsām būtu lūdzis palīdzēt paātrināt nāvi. Turpretim 46 respondenti darbā ir vairākkārt piedzīvojuši tādu situāciju, kad pacients māsām ir lūdzis palīdzēt paātrināt nāvi. Un vēl 23 respondenti darbā ir piedzīvojuši tikai vienreiz tādu situāciju, kad pacients māsām bija lūdzis palīdzēt paātrināt nāvi.

Nākošā jautājuma mērķis bija noskaidrot tikai to respondentu viedokli, kuri uz jautājumu “Vai darbā esat piedzīvojuši/-is situāciju, kad pacients Jums lūdz palīdzēt paātrināt nāvi” atbildēja pozitīvi. Šiem respondentiem tika lūgts **aprakstīt, kādas sajūtas respondentos raisīja pacienta lūgums palīdzēt māsām paātrināt viņa nāvi.**

Uz šo jautājumu tika lūgts atbildēt pašiem respondentiem, brīvā formā, teksta veidā,. Un, lai atbildes būtu saprotamākas, tās tika atainotas 4.2.tabulā.

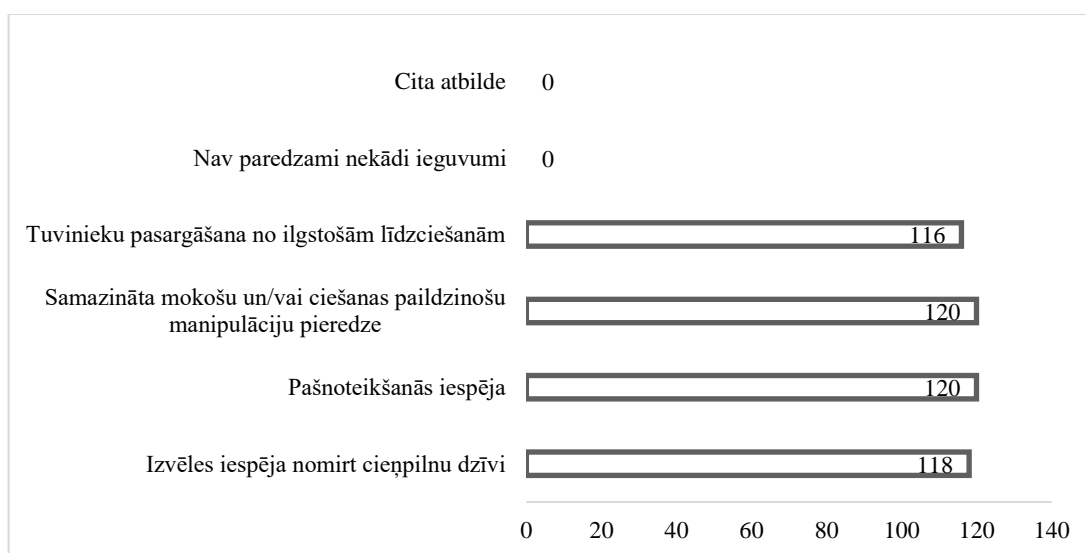
Sajūtas respondentos, kuras raisīja pacienta lūgums palīdzēt māsām paātrināt viņa nāvi

Respondentu izteikumi par sajūtām	Respondent. skaits
“Izmisums par nespēju pieņemt lēmumu”	1
“Nespēja nekā palīdzēt”	4
“Pārlicība, ka nespēju to izdarīt”	13
“Žēlastība pret pacientu un viņa piederīgajiem, jo pacienta ciešanas nespēj atvieglot ne piederīgie ne arī medicīna”	102

Kā noskaidrojās, tad atbildes par sajūtām, kādas respondentos raisīja pacienta lūgums palīdzēt māsām paātrināt viņa nāvi, bija dažādas. Tā piemēram, lielākā daļa jeb 112 respondenti atbildēja, ka “parādījās žēlastības sajūta pret pacientu un viņa piederīgajiem, jo pacienta ciešanas nespēj atvieglot ne piederīgie ne arī medicīna”. Turpretim 13 respondentiem bija pārlicības sajūta, ka nespēj to izdarīt. Bet 4 respondenti atbildēja vienādi, norādot, ka viņiem bija tāda sajūta, ka vienkārši nespēj nekā palīdzēt. Un vienam no respondentiem bija tāda sajūta, ka nespēja izmisumā pieņemt lēmumu.

Nākošā jautājuma mērķis bija noskaidrot viedokli par to, **kādi, pēc respondentu domām, būtu galvenie ieguvumi pacientam, legalizējot eitanāziju Latvijā.**

Uz šo jautājumu respondenti varēja atzīmēt vairākas atbildes. Atbildes atainotas 4.7.attēlā.

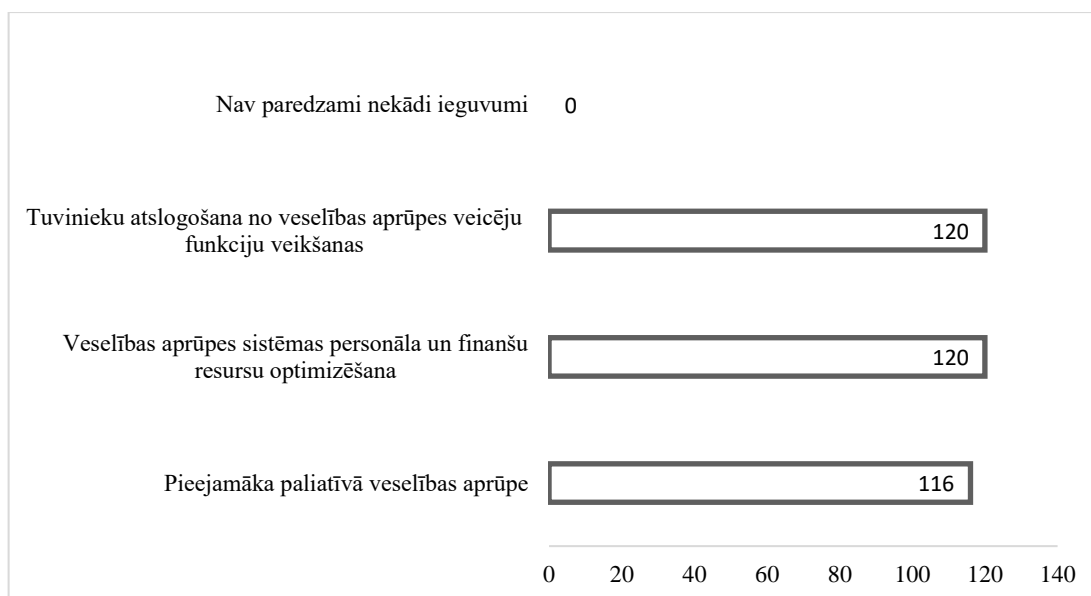


4.7. att. Respondentu atbildes jautājumam “Kādi, Jūsaprāt, būtu galvenie ieguvumi pacientam, legalizējot eitanāziju Latvijā”

Kā rāda aptaujas rezultāti, tad visi jeb 120 respondenti atzīmēja, ka galvenie ieguvumi pacientam, legalizējot eitanāziju Latvijā, būtu pašnoteikšanās iespēja, kā arī samazināta mokošu un/vai ciešanas paldzinošu manipulāciju pieredze. Turpretim 118 respondenti norādīja, ka galvenais ieguvums pacientam, legalizējot eitanāziju Latvijā, būtu izvēles iespēja nomirt cieņpilnu dzīvi. Un 116 respondenti uzskata, ka viens no galvenajiem ieguvumiem pacientam, legalizējot eitanāziju Latvijā, būtu tuvinieku pasargāšana no ilgstošām līdzciešanām.

Nākošā jautājuma mērķis bija noskaidrot viedokli par to, **kādi, pēc respondentu domām, būtu galvenie ieguvumi veselības aprūpes sistēmai, legalizējot eitanāziju Latvijā.**

Arī uz šo jautājumu respondenti varēja atzīmēt vairākas sev atbilstošas atbildes, (sk.4.8.att.).

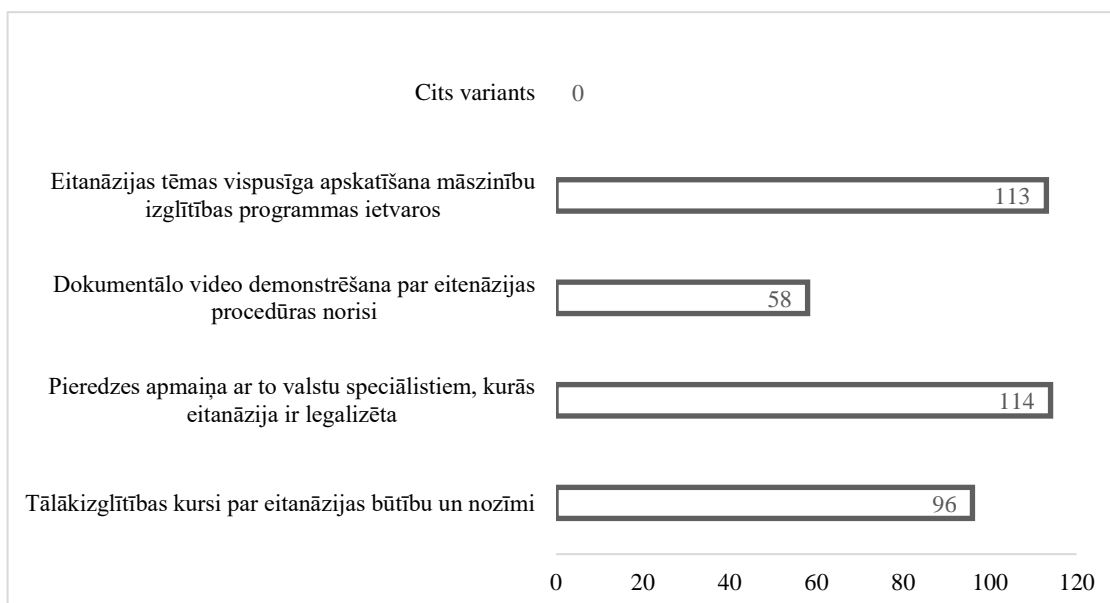


4.8. att. Respondentu atbildes jautājumam “**Kādi, Jūsaprāt, būtu galvenie ieguvumi veselības aprūpes sistēmai, legalizējot eitanāziju Latvijā**”

Kā redzams 4.8.attēlā, tad visi jeb 120 respondenti atzīmēja vairākas atbildes. Proti, visi jeb 120 respondenti norādīja, ka galvenie ieguvumi veselības aprūpes sistēmai, legalizējot eitanāziju Latvijā, būtu gan tuvinieku atslogošana no veselības aprūpes veicēju funkciju veikšanas, gan veselības aprūpes sistēmas personāla un finanšu resursu optimizēšana. Turpretim arī gandrīz visi jeb 116 respondenti atzīmēja, ka viens no galvenajiem ieguvumiem veselības aprūpes sistēmai, legalizējot eitanāziju Latvijā, būtu pieejamāka paliatīvā veselības aprūpe.

Nākošā jautājuma mērķis bija noskaidrot viedokli par to, **kādi pasākumi varētu uzlabot veselības aprūpes darbinieku izpratni par eitanāziju.**

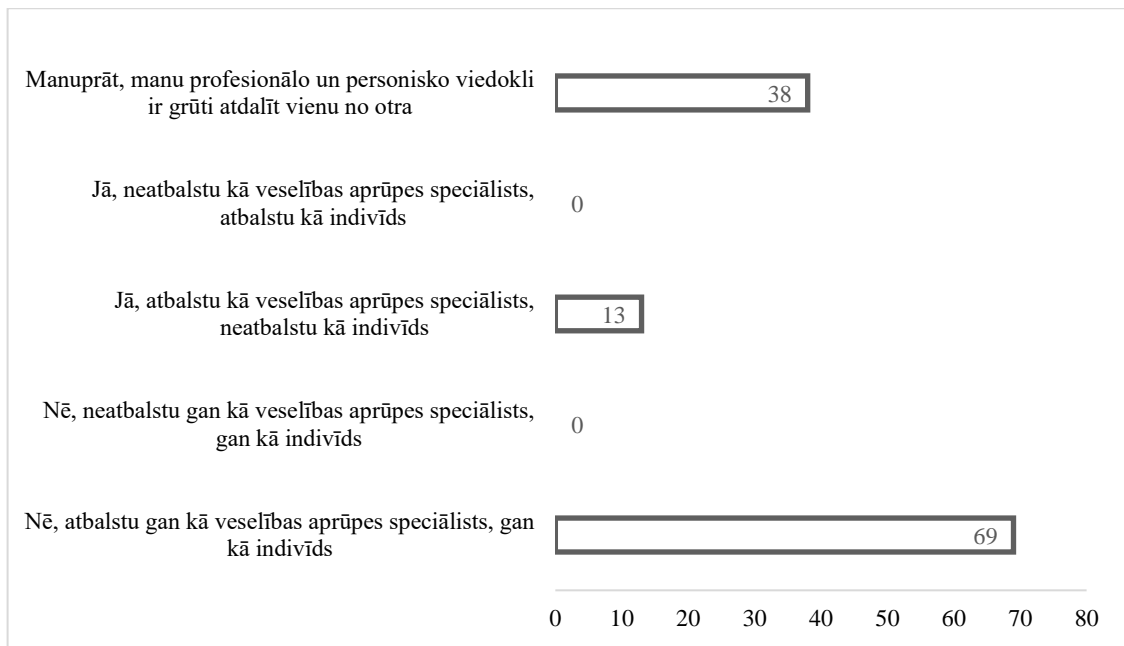
Šim jautājumam respondentus tika lūgts atzīmēt 2, pēc respondentu domām, atbilstošākos variantus. Atbildes (sk.4.9.att).



4.9. att. Respondentu atbildes jautājumam “Kādi pasākumi varētu uzlabot veselības aprūpes darbinieku izpratni par eitanāziju”

Kā rāda aptaujas rezultāti, tad 114 respondenti uzskata, ka veselības aprūpes darbinieku izpratni par eitanāziju varētu uzlabot pieredzes apmaiņa ar to valstu speciālistiem, kurās eitanāzija ir legalizēta. Vēl 113 respondenti norādīja, ka veselības aprūpes darbinieku izpratni par eitanāziju varētu uzlabot eitanāzijas tēmas vispusīga apskatīšana māszinību izglītības programmas ietvaros. Bet 96 respondenti tomēr uzskata, ka veselības aprūpes darbinieku izpratni par eitanāziju varētu uzlabot arī tālākizglītības kursi par eitanāzijas būtību un nozīmi. Turpretim 58 respondenti vēl norādīja, ka veselības aprūpes darbinieku izpratni par eitanāziju varētu uzlabot arī dokumentālo video demonstrēšana par eitanāzijas procedūras norisi.

Nākošā jautājuma mērķis bija noskaidrot viedokli par to, **vai respondenta kā veselības aprūpes speciālista viedoklis par eitanāzijas legalizēšanu Latvijā atšķiras no viņu kā indivīda (sievas/vīra, māsas/brāļa, meitas/dēla, mātes/tēva) viedokļa.** Atbildes (sk.4.10.att.).

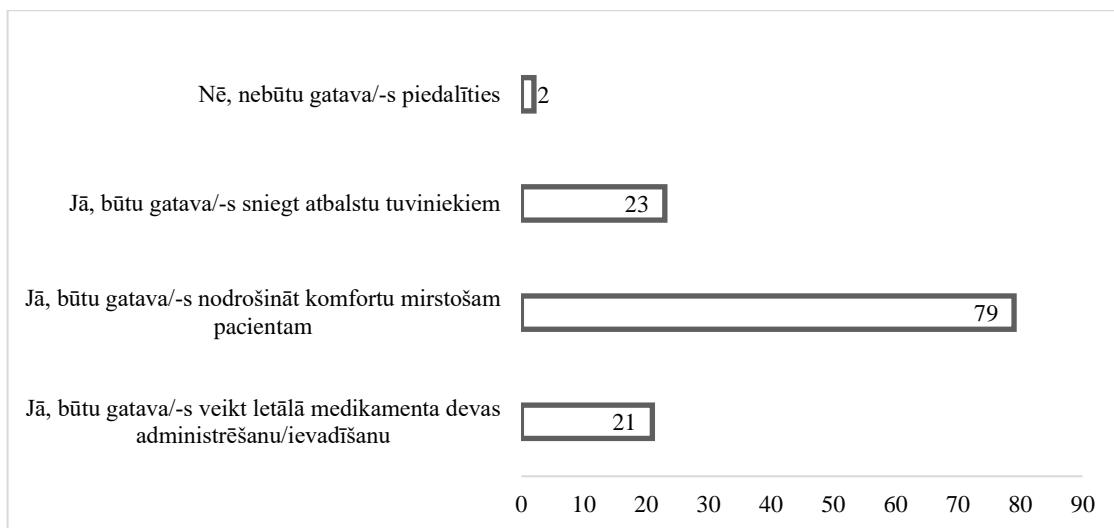


4.10. att. Respondentu atbildes jautājumam “Vai Jūsu kā veselības aprūpes speciālista viedoklis par eitanāzijas legalizēšanu Latvijā atšķiras no Jūsu kā indivīda (sievas/vīra, māsas/brāļa, meitas/dēla, mātes/tēva) viedokļa”

Kā rāda aptaujas rezultāti, tad lielākā daļa jeb 69 respondenti norādīja, ka viņu viedoklis kā veselības aprūpes speciālista viedoklis par eitanāzijas legalizēšanu Latvijā neatšķiras, jo atbalsta šo viedokli gan kā veselības aprūpes speciālists, gan kā indivīds. Turpretim 38 respondenti norādīja, ka, viņuprāt, viņu profesionālo un personisko viedokli ir grūti atdalīt vienu no otra. Un pārējie jeb 13 respondenti atbalsta šo viedokli kā veselības aprūpes speciālisti, bet neatbalsta kā indivīdi.

Nākošā jautājuma mērķis bija noskaidrot viedokli par to, **vai respondenti būtu gatavi piedalīties eitanāzijas procedūrā.**

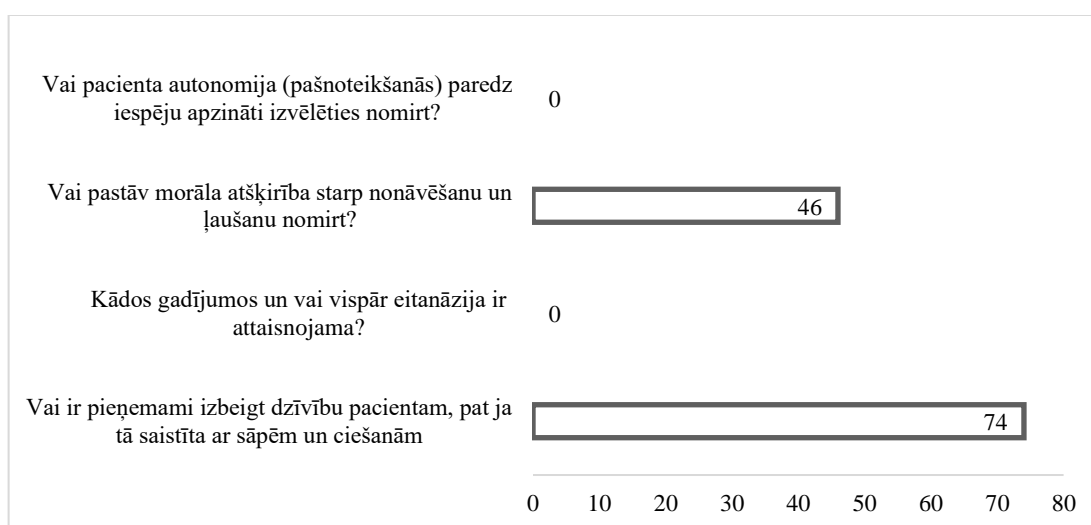
Uz šo jautājumu respondenti varēja atzīmēt vairākas sev atbilstošas atbildes, (sk.4.11.att.).



4.11. att. Respondentu atbildes jautājumam “Vai Jūs būtu gatava/-s piedalīties eitanāzijas procedūrā”

Kā redzams 4.11.attēlā, tad 79 respondenti atzīmēja, ka būtu gatavi nodrošināt komfortu mirstošam pacientam. Vēl 23 respondenti norādīja, ka viņi būtu gatavi sniegt atbalstu tuviniekiem. Turpretim 21 respondents atzīmēja, ka būtu gatavi veikt letālā medikamenta devas administrēšanu vai ievadīšanu. Un tikai 2 no visiem aptaujātajiem respondentiem atzīmēja atbildi, ka nekādā gadījumā nepiedalītos un nepiedalīsies eitanāzijas procedūrā, ja tā tiks legalizēta Latvijā.

Pēdējā jautājuma mērķis bija noskaidrot viedokli par to, **kura, pēc respondentu domām, būtu nozīmīgākā ētiskā dilemma, saskaroties ar eitanāzijas legalizāciju.** Atbildes (sk.4.12.att.).



4.11. att. Respondentu atbildes jautājumam “Kura, Jūsaprāt, būtu nozīmīgākā ētiskā dilemma, saskaroties ar eitanāzijas legalizāciju”

Kā rāda aptaujas rezultāti, tad uz jautājumu par to, kura, pēc respondentu domām, būtu nozīmīgākā ētiskā dilemma, saskaroties ar eitanāzijas legalizāciju, atbildes atšķīrās. Proti, 74 respondenti piekrīt, ka nozīmīgākā ētiskā dilemma, saskaroties ar eitanāzijas legalizāciju, būtu “Vai ir pieņemami izbeigt dzīvību pacientam, pat ja tā saistīta ar sāpēm un ciešanām?” Turpretim pārējie jeb 46 respondenti uzskata, ka nozīmīgākā ētiskā dilemma, saskaroties ar eitanāzijas legalizāciju, ir “Vai pastāv morāla atšķirība starp nonāvēšanu un ļaušānu nomirt?”.

Pamatojoties uz augstāk minēto pētījuma datu analīzi, nākas apgalvot, ka pētījuma mērķis ir sasniegts, proti, ir noskaidrots stacionārā strādājošo vispārējās aprūpes māsū viedoklis par eitanāzijas legalizēšanu Latvijā.

SECINĀJUMI UN IETEIKUMI

Secinājumi:

1.1. Lielākā daļa 84 respondenti mazāk nekā 50% savu dežūru veic neārstējami slimu, mirstošu pacientu aprūpi.

1.2. Gandrīz visi 112 respondenti uzskata, ka temins “eitanāzija ir “pēc paša pacienta lūguma veikta tīša, nesāpīga pacienta nonāvēšana ar mērķi izbeigt nenovēršamas fiziskas un garīgas ciešanas”.

1.3. Lielākā daļa 71 respondents ir darbā piedzīvojuši situāciju, kad pacients māsām izsaka vēlēšanos paātrināt savu nāvi.

1.4. Lielākā daļa 51 respondents darbā nav tomēr piedzīvojuši tādu situāciju, kad pacients māsām būtu lūdzis palīdzēt paātrināt nāvi.

1.5. Lielākai daļai respondentu parādījās žēlastības sajūta pret pacientu un viņa piederīgajiem, jo pacienta ciešanas nespēj atvieglot ne piederīgie ne arī medicīna.

1.6. Visi 120 respondenti uzskata, ka galvenie ieguvumi pacientam, legalizējot eitanāziju Latvijā, būtu pašnoteikšanās iespēja, kā arī samazināta mokošu un/vai ciešanas paildzinošu manipulāciju pieredze.

1.7. Visi 120 respondenti uzskata galvenie ieguvumi veselības aprūpes sistēmai, legalizējot eitanāziju Latvijā, būtu gan tuvinieku atslogošana no veselības aprūpes veicēju funkciju veikšanas, gan veselības aprūpes sistēmas personāla un finanšu resursu optimizēšana.

1.8. Gandrīz visi 114 respondenti uzskata, ka veselības aprūpes darbinieku izpratni par eitanāziju varētu uzlabot pieredzes apmaiņa ar to valstu speciālistiem, kurās eitanāzija ir legalizēta.

1.9. Lielākā daļa 69 respondenti uzskata, ka viņu viedoklis kā veselības aprūpes speciālista viedoklis par eitanāzijas legalizēšanu Latvijā neatšķiras, jo atbalsta šo viedokli gan kā veselības aprūpes speciālists, gan kā indivīds.

1.10. Lielākā daļa 79 respondenti uzskata, ka nebūtu gatavi piedalīties eitanāzijas procedūrā, bet būtu gatavi gan nodrošināt komfortu mirstošam pacientam, gan arī būtu gatavi sniegt atbalstu mirušā tuviniekiem.

1.11. Lielākā daļa 74 respondenti uzskata, ka nozīmīgākā ētiskā dilemma, saskaroties ar eitanāzijas legalizāciju, būtu “Vai ir pieņemami izbeigt dzīvību pacientam, pat ja tā saistīta ar sāpēm un ciešanām?”

Ieteikumi.

1. Latvijā būtu nepieciešams izveidot jutīgu līdzsvaru starp iedibinātām kultūras normām un progresīvu, līdzsvarotu, pārredzamu un drošu attieksmi pret eitanāziju.

2. Uz pacientu vērsta attieksme pret veselību un sociālo aprūpi arvien vairāk - pilnīgi pamatoti - izvirza pacientus visa veselības aprūpes speciālistu darbības centrā. Līdz ar to būtu nepieciešams ņemt vērā pacientu vajadzības, attieksmi un pārliecību par viņa lēmumu pieņemšanu.

3. Atsevišķu pacientu autonomijai jābūt līdzsvarotai ar pamattiesībām uz dzīvību, ietekmi uz individuālām ārsta un pacienta attiecībām un plašāku sabiedrību un drošības pasākumiem, kas nepieciešami, lai novērstu jebkādu eitanāzijas noteikumu ļaunprātīgu izmantošanu. Sabiedrībai joprojām būtu jāizlemj, kur atrodas šis līdzsvars, vadoties no reģionālajām reliģiskajām, kultūras un likumdošanas perspektīvām.

4. Normatīvie tiesību akti, attiecībā uz eitanāziju Latvijā joprojām ir nepietiekami izstrādāti un diskursīvi. Līdz ar to, pamatojoties arī uz paliatīvās aprūpes attīstību, nepieciešams būtu pieņemt tiesību aktus, kas atsevišķos gadījumos atbalstītu eitanāziju.

5. Svarīga būtu nepieciešamo ētisko kompetenču attīstīšana medicīnas speciālistu vidū Latvijā, ņemot vērā to, ka nav tādu normatīvo aktu ar pieejamu juridisku atbalstu eitanāzijai, un jo vairāk, vairums medicīnas speciālistu joprojām nav apmācīti šādu lēmumu pieņemšanā.

6. Ta kā miršana ir dabiska cilvēka dzīves sastāvdaļa, bet pieaugot diskusijām un pieprasījumiem visā pasaulē par eitanāzijas legalizēšanu, kur arvien biežāk šis jautājums izvirzās priekšplānā, līdz ar to arī Latvijā veselības aprūpes speciālistiem, politiķiem un likumdevējiem būtu nopietni jādomā normatīvo aktu izstrādei, attiecībā uz eitanāzijas daļēju legalizēšanu Latvijā.

7. Atbildīgām institūcijām, ievērojot to ētisko atbildību, būtu jāizstrādā tādas vadlīnijas, kas aptver visu procesu, kur gan paliatīvā aprūpe, gan starpdisciplināra sadarbība ir būtiski faktori. Neatkarīgi no tās darbības jomas, ir skaidri jāatzīst un jāveicina māsu darbs un viņu vadība aprūpē, arī direktīvās, likumos, utml., skaidri atspoguļojot katras profesijas lomas un pienākumus.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI

1. Brassington, I. (2020). What passive euthanasia is [online]. [Cited 02.04.2023]. Available <https://bmcomedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-020-00481-7>
2. Hurst, L., & Bello, C. (2022). Euthanasia in Europe: Where is assisted dying legal? [online]. [Cited 05.04.2023]. Available <https://www.euronews.com/next/2022/12/10/where-in-europe-is-assisted-dying-legal->
3. Latvijas Republikas Saeima (2021). Par 10 505 Latvijas pilsoņu kolektīvā iesnieguma “Par labu nāvi – eitanāzijas legalizācija” turpmāko virzību (2021/60.2) [tiešsaiste]. [Skatīts 05.04.2023]. Pieejams <https://likumi.lv/ta/id/321963-par-10-505-latvijas-pilsonu-kolektiva-iesnieguma-par-labu-navi-eitanazijas-legalizacija-turpmako-virzibu>
4. Ministru kabineta noteikumi Nr.774 “Kontaktpersonu noteikšanas, primārās medicīniskās pārbaudes, laboratoriskās pārbaudes un medicīniskās novērošanas kārtība”. Pieņemts: 19.09.2006. Stājās spēkā: 27.09.2006. Publicēts: Latvijas Vēstnesis, Nr.153
5. Risjord, M. (2019). Middle-range theories as models: New criteria for analysis and evaluation. *Nursing Philosophy*, 20(1), e12225. <https://doi.org/10.1111/nup.12225>
6. TK, A., Chandran, S. (2017). Kolcaba K: The Comfort Theory. Application of Nursing Theories, 157–157. https://doi.org/10.5005/jp/books/13072_19
7. Puchi, C., Paravic-Klijn, T., Salazar, A. (2018). The comfort theory is a theoretical framework applied to a clinical case of the hospital at home. *Holistic Nursing Practice*, 32(5), 228-239. DOI: 10.1097/HNP.0000000000000275
8. March, A., McCormack, D. (2009). Nursing theory-directed healthcare: Modifying Kolcaba’s comfort theory as an institution-wide approach. *Holistic Nursing Practice*, 23(2), 75–82. <https://doi.org.ezproxylocal.library.nova.edu/10.1097/HNP.0b013e3181a1105b>
9. fins, A. G., Sousa, P. P., Marques, R. M. (2022). COMFORT: THEORETICAL CONTRIBUTION TO NURSING. *Cogitare Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.87723>
10. Rubenis, A. (1996). Ētika XX gadsimtā. Praktiskā ētika. Rīga: Zvaigzne ABC. ISBN 9984-04-447-5
11. Chen Y Y, Gordon N H, Connors A F, Jr et al. (2014). Factors associated with two different protocols of Do-Not-Resuscitate orders in a medical ICU. *Critical Care Medicine*. 42:1–9.
12. ANO Vispārējā cilvēktiesību deklarācija. (1948). Pieņemta un pasludināta ar Ģenerālās Asamblejas 1948. gada 10. decembra 217. A (III) rezolūciju. Pieejams: https://www.vvc.gov.lv/lv/starptautiskie-tiesibu-akti/un-universal-declaration-human-rights-1948?utm_source=https%3A%2F%2Fwww.tiesibsargs.lv%2F
13. Latvijas Republikas Satversme. (1922). Pieņemts: 15.02.1922. Stājās spēkā: 07.11.1922. Publicēts: Latvijas Vēstnesis, Nr.43, 01.07.1993.; Latvijas Republikas Saeimas un Ministru Kabineta Ziņotājs, Nr.6, 31.03.1994.; Valdības Vēstnesis, Nr.141, 30.06.1922.; Diena, Nr.81
14. Rathor, MY., Abdul Rani, MF., Shahar, MA., Jamalludin, AR., Che Abdullah, ST., Omar, AM. (2014). Attitudes toward euthanasia and related issues among physicians and patients in a multi-cultural society of Malaysia. *J Family Med Prim Care*. Jul; 3 (3):230 –7
15. Piili, RP., Metsänoja, R., Hinkka, H., Kellokumpu-Lehtinen, PI., Lehto, JT. (2018). Changes in attitudes towards hastened death among Finnish physicians over the past sixteen years. *BMC Med Ethics*. May; 19 (1):40 <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0290-5>

16. Danyliv, AO., Neill, C. (2015). Attitudes towards legalising physician provided euthanasia in Britain: the role of religion over time. *Soc Sci Med.* Mar;128: 52–6. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.030>
17. Latvijas ārstu biedrība. (2023). LĀB neatbalsta ārsta dalību eitanāzijas procesā un aicina pilnveidot paliatīvo aprūpi. Pieejams: <https://www.arstubiedriba.lv/lab-neatbalsta-arsta-dalibu-eitanazijas-procesa-un-aicina-pilnveidot-paliativo-aprupi/>
18. Beauchamp T.L. (1985). A Reply to Rachels on Active and Passive Euthanasia// *Contemporary Issues in Bioethics.* Belmont, p.316-373.
19. De Lima L., Woodruff R., Pettus K. (2017). International Association for Hospice and Palliative Care position statement: Euthanasia and physician-assisted suicide. *J Palliat Med.* 20(1):8-14. doi:10.1089/jpm.2016.0290
20. Goligher, EC., Ely, EW., Sulmasy, DP. (2017). Physician-assisted suicide and euthanasia in the ICU: A dialogue on core ethical issues. *Crit Care Med.* 45(2):149-155. doi:10.1097/CCM.0000000000001818
21. Council on Ethical and Judicial Affairs. (2022). CEJA Report 2-A-19. American Medical Association.
22. O'Neill, O. (2002). *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge: Cambridge University Press.
23. Stirrat, GM., Gill, R. (2005). Autonomy in medical ethics after O'Neill. *J Med Ethics.* 31: 127–130.
24. European Court of Human Rights. (2010). European Convention on Human Rights. *Int Comp Law Q.* p. 56–56.
25. Hendry, M., Pasterfield, D., Lewis, R., Carter, B., Hodgson, D., Wilkinson, C. (2013). Why do we want the right to die? A systematic review of the international literature on the views of patients, carers and the public on assisted dying. *Palliat Med.* 27: 13–26.
26. Frost, TDG., Sinha, D., Gilbert, BJ. (2014). Should assisted dying be legalised? *Philos Ethics Humanit Med.* 9: 3–3.
27. Suber, P. (2018). Against the Sanctity of Life. Pieejams: <https://legacy.earlham.edu/~peters/writing/sanctity.htm>
28. Campbell, A.V. (2013). *Bioethics: the basics.* London: Routledge.
29. Vaughn, L. (2016). *Bioethics: Principles, Issues, and Cases ed.3.* New York and Oxford: Oxford University Press.
30. Hardwig, J. (2007). Dying at the Right Time: Reflection on (Un)Assisted Suicide., in Lewis Vaughn, *Bioethics: Principles, Issues and Cases ed.3.* New York and Oxford: Oxford University Press, 682-692.
31. Busquets, M. (2018). El lugar de la eutanasia en una atención ética y de calidad. *Revista de la Asociación Derecho a Morir Dignamente*, 78., p. 27-32
32. Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo. (2021). De regulación de la eutanasia. BOE n°72 de 25 de marzo de 2021.
33. Enfermería Clínica. (2021). The ethical relevance of nursing care in euthanasia and assisted suicide. Vol. 31. Issue 5. P.266 (September - October). DOI: 10.1016/j.enfcle.2021.08.001
34. Saeimas paziņojums. (2021). Par 10 505 Latvijas pilsoņu kolektīvā iesnieguma "Par labu nāvi - eitanāzijas legalizācija" turpmāko virzību. Pieņemts: 25.03.2021. Stājas spēkā: 25.03.2021. Publicēts: *Latvijas Vēstnesis*, Nr.60
35. Rubenis, A. (2004). *20.gadsimta kultūra Eiropā.* Rīga: Zvaigzne ABC.
36. Creswell, JW., Guetterman, T. (2018). *Educational research: planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research.* 6th edn Pearson.
37. Creswell, JW., Creswell, JD. (2018). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches.* 5th edn Sage Publications.
38. Plano, Clark, VL., Ivankova, NV. (2015). *Mixed methods research: a guide to the field.* Sage Publications

39. World Health Organization WHO definition of palliative care. (2002). Pieejams: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
40. Inbadas, H., Carrasco, J.M., Clark, D. (2019). Representations of palliative care, euthanasia and assisted dying within advocacy declarations. *Mortality*. 1–13.
41. Radbruch, L., Leget, C., Bahr P. (2016). Euthanasia and physician-assisted suicide: a white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med*. 30:104–116.
42. Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., Ullrich, A. (2002). Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*. 24:91–96.
43. Zaman, S., Inbadas, H., Whitelaw, A. (2017). Common or multiple futures for end of life care around the world? Ideas from the ‘waiting room of history’ *Soc Sci Med*. 172:72–79.
44. De Beer, T., Gastmans, C., Dierckx de Casterlé, B. (2004). Involvement of nurses in euthanasia: a review of the literature. *J Med Ethics*. 30494–498.
45. Coyle, N. (1992). The euthanasia and physician assisted suicide debate: issues for nursing. *Oncol Nurs Forum*. 19(suppl)41–6S.
46. Verpoort, C., Gastmans, C., Dierckx de Casterlé, B. (2014). Palliative care nurses' views on euthanasia. *J Adv Nurs*. 47592–600.

PIELIKUMI

Aptauja

Cienījamais respondent,

Aicinām Jūs piedalīties Sigitas Veisas veiktā pētījumā “Vispārējās aprūpes māsu viedoklis par eitanāzijas legalizēšanu Latvijā”, aizpildot pētījuma anketu. Anketas aizpildīšana aizņems aptuveni 15 minūtes Jūsu laika. Lūdzu, izvēlēties vienu Jūsu viedoklim atbilstošāko atbildes variantu, ja vien pie jautājuma nav norādīts savādāk.

Pētījuma mērķis ir noskaidrot stacionārā strādājošo vispārējās aprūpes māsu viedokli par eitanāzijas legalizēšanu Latvijā. Pētījuma rezultāti ļaus izprast tādas nozīmīgas veselības aprūpes sistēmas daļas, kā vispārējās aprūpes māsu viedokli par eitanāzijas legalizēšanu Latvijā. Ņemot vērā, ka tieši māsas ir visilgstošākajā un tuvākajā kontaktā ar visām pacientu grupām, tostarp neārstējami slimiem pacientiem, var pieņemt, ka šīs veselības aprūpes sistēmas darbinieku grupas viedoklis visprecīzāk atspoguļo veselības aprūpes sistēmas virzību kopumā eitanāzijas legalizēšanas jautājumā.

Piedalīšanās pētījumā ir brīvprātīga. Aizpildot šo anketu Jūs dodat savu piekrišanu piedalīties aptaujā. Jums ir tiesības atteikties aizpildīt aptaujas anketu, un Jūsu atteikšanās piedalīties pētījumā neradīs nekādas nevēlamas sekas.

Anketa ir anonīma, Jūsu identifikācija pēc anketā sniegtās informācijas nebūs iespējama, iegūtie dati tiks izmantoti tikai apkopotā veidā pētījuma mērķa sasniegšanai.

Pētījums ir apstiprināts LU Medicīnas fakultātes Pētījumu ētikas komitejā. Ja Jums rodas jautājumi par šo pētījumu, aicinām vērsties pie sigitaveisa@inbox.lv.

Paldies par Jūsu līdzdalību aptaujā!

1. Dzimums:

Sieviete

Vīrietis

2. Vecums:

18 -30 gadi

31 - 45 gadi

46 - 60 gadi

vairāk nekā 60 gadi

3. Darba stāžs māšas profesijā:

līdz 5 gadiem

6 - 10 gadi

11 – 20 gadi

Vairāk nekā 20 gadi

4. Cik bieži darbā veicat neārstējami slimu, mirstošu pacientu aprūpi?

Katrā dežūrā

Aptuveni 75% dežūru

Aptuveni 50% dežūru

Mazāk nekā 50% dežūru

Nesaskaros ar neārstējami slimu pacientu aprūpi

5. Kurš no jēdzieniem, Jūsaprāt, visprecīzāk raksturo terminu “eitanāzija”? (Lūdzu, atzīmējiet visus Jūsu viedoklim atbilstošos variantus)

Pēc paša pacienta lūguma veikta tīša, nesāpīga pacienta nonāvēšana ar mērķi izbeigt nenovēršamas fiziskas un garīgas ciešanas

Terapijas neturpināšana pēc paša pacienta lūguma, kā rezultātā nenovēršami iestājas pacienta nāve

Bez pacienta lūguma veikta tīša, nesāpīga pacienta nonāvēšana ar mērķi izbeigt nenovēršamas fiziskas un garīgas ciešanas

Terapijas neturpināšana bez pacienta lūguma, kā rezultātā nenovēršami iestājas pacienta nāve

6. Vai darbā esat piedzīvojusi/-is situāciju, kad patients Jums izsaka vēlēšanos paātrināt nāvi?

Jā, vairākkārt

Jā, vienreiz

Nē

7. Vai darbā esat piedzīvojusi/-is situāciju, kad patients Jums lūdz palīdzēt paātrināt nāvi?

Jā, vairākkārt

Jā, vienreiz

Nē

8. Ja uz iepriekšējo jautājumu atbildējāt apstiprinoši, lūdzu, aprakstiet, kādas sajūtas Jūsos raisīja šāds pacienta lūgums:

.....
.....
.....
.....
.....

9. Kādi, Jūsaprāt, būtu galvenie ieguvumi pacientam, legalizējot eitanāziju Latvijā?
(Atzīmējiet Jūsu viedoklim atbilstošāko variantu)

Izvēles iespēja nomirt cieņpilni

Pašnoteikšanās iespēja (pacients pats pieņem lēmumu, kad vairs nespēj izturēt ciešanas)

Samazināta mokošu un/vai ciešanas paldzinošu manipulāciju pieredze

Tuvinieku pasargāšana no ilgstošām līdzciešanām

Nav paredzami nekādi ieguvumi

Cits variants (precizējiet)

.....

10. Kādi, Jūsaprāt, būtu galvenie ieguvumi veselības aprūpes sistēmai, legalizējot eitanāziju Latvijā? (Atzīmējiet Jūsu viedoklim atbilstošāko variantu)

Pieejamāka paliatīvā veselības aprūpe

Veselības aprūpes sistēmas personāla un finanšu resursu optimizēšana

Tuvinieku atslogošana no veselības aprūpes veicēju funkciju veikšanas

Nav paredzami nekādi ieguvumi

Cits variants (precizējiet)

.....

11. Kādi pasākumi varētu uzlabot veselības aprūpes darbinieku izpratni par eitanāziju?
(Atzīmējiet 2 Jūsu viedoklim atbilstošākos variantus)

Tālākizglītības kursi par eitanāzijas būtību un nozīmi

Pieredzes apmaiņa ar to valstu speciālistiem, kurās eitanāzija ir legalizēta

Dokumentālo video demonstrēšana par eitanāzijas procedūras norisi

Eitanāzijas tēmas vispusīga apskatīšana māszinību izglītības programmas ietvaros
Cits variants (precizējiet)

.....

12. Vai Jūsu kā veselības aprūpes speciālista viedoklis par eitanāzijas legalizēšanu Latvijā atšķiras no Jūsu kā indivīda (sievas/vīra, māsas/brāļa, meitas/dēļa, mātes/tēva) viedokļa?

Nē, atbalstu gan kā veselības aprūpes speciālists, gan kā indivīds

Nē, neatbalstu gan kā veselības aprūpes speciālists, gan kā indivīds

Jā, atbalstu kā veselības aprūpes speciālists, neatbalstu kā indivīds

Jā, neatbalstu kā veselības aprūpes speciālists, atbalstu kā indivīds

Manuprāt, manu profesionālo un personisko viedokli ir grūti atdalīt vienu no otra

13. Vai Jūs būtu gatava/-s piedalīties eitanāzijas procedūrā? (Atzīmējiet visus Jūsu viedoklim atbilstošos variantus)

Jā, būtu gatava/-s veikt letālā medikamenta devas administrēšanu/ievadīšanu

Jā, būtu gatava/-s nodrošināt komfortu mirstošam pacientam

Jā, būtu gatava/-s sniegt atbalstu tuviniekiem

Nē, nebūtu gatava/-s piedalīties

14. Kura, Jūsaprāt, būtu nozīmīgākā ētiskā dilemma, saskaroties ar eitanāzijas legalizāciju?

Vai ir pieņemami izbeigt dzīvību pacientam, pat ja tā saistīta ar sāpēm un ciešanām

Kādos gadījumos un vai vispār eitanāzija ir attaisnojama?

Vai pastāv morāla atšķirība starp nonāvēšanu un ļaušanu nomirt?

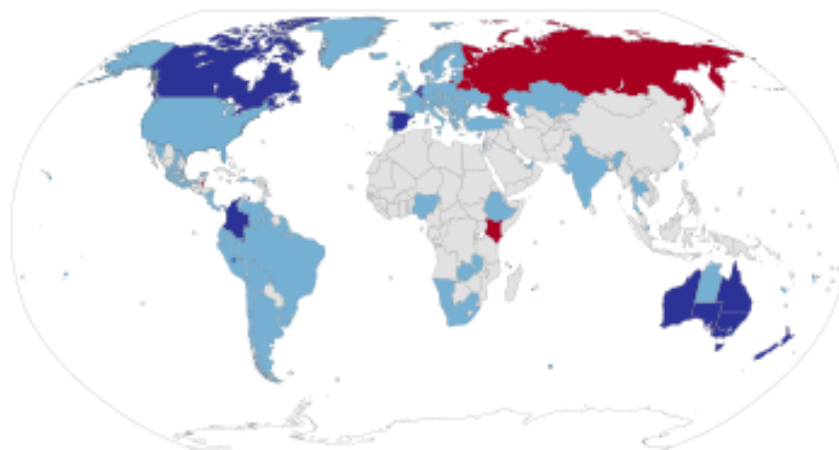
Vai pacienta autonomija (pašnoteikšanās) paredz iespēju apzināti izvēlēties nomirt?

Cits variants (precizējiet)

.....

Paldies par atsaucību!

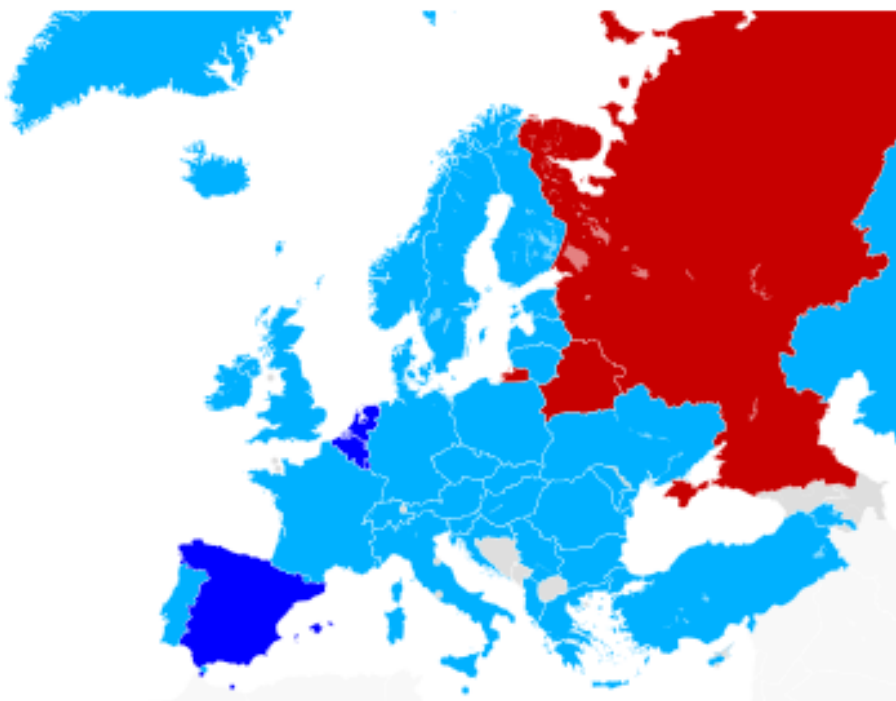
Pašreizējais eitanāzijas statuss visā pasaulē







Pašreizējais eitanāzijas statuss visā pasaulē:

- Aktīva brīvprātīga eitanāzija ir likumīga (Beļģija, Kanāda, Kolumbija, Luksemburga, Nīderlande, Jaunzēlande, Spānija un Austrālijas štati Jaundienvidvelsa, Kvīnslenda, Dienvidaustrālija, Tasmānija, Viktorija un Rietumaustrālija)
- Pasīvā eitanāzija likumīga (ārstniecības atteikums / dzīvības uzturēšanas līdzekļu atcelšana)
- Aktīvā eitanāzija nelegāla, pasīvā eitanāzija nav likumdošanā vai regulējumā
- Visi eitanāzijas veidi ir nelikumīgi

Pašreizējais eitanāzijas statuss Eiropā



Pašreizējais eitanāzijas statuss Eiropā:

-  Aktīva brīvprātīga eitanāzija legāla
-  Pasīvā eitanāzija likumīga
-  Aktīvā eitanāzija nelegāla, pasīvā eitanāzija nav likumdošanā vai regulējumā
-  Visi eitanāzijas veidi ir nelikumīgi [\[1. piezīme\]](#)

DOKUMENTĀRĀ LAPA

Bakalaura darbs “ Vispārējo aprūpes māsu viedoklis par eitanāzijas legalizēšanu Latvijā” izstrādāts LU Medicīnas fakultātē.

Ar savu parakstu apliecinu, ka pētījums veikts patstāvīgi, izmantoti tikai tajā norādītie informācijas avoti un iesniegtā darba elektroniskā kopija atbilst izdrukai.

Autors: Sigita Veisa _____
(paraksts)

Rekomendēju/nerekomendēju darbu aizstāvēšanai

Vadītājs: Mg. sc. sal. Inta Banka _____
(paraksts) (datums)

Recenzents: _____

(amats, vārds, uzvārds, grāds) (paraksts) (datums)

Darbs iesniegts LU Medicīnas fakultātē _____
(datums)

Studiju lietvede: Dana Sarkane _____
(paraksts)

Bakalaura darbs aizstāvēts bakalaura gala pārbaudījumu komisijas sēdē _____ 2023.,
prot. Nr. _____.

Komisijas sekretāre: _____

(amats, vārds, uzvārds, grāds) (paraksts)