

PRÓBA ANALIZY POZIOMU WIEDZY I POSTAW PRACOWNIKÓW KLINIKI INTENSYWNEJ TERAPII INSTYTUTU „POMNIKA – CENTRUM ZDROWIA DZIECKA” WOBEC PROWADZENIA UPORCZYWEJ TERAPII U DZIECI

ATTEMPT AT ANALYSIS OF THE LEVEL OF KNOWLEDGE AND ATTITUDES TOWARDS PERSISTENT THERAPY IN CHILDREN AMONG THE STAFF OF THE INTENSIVE THERAPY DEPARTMENT, CHILDREN'S MEMORIAL HEALTH INSTITUTE

Agata Januszevska¹, Aleksander Zarzeka^{2,3}, Lucyna Iwanow², Mariusz Panczyk³, Joanna Gotlib³

¹ Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Studenckie Koło Naukowe Prawa Medycznego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

³ Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.36>

STRESZCZENIE

Wstęp i cel. Rozwój współczesnej medycyny daje coraz większe możliwości leczenia i przedłużania życia ludzkiego. Cel pracy to analiza oraz porównanie wiedzy i postaw personelu medycznego na temat prowadzenia uporczywej terapii.

Materiał i metody. W badaniu udział wzięło 76 (w tym 64 kobiety) pracowników Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Instytutu „Pomnika – Centrum Zdrowia Dziecka” (IPCZD); 66% stanowił personel pielęgniarski, 34% – lekarski. Dobrowolne, anonimowe badania ankietowe przeprowadzono w grupie pracowników IPCZD. W badaniach zastosowano autorski kwestionariusz. Analizę statystyczną uzyskanych wyników przeprowadzono w programie STATISTICA 12.5 (licencja WUM). Do analizy statystycznej uzyskanych wyników wykorzystano nieparametryczny test statystyczny U Manna-Whitneya.

Wyniki. Według większości respondentów uporczywa terapia to sztuczne podtrzymywanie przy życiu pacjenta ze śmiertelnymi zmianami chorobowymi. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki kilkakrotnie uczestniczyli w procedurach mających znamiona uporczywej terapii. Większość uważa, że nie można się przyzwyczaić do śmierci i ma ona częściowy wpływ na życie prywatne, oraz że pacjent ma prawo zrezygnować z uporczywego leczenia. „Godna śmierć” to prawo każdego człowieka do odpowiedniego traktowania podczas umierania (72 osoby), także przeżycie śmierci po chrześcijańsku, nieuciekanie przed nią (48 osób), a także poinformowanie pacjenta o jego stanie i dostępnych sposobach leczenia, a przez to – możliwość dokonania wyboru (46 osób). Większość twierdzi, że „godna śmierć” to przerwanie uporczywej terapii.

Wnioski.

1. Pojęcia „uporczywa terapia” oraz „godna śmierć” nie są łatwe do jednoznacznego zdefiniowania.
2. Według badanych nie można się przyzwyczaić do śmierci, co może pośrednio wpływać na życie prywatne personelu medycznego, dlatego też należy wdrożyć najskuteczniejsze narzędzia zapobiegające wypaleniu zawodowemu.

ABSTRACT

Introduction and aim. A development of modern medicine offers better treatment options and extension of life. The study aimed to analyse and compare the knowledge and attitudes towards persistent therapy among medical personnel.

Material and methods. A total of 76 employees of the Department of Intensive Therapy, Children's Memorial Health Institute: nurses constituted 66% of all, physicians constituted 34% of all; there were 64 women. A voluntary and anonymous questionnaire study, an original questionnaire: 26 questions. Statistical analysis: STATISTICA 12.5 (licensed to Warsaw Medical University), the non-parametric Mann-Whitney U test.

Results. Most study participants believed that persistent therapy is artificial life support for patients with lethal lesions. Both doctors and nurses had already been engaged in procedures characteristic of persistent therapy. Most respondents said that it is impossible to get used to death and it partly influences their private lives. Moreover, they believed that patients have the right to withdraw from persistent therapy. 'A dignified death' is the right of every person to fair treatment when dying (72 persons); it is also experiencing death in a Christian manner, not escaping it (48 persons); finally, it is also giving patients information about their condition and possible treatment options and thus providing them with a choice (46 persons). Most study participants said that 'a dignified death' means withdrawal from persistent therapy.

Conclusions.

1. It is difficult to define clearly the terms of persistent therapy and dignified death.
2. According to the respondents, it is impossible to get used to death, which may indirectly affect private lives of the medical personnel. Therefore, the most effective tools should be introduced to prevent the burnout syndrome.

3. Niezbędnym członkiem interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii IPCZD jest psycholog, nie tylko wspierający pacjentów i ich rodziny, lecz w równym stopniu wspierający personel medyczny Kliniki.

SŁOWA KLUCZOWE: poziom wiedzy, postawy, lekarze, pielęgniarki, dzieci, uporczywa terapia.

3. A psychologist supporting both patients and their families as well as medical personnel is an essential member of an interdisciplinary therapy team in the Department of Anaesthesiology and Intensive Therapy, Children's Memorial Health Institute.

KEYWORDS: level of knowledge, attitudes, physicians, nurses, children, persistent therapy.

Wstęp

Rozwój współczesnej medycyny daje coraz większe możliwości leczenia i przedłużania życia ludzkiego. Są to często zabiegi uciążliwe dla chorego, niemogące zmienić niepomyślnego przebiegu choroby, pochłaniające bardzo duże środki finansowe [1–4]. Przed lekarzami często staje konieczność rozstrzygnięcia, czy stosowana terapia przynosi spodziewaną korzyść, jaką będzie poprawa zdrowia chorego, czy też terapia jest daremna. Zdarza się, że wdrożenie lub dalsze stosowanie podjętych wcześniej procedur naraża chorego na niepotrzebne cierpienie fizyczne i psychiczne [5–9].

W dostępnej polskiej literaturze naukowej odnalezić można różne definicje pojęcia „uporczywa terapia” [1–10].

Według Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego to działanie, którego celem jest utrzymanie przy życiu nieuleczalnie chorego za pomocą nadzwyczajnych lub zwyczajnych środków leczniczych, ale wbrew jego najlepiej pojętym interesom, wbrew przekonaniom pacjenta, godności istoty ludzkiej i naturze [4].

Według definicji Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia uporczywa terapia to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta [5]. Polska Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca Życia ogranicza stosowanie słowa „uporczywa” do „umierania” osoby „nieuleczalnie chorej”. Poprzez „umieranie” należy rozumieć okres choroby, podczas którego stan chorego ciągle pogarsza się; można mówić wtedy o stanie terminalnym. Stan ten prowadzi nieuchronnie do śmierci w dającym się przewidzieć terminie.

Zgodnie z definicją podaną w *Karcie pracowników służby zdrowia* uporczywa terapia to stosowanie środków, szczególnie wyniszczających i uciążliwych dla chorego, co skazuje go na sztucznie przedłużaną agonię [6].

Definicja „uporczywa terapia” pozostawia duże wątpliwości i niejasności. W dużej mierze muszą być

one rozstrzygane przez leczonych i leczących [10–15]. W praktyce zastosowanie definicji uporczywej terapii pojawi się w dwóch etapach. Pierwszy etap to chwila, gdy lekarz uzna terapię za uporczywą. Będzie ona ułtwiona, gdy stosuje się istniejące w tym w momencie określone wytyczne, wskazówki, standardy. Drugi etap nastąpi przy podjęciu decyzji o odstąpieniu od stosowanej uporczywej terapii. Poszczególne etapy dotyczą pełnoprawnych relacji pacjent – lekarz [16–24].

Cele pracy

Cele pracy to analiza oraz porównanie wiedzy i postaw personelu medycznego – lekarzy i pielęgniarek pracujących w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Instytucie „Pomniku – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie – wobec prowadzenia uporczywej terapii.

Materiał i metody

Dobrowolne, anonimowe badania ankietowe przeprowadzono w grupie pracowników Instytutu – „Pomniku Centrum Zdrowia Dziecka”. W badaniach zastosowano autorski kwestionariusz. Formularz ankiety respondenci otrzymywali bezpośrednio z rąk osoby prowadzącej badania. Kwestionariusz zawierał 27 pytań: 8 pytań zamkniętych wielokrotnego wyboru, w tym 3 pytania półotwarte, oraz 19 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru.

W badaniach udział wzięło 76 pracowników Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii IPCZD: 50 (66%) pielęgniarek/pielęgniarzy (Grupa 1) oraz 26 (34%) lekarzy (Grupa 2). Przebadano 64 kobiety i 12 mężczyzn (w grupie lekarzy: 18 kobiet i 8 mężczyzn, w grupie personelu pielęgniarskiego: 46 kobiet i 4 mężczyzn). W badanej grupie lekarzy i pielęgniarek/pielęgniarzy 11 osób zatrudnionych było krócej niż 5 lat, 12 osób – od 5 do 10 lat, 37 osób – od 11 do 20 lat, 16 osób – dłużej niż 20 lat.

Uzyskane dane zebrano w arkuszu Microsoft Excel. Analizę statystyczną uzyskanych wyników przeprowadzono w programie STATISTICA 12.5 (licencja Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego). W związku z tym, że porównywano dwie niezależne grupy: grupę pielęgniarek/pielęgniarzy (Grupa 1) oraz grupę lekarzy (Grupa 2), oraz ze względu na charakter analizowanych danych (dane jakościowe, nieparametryczne) do analizy

statystycznej uzyskanych wyników wykorzystano nieparametryczny test statystyczny U Manna-Whitneya. Za istotny statystycznie przyjęto poziom istotności statystycznej $\alpha < 0,05$.

Autorzy niniejszej pracy nie uzyskali zgody Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na przeprowadzenie prezentowanych badań ze względu na fakt, że według komunikatu Komisji Bioetycznej WUM: „Komisja nie wydaje opinii w sprawie badań ankietowych, retrospektywnych i innych nieinwazyjnych badań naukowych” [25].

Wyniki

Większość badanych pielęgniarek/pielęgniarzy i lekarzy uważa, że nie można się przyzwyczaić do śmierci pacjenta. Duża grupa badanych deklaruje, że śmierć pacjenta podczas dyżuru ma duży wpływ na życie prywatne pracownika medycznego. Większość badanych uczestniczyła w swojej pracy zawodowej w procedurach, które miały znamiona uporczywej terapii. Zdecydowana większość badanych twierdziła, że pacjent powinien mieć prawo do rezygnacji z uporczywej terapii. Pracownicy medyczni Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii IPCZD deklarowali, że podjęcie decyzji o zaprzestaniu leczenia wpłynie na jakość i rodzaj świadczonej opieki. Szczegółowe wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Postawy badanych pielęgniarek/pielęgniarzy i lekarzy z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii IPCZD wobec uporczywej terapii – analiza różnic

Table 1. Attitudes of nurses and physicians of Department of Anesthesiology and Intensive Therapy, Children's Memorial Health Institute towards persistent therapy – analysis of differences

| Pytanie/Question | Grupa/Group 1 | Grupa/Group 2 | p |
|---|---|---------------|----|
| Czy uważa Pani/Pan, że można się przyzwyczaić do śmierci pacjenta?/In your opinion, is it possible to get used to death of a patient? | Tak/Yes | 3 | 3 |
| | Raczej tak/Rather yes | 10 | 5 |
| | Raczej nie/Rather no | 24 | 10 |
| | Nie/No | 11 | 7 |
| Czy śmierć pacjenta w trakcie pracy na dyżurze ma wpływ na Pani/Pana życie prywatne?/Does death of a patient that happens when you are on duty influence your private life? | Tak, ma wpływ/Yes, it does | 10 | 3 |
| | Ma częściowy wpływ/Partly yes | 33 | 11 |
| | Nie ma wpływu/No, it doesn't | 6 | 10 |
| Czym dla Pani/Pana jest uporczywa terapia?/What do you mean by persistent therapy? * | Nadmierne sztuczne podtrzymywanie przy życiu pacjenta ze śmiertelnymi zmianami chorobowymi/Excessive artificial life support for patients with lethal lesions | 48 | 24 |
| | Odlączenie pacjenta od respiratora na określonych warunkach/Weaning a patient off the ventilator on certain conditions | 1 | 0 |
| | Daremną terapią niedającą szans na przeżycie/Futile therapy offering no chance of survival | 33 | 16 |

| | | | | | | |
|---|---|------------------------------------|----|----|----|------|
| Co dla Pani/Pana oznacza odstąpienie od uporczywej terapii?/What do you mean by withdrawal from persistent therapy? | Przerwanie rozpoczętej procedury/Discontinuation of the procedure | 6 | 2 | NS | | |
| | Niepodjęcie nowej/kolejnej procedury/Failure to initiate the next procedure | 44 | 24 | | | |
| Proszę zaznaczyć działania, jakie według Pani/Pana będą świadczyć o uporczywym leczeniu/Please indicate actions that, according to you, may be evidence of persistent therapy * | Transfuzje krwi i preparatów krwio pochodnych/Transfusion of blood and blood products | 22 | 6 | NS | | |
| | Antybiotykoterapia/Antibiotic therapy | 7 | 2 | | | |
| | Odżywianie pozajelitowe/Parenteral nutrition | 6 | 3 | | | |
| | Leczenie nerkozastępcze – dializy/Renal replacement therapy – dialysis | 17 | 14 | | | |
| | Resuscytacja krążeniowo-oddechowa/Cardiopulmonary resuscitation | 38 | 25 | | | |
| | Włączanie lub zwiększanie przepływu amin katecholowych/Initiating or increasing the flow of catecholamines | 43 | 20 | | | |
| | Zwiększanie parametrów wentylacji/Increasing the ventilation parameters | 30 | 10 | | | |
| | Zlecanie badań laboratoryjnych i epidemiologicznych, np. posiewy/Referring for laboratory and epidemiological studies, e.g. culture tests | 20 | 7 | | | |
| | Czy uczestniczyła Pani/uczestniczył Pan podczas swojej pracy zawodowej w procedurach, które według Pani/Pana miały znamiona uporczywej terapii?/In your professional practice, have you ever participated in procedures that, in your opinion, are typical of persistent therapy? | Tak, raz/Yes, once | 5 | | 0 | 0,01 |
| | | Tak, kilka razy/Yes, several times | 34 | | 18 | |
| Tak, często mi się to zdarza/Yes, it often happens | | 10 | 8 | | | |
| Czy uważa Pani/Pan, że pacjent ma prawo zrezygnować z uporczywego leczenia?/Do you believe that patients have the right to withdraw from persistent therapy? | Tak/Yes | 42 | 24 | NS | | |
| | Nie/No | 2 | 0 | | | |
| | Nie mam zdania/No opinion | 6 | 2 | | | |
| Kto według Pani/Pana może podjąć decyzję o zaprzestaniu uporczywego leczenia?/In your opinion, who may decide whether to withdraw from persistent therapy? * | Pacjent/Patient | 36 | 25 | NS | | |
| | Lekarz/Physician | 31 | 19 | | | |
| | Osoba duchowna/Clergy person | 0 | 0 | | | |
| | Nikt nie ma prawa/Nobody has such right | 2 | 0 | | | |
| | Rodzina pacjenta/Patient's family members | 34 | 16 | | | |
| | Pielęgniarka/Nurse | 1 | 0 | | | |
| | Komisja Bioetyczna/Ethical Review Board | 24 | 22 | | | |
| Jakich emocji doświadcza Pani/Pan podczas podejmowania takiej decyzji?/What emotions do you experience when making such a decision? * | Gniew/Wrath | 2 | 0 | NS | | |
| | Bezsilność/Powerlessness | 33 | 17 | | | |
| | Lęk/Anxiety | 3 | 0 | | | |
| | Strach/Fear | 1 | 0 | | | |
| | Wściekłość/Rage | 6 | 0 | | | |
| | Ułga/Relief | 10 | 7 | | | |
| | Złość/Anger | 5 | 2 | | | |
| | Bezradność/Helplessness | 26 | 13 | | | |
| | Irytacja/Irritation | 4 | 0 | | | |
| | Smutek/Sadness | 38 | 16 | | | |
| Zał/Grief | 32 | 9 | NS | | | |
| | Rezygnacja/Resignation | 9 | | 6 | | |
| | Zwątpienie/Doubt | 13 | | 3 | | |

| | | | | |
|---|---|----|----|------|
| Co dla Pani/Pana oznacza pojęcie „godna śmierć“?/ What do you mean by 'dignified death'? * | Walka ze śmiercią przy wykorzystaniu wszystkich możliwości, jakie daje współczesna medycyna/Fighting death using all possibilities offered by modern medicine | 4 | 2 | |
| | Prawo każdego człowieka do odpowiedniego traktowania podczas umierania/Right of every person to be treated fair when dying | 46 | 26 | |
| | Poinformowanie pacjenta o jego stanie i możliwych sposobach leczenia, przez możliwość dokonania wyboru/Providing patients with information about their condition and possible treatment options and thus providing them with a choice | 28 | 18 | NS |
| | Brak niepokojących objawów utrudniających relacje z otoczeniem/Absence of alarming symptoms hindering relationships with the environment. | 3 | 5 | |
| | Przeżycie śmierci po ludzku i chrześcijańsku, nieuciekanie przed nią/Experiencing death in human and Christian manners, not escaping it | 35 | 13 | |
| W którym z podanych miejsc według Pani/Pana można mówić o „godniejszej śmierci“?/ Which place do you associate with a 'more dignified death'? * | W szpitalu/Hospital | 5 | 5 | 0,05 |
| | W domu/Home | 32 | 14 | |
| | W ZOL-u/Nursing home | 3 | 2 | |
| | W hospicjum/Hospice | 14 | 7 | |
| Czym dla Pani/Pana będzie „godna śmierć“?/ What will you associate with 'dignified death'? * | Eutanazją bierną/Passive euthanasia | 3 | 0 | NS |
| | Przerwaniem uporczywej terapii/Withdrawal from persistent therapy | 45 | 23 | |
| | Wykonaniem protokołu DNR/Following DNR protocol | 8 | 6 | |
| | Oddaniem pacjenta do innego ośrodka, np. hospicjum, ZOL-u/Transferring patients to another centre, e.g. hospice, nursing home | 4 | 1 | |
| Czy uważa Pani/Pan, że podjęcie decyzji o zaprzestaniu leczenia wpłynie na jakość i rodzaj świadczonej opieki?/In your opinion, does a decision about discontinuation of treatment influence the quality and type of care provided? | Tak/Yes | 8 | 5 | NS |
| | Nie/No | 34 | 18 | |

Grupa 1 – grupa pielęgniarek/pielęgniary/Group 1 – nurses;

Grupa 2 – grupa lekarzy/Group 2 – physicians

* udzielone odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ w pytaniu można było wybrać więcej niż jedną odpowiedź/the answers do not sum up to 100%, because more than one answer could have been chosen in the question

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Większości badanych nie zdarzyło się nie zgodzić z przełożonym w stosunku do podjętej decyzji o zaprzestaniu leczenia, mimo tego, że musieli oni wykonywać polecenia zwierzchników, które budziły sprzeciw, ponieważ świadczyły o prowadzeniu uporczywej terapii (Tabela 2).

Tabela 2. Postawy pielęgniarek/pielęgniary i lekarzy z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii IPCZD w sytuacji konfliktu moralnego wywołanego sprzeczną opinią przełożonego wobec utrzymania lub zaprzestania uporczywej terapii

Table 2. Attitudes of nurses and physicians of Department of Anaesthesiology and Intensive Therapy, Children's Memorial Health Institute in the case of moral conflict caused by contradictory opinion of superior on continuation or discontinuation of persistent therapy

| Pytanie/Question | Grupa/ Group | | p | |
|--|--------------------------|----|----|------|
| | 1 | 2 | | |
| Czy zdarzyło się Pani/Panu nie zgodzić z przełożonym w stosunku do podjętej decyzji o zaprzestaniu leczenia?/Have you ever disagreed with your superior over a decision about discontinuation of treatment? | Tak/Yes | 18 | 8 | 0,01 |
| | Nie/No | 34 | 16 | |
| Czy musiała Pani/musił Pan wykonać polecenie zwierzchników, które budziły Pani/Pana sprzeciw, bo świadczyły o prowadzeniu uporczywej terapii?/Have you ever had to carry out instructions from your superiors that met your objections since they proved to be evidence of persistent therapy? | Tak/Yes | 26 | 11 | 0,01 |
| | Raczej tak/Rather yes | 11 | 2 | |
| | Nie/No | 5 | 4 | |
| | Raczej nie/Rather no | 8 | 9 | |
| | Gniew/Wrath | 12 | 2 | |
| Jeśli tak, jakie emocje Pani/Panu wtedy towarzyszyły?/If yes, what emotions did you experience?* | Bezsilność/Powerlessness | 20 | 7 | NS |
| | Wściekłość/Rage | 7 | 1 | |
| | Złość/Anger | 16 | 4 | |
| | Bezradność/Helplessness | 16 | 4 | |
| | Oburzenie/Indignation | 20 | 5 | |
| | Agresja/Aggression | 0 | 0 | |
| | Irytacja/Irritation | 11 | 8 | |
| | Smutek/Sadness | 5 | 2 | |
| | Żal/Grief | 5 | 1 | |
| | Rezygnacja/Resignation | 2 | 2 | |
| Zwątpienie/Doubt | 9 | 0 | | |

Grupa 1 – grupa pielęgniarek/pielęgniary/Group 1 – nurses;

Grupa 2 – grupa lekarzy/Group 2 – physicians

* udzielone odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ w pytaniu można było wybrać więcej niż jedną odpowiedź/the answers do not sum up to 100%, because more than one answer could have been chosen in the question

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W opinii zdecydowanej większości badanych pracowników Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii IPCZD zarówno lekarze, jak i pielęgniarki/pielęgniarze nie są wystarczająco przygotowani do prowadzenia rozmów z rodziną pacjenta, który jest uporczywie leczony, i deklarują istniejącą potrzebę pomocy psychologicznej zarówno dla pacjentów i ich rodzin, jak również dla personelu medycznego Kliniki (**Tabela 3**).

Tabela 3. Opinie badanej grupy pielęgniarek/pielęgniarzy i lekarzy z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii IPCZD na temat przygotowania do rozmów z rodzinami pacjentów na temat uporczywej terapii
Table 3. Opinions of study groups of nurses and physicians of Department of Anaesthesiology and Intensive Therapy, Children's Memorial Health Institute on preparation for discussions with family members of patients about persistent therapy

| Pytanie/Question | | Grupa/ Group | Grupa/ Group |
|---|---|-----------------|-----------------|
| | | 1 | 2 |
| Czy uważa Pani/Pan, że lekarze są wystarczająco przygotowani do prowadzenia „trudnych” rozmów z rodziną pacjenta, który jest uporczywie leczony?/Do you think that physicians are sufficiently prepared for 'difficult' discussions with family members of patients undergoing persistent therapy? | Tak/Yes | 1 | 0 |
| | Raczej tak/ Rather yes | 8 | 3 |
| | Raczej nie/ Rather no | 16 | 6 |
| | Nie/No | 20 | 16 |
| Czy uważa Pani/Pan, że pielęgniarki są wystarczająco przygotowane do prowadzenia „trudnych” rozmów z rodziną pacjenta, który jest uporczywie leczony?/Do you think that nurses are sufficiently prepared for 'difficult' discussions with family members of patients undergoing persistent therapy? | Tak/Yes | 1 | 0 |
| | Raczej tak/ Rather yes | 5 | 3 |
| | Raczej nie/ Rather no | 18 | 12 |
| | Nie/No | 22 | 7 |
| Czy uważa Pani/Pan, że w Klinice Anestezjologii powinien być zatrudniony psycholog?/In your opinion, should there be a psychologist in the Department of Anaesthesiology? | Tak, jest potrzebny zarówno dla pacjenta, jego rodziców, jak i dla personelu/ Yes, the psychologist is necessary both for the patient and his/her family, as well as for the staff | 43 | 24 |
| | Nie mam zdania/ No opinion | 3 | 1 |

Grupa 1 – grupa pielęgniarek/pielęgniarzy/Group 1 – nurses;

Grupa 2 – grupa lekarzy/Group 2 – physicians

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Dyskusja

Pojęcie uporczywej terapii jest w Polsce ciągle pojęciem kontrowersyjnym. W dostępnym polskim piśmiennictwie naukowym odnaleziono wiele publikacji dotyczących uporczywej terapii jako jednej z metod działania wobec pacjenta w stanie terminalnym, w większości są to jednak publikacje dotyczące sporu moralno-etycznego dotyczącego definicji uporczywej terapii.

W badanej grupie pracowników medycznych: pielęgniarek/pielęgniarzy i lekarzy Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii IPCZD większość uważa, że nie można się przyzwyczaić do śmierci i ma ona wpływ na życie prywatne. Z badania przeprowadzonego przez CBOS na temat stosunku Polaków do śmierci wynika, że społeczeństwo nie lubi interesować się tematyką tanatyczną. Wyniki wskazują, że 29% respondentów nigdy nie myśli o śmierci, a 45% myśli rzadko lub bardzo rzadko. Z badania na temat umierania i śmierci wynika, że aż 32%, czyli co trzeci ankietowany, obawia się śmierci. Badanie pt. „Nasze postawy wobec umierania i śmierci” pokazało, że od czasu do czasu (38%) lub często (25%) zdarza się Polakom myśleć o śmierci. Warto zaznaczyć, że 34% ankietowanych rozmawia na temat śmierci i umierania. Istotne pytanie w tym badaniu dotyczy bezpośredniego kontaktu z osobą umierającą. Aż 94% ankietowanych odpowiedziało twierdząco na pytanie: czy kiedykolwiek widział(a) Pan(i) w domu lub szpitalu ciało osoby zmarłej? Zaskakujące może być to, że połowa z osób badanych była przy czyjejś śmierci. Z badań CBOS wynika, że wszyscy, którzy mają styczność ze śmiercią, częściej o niej myślą. Pojęcie „godna śmierć” respondentom z IPCZD kojarzy się z możliwością przerwania uporczywej terapii. Wśród badanej grupy 3 pielęgniarki odpowiedziały, że jest to eutanazja bierna. Literatura podaje, że trudno jest sprecyzować, czym jest „godna śmierć” [1–10]. W *Karcie pracowników służby zdrowia* można znaleźć, że jest to: „prawo do umierania w spokoju, z zachowaniem godności ludzkiej i chrześcijańskiej. Nie może ono oznaczać prawa do zadania sobie śmierci, ale do przeżywania śmierci po ludzku i po chrześcijańsku oraz do nieuciekania przed nią za wszelką cenę” [8]. Papieska Rada Cor Unum podkreśla, że powinno zakończyć się swoje życie, „zachowując integralność swojej osobowości i integralność związków, które łączą go [umierającego] z otoczeniem, a przede wszystkim z rodziną” [1]. Dla jednych „godną śmiercią” jest zgon naturalny bez sztucznego jego przyspieszenia i przedłużania, dla innych – prawo do eutanazji [4, 18].

Wyniki ankiety CBOS na temat „Postawy wobec eutanazji” wskazują, że społeczeństwo ma podzieloną opinię na temat eutanazji oraz postaw lekarzy pomagającym chorym w umyślnym skróceniu życia na własną prośbę (42% wyraża akceptację, a 40% – dezaprobatę takich czynów). Znaczny odsetek osób (44%) sprzeciwia się sytuacji, gdy lekarz nie chce spełnić prośby cierpiącego i nieuleczalnie chorego o podanie środków, które mogą spowodować śmierć. Lekarze powinni pomagać w „śmierci na życzenie” – tak twierdzi 40% ankietowanych. Wśród 37% respondentów panuje opinia, że lekarzy dopuszczających się podania leków powo-

dujących zgon w takiej sytuacji nie powinno się karać, natomiast tylko 25% respondentów jest za bezwzględnym karaniem. Jeżeli jednak określimy w ankiecie, że spełnienie prośby umierającego i cierpiącego to eutanazja, to aż 43% ankietowanych takie postępowanie określa za niedające się usprawiedliwić, a usprawiedliwia zaledwie 30%. Wpływ na to mogą mieć zapewne brak znajomości szerokiej definicji pojęcia eutanazji w społeczeństwie, negatywne skojarzenia oraz wiara. Zaskakujące w tym badaniu jest to, że ponad połowa respondentów (51%) chce legalizacji eutanazji. Ankietowani uważają, że prawo powinno zezwolić na podanie bezbolesnych leków skracających życie choremu umierającemu i cierpiącemu, jeśli taka jest jego wola oraz wola rodziny chorego. Przeciwnicy stanowią jedną trzecią respondentów (36%).

Większość z grupy badanej w IPCZD uważa, że najlepszym miejscem do „godnej śmierci” jest dom (pielęgniarki/pielęgniarze – 32%, lekarze – 14%). Tak sama liczba lekarzy uważa, że „godna śmierć” możliwa jest w każdym miejscu. Zaznaczyć należy, że jeden respondent stwierdził, iż ważne jest nie miejsce, ale atmosfera, jaka wtedy panuje wokół umierającej osoby. W badaniu CBOS „Stosunek Polaków do śmierci” na podobne pytanie w przeważającej większości ankietowani odpowiedzieli, że lepiej jest umierać w domu (68%), tylko 14% chce umierać w szpitalu. Polskie Towarzystwo Pediatryczne [5] podaje, że w przypadku dzieci zdecydowana większość umiera w szpitalach. Bardzo ważne jest również to, że bardzo duża liczba dzieci to pacjenci hospicjów. W innym badaniu CBOS pt. „O umieraniu i śmierci” ankietowani odpowiedzieli, że bardzo obawiają się opuścić swoich najbliższych (34%) lub trochę się obawiają (29%). Aż 31% z grupy badanej wcale nie obawia się samotności w tym ważnym czasie, a 21% niezbyt się tego obawia. Co czwarty ankietowany trochę się obawia samotności podczas umierania.

Rozwój medycyny sprzyja powstawaniu dylematu na temat podtrzymywania życia i uporczywej terapii. W badaniu CBOS pt. „Stosunek Polaków do śmierci” 44% respondentów stwierdziło, że osobie nieuleczalnie chorej należy pozwolić umrzeć bez środków podtrzymujących życie. Aż 39% ankietowanych uważa, że chory nieuleczalnie powinien być podtrzymany przy życiu za pomocą wszelkiej dostępnej aparatury. Trudności w wypowiedzeniu się na ten temat ma 17%. Zdecydowana większość grupy badanej w IPCZD uważa, że uporczywa terapia to nadmierne sztuczne podtrzymywanie przy życiu pacjenta ze śmiertelnym zamianami chorobowymi i niedające szans na przeżycie. Pracownicy zdecydowanie twierdzą, że nie powinny być wprowadzane kolejne procedury.

Działania, jakie według grupy badanej w IPCZD świadczą o stosowaniu terapii uporczywej, to: włączanie i zwiększanie przepływu amin katecholowych (lekarze – 20, personel pielęgniarski – 43), resuscytacja krążeniowo-oddechowa (lekarze – 25, personel pielęgniarski – 38), zwiększanie parametrów wentylacji (lekarze – 10, personel pielęgniarski – 30), transfuzje krwi i preparatów krwiopochodnych (lekarze – 6, personel pielęgniarski – 22), badania laboratoryjne i epidemiologiczne (lekarze – 7, personel pielęgniarski – 20), odżywianie pozajelitowe (lekarze – 3, personel pielęgniarski – 6), podawanie leków przeciwbólowych (lekarze – 0, personel pielęgniarski – 1). Polskie Towarzystwo Pediatryczne z kolei wymienia następujące, najczęściej stosowane metody w przypadku dzieci chorych na choroby nowotworowe: nawadnianie dożylnie – 95%, przetoczenie płytek krwi – 89% i krwi – 88%, żywienie dożylnie – 72%, katecholaminy – 66%, stosowanie respiratora – 59% [5].

W badaniach „O umieraniu i śmierci” przeprowadzonych przez CBOS większość respondentów stwierdziła, że bardzo obawia się umierania w bólu (33%) lub trochę się obawia (32%). Z badań przeprowadzonych w IPCZD wynika, że służba medyczna Kliniki Anestezjologii troszczy się o to, by pacjent nie cierpiał z bólu w tym czasie. Zwraca się także uwagę na jakże istotną rzecz, jaką są badania epidemiologiczne i laboratoryjne. Jeden z respondentów z grupy lekarzy podkreślił istotę badań epidemiologicznych ze względu na możliwość zakażenia innych pacjentów i konieczność ochrony ich zdrowia.

Zdecydowana większość pracowników Kliniki Anestezjologii (lekarze – 18, pielęgniarki/pielęgniarze – 34) podczas swojej pracy zawodowej uczestniczyła w procedurach o znamionach uporczywych. Większości osób ankietowanych na potrzeby niniejszej pracy (lekarze – 18, pielęgniarki/pielęgniarze – 34) po podjęciu decyzji o zaprzestaniu leczenia nie zdarzyło się nie zgodzić z przełożonymi. Zaskakujące jest to, że są osoby, które musiały wykonać polecenie budzące ich sprzeciw, bo świadczyło to o prowadzeniu uporczywej terapii („tak”: lekarze – 11, pielęgniarki/pielęgniarze – 26; „raczej tak”: lekarze – 2, pielęgniarki/pielęgniarze – 11). Personel pielęgniarski nie ma wpływu na podejmowanie decyzji tego typu. Z przeprowadzonych badań wynika, że taka decyzja wzbudza w tej grupie zawodowej wiele kontrowersji. Wskazane by było, aby lekarz podejmujący decyzję o odstąpieniu od leczenia zapytał się, co o tym sądzą pielęgniarki i jakie jest ich stanowisko w tej kwestii. Lekarze powinni pamiętać, że to pielęgniarki wykonują ich polecenia, które mają wpływ na nasze życie i – jak widać – często budzą nasz sprzeciw.

Mała liczba lekarzy ma zdolność przekazywania informacji o zdrowiu pacjenta, zwłaszcza jeśli jest ona dla niego i jego rodziny niepomyślna. Tego typu rozmo-

wa jest trudna do przeprowadzenia, także ze względu na niekompetencje chorego oraz naciski rodziny chorego. Lekarzowi ciężko jest wytłumaczyć zawikłaną sytuację chorego, jeśli nie potrafi wczuć się w jego sytuację. Grupa badana w IPCZD także stwierdziła, że brak jej umiejętności przeprowadzania rozmów z rodziną chorego i samym chorym. Respondenci ocenili te umiejętności u lekarzy („nie potrafią”: lekarze – 6, pielęgniarki/pielęgniarze – 16; „raczej nie”: lekarze – 16, pielęgniarki/pielęgniarze – 20) i u personelu pielęgniarskiego („nie potrafią”: lekarze – 12, pielęgniarki/pielęgniarze – 18; „raczej nie”: lekarze – 7, pielęgniarki/pielęgniarze – 22).

Częste spotkanie się z człowiekiem cierpiącym, obcowanie ze śmiercią, patrzenie na bezradność chorego i jego rodziny mają wpływ na opiekujący się nim personel. Pojawiają się problemy z radzeniem sobie ze stresem, emocjami, pojawia się wyczerpanie emocjonalne, a idąc dalej – wypalenie zawodowe [5–12]. Z przeprowadzonych badań wynika, że w Klinice Anestezjologii IPCZD potrzebna jest opieka psychologiczna. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki/pielęgniarze, odpowiedzieli, że jest ona potrzebna pacjentowi, jego rodzinie i personelowi (lekarze – 24, pielęgniarki/pielęgniarze – 43). Opieka nad pacjentem umierającym jest trudna i emocjonalnie obciąża czy to lekarza, czy pielęgniarkę [1–4].

Wnioski

1. Według badanej grupy pracowników medycznych pojęcia „uporczywa terapia” oraz „godna śmierć” nie są łatwe do jednoznacznego zdefiniowania: problematyczne jest określenie, czy odstąpienie od uporczywej terapii to zaprzestanie starej czy niepodejmowanie nowej procedury.
2. W opinii badanych, niezależnie od wykształcenia, posiadania rodziny czy stażu pracy, do śmierci pacjenta nie można się przyzwyczaić, co może pośrednio wpływać na życie prywatne personelu medycznego, dlatego też należy wdrożyć możliwie najskuteczniejsze narzędzia zapobiegawcze wypaleniu zawodowemu.
3. Pomimo że w opinii badanych decyzja o zaprzestaniu leczenia nie ma wpływu na jakość świadczonych usług medycznych, to wykonywanie poleceń przełożonych noszących znamiona uporczywej terapii wbrew własnemu sumieniu może w sposób pośredni przekładać się na sposób świadczonej opieki.
4. Niezbędnym członkiem interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii IPCZD jest psycho-

log, nie tylko wpierający pacjentów i ich rodziny, lecz w równym stopniu wspierający personel medyczny Kliniki.

Piśmiennictwo

1. Bołoz W. Prawa człowieka umierającego. *Med Prakt.* 2008; 11: 140–147.
2. Szczepaniak L. Podejmowanie decyzji o zaprzestaniu zabiegów podtrzymujących życie. *Bioet Zesz Pediatr.* 2006; 3: 111–133.
3. Bołoz W. Rezygnacja z uporczywej terapii jako realizacja praw człowieka umierającego. *Med Pal Prakt.* 2008; 2(3): 124–129.
4. Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci – wytyczne dla lekarzy. Warszawa: Polskie Towarzystwo Pediatryczne; 2011.
5. Bołoz W. Definicja uporczywej terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. *Med Pal Prakt.* 2008; 2(3): 77–84.
6. Karta pracowników służby zdrowia. Watykan. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia; 1995.
7. Krajewski P. Postęp medycyny i uporczywe terapia. *Studia Warmińskie.* 2003; 40: 107–116.
8. Wichrowski M. Analiza logiczna pojęcia terapia uporczywa. *Opieka Paliatywna nad Dziećmi.* 2009; 17: 53–57.
9. Machinek M. Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle nauki Kościoła. *Med Pal Prakt.* 2008; 2/3: 91–98.
10. Szewczyk K. Granice intensywnej terapii i ich wyznaczniki. *Anes Inten Ter.* 2007; 39: 50–54.
11. Skura-Madziła A. Umieranie w hospicjum jako sztuka umierania z godnością. *Piel XXI w.* 2008; 4(25): 37–41.
12. Bołoz W. Rezygnacja z uporczywej terapii a prawo do życia. *Med Prakt.* 2009; 9: 34–41.
13. Czarkowski M. Europejska Konwencja Bioetyczna. *Gaz Lek.* 2009; 2: 13–15.
14. Dangel T. Praktyka powstrzymania się od resuscytacji u dzieci w Polsce. *Stand Med.* 2009; 6: 1044–1050.
15. Świetliński J. Granice intensywnej terapii w neonatologii i pediatrii. *Opieka Paliatywna nad Dziećmi.* 2007; 15: 22–24.
16. Twycross R. Pozwolić odejść. *Med Pal Prakt.* 2009; 3(4): 161–165.
17. Biesaga T. Wobec uporczywej terapii. *Med Prakt.* 2005; 11: 26–29.
18. Sych M. Eutanazja – zagrożenie wartości życia. *Now Lek.* 1996; 65(3): 349–352.
19. Sadowska L, Przygoda Ł. Opieka hospicyjna jako alternatywa dla eutanazji. *Prz Med Uniwersytetu Rzeszowskiego.* 2005; 4: 372–379.
20. Śliwka M, Gałęska-Śliwka A. Stan wegetatywny, eutanazja, zaniechanie uporczywej terapii. *Państwo i Prawo.* 2009; 11: 17–31.
21. Kowalczyk M. Wypalenie zawodowe w pracy z terminalnie chorym pacjentem. *Med Pal Prakt.* 2010; 4(4): 154–158.
22. Murray AS. W jaki sposób uniknąć uporczywej terapii w opiece paliatywnej. *Med Pal Prakt.* 2010; 4(2): 86–91.
23. Grądalski T. Zgoda chorego na leczenie u kresu życia. *Med Pal Prakt.* 2010; 4(3): 119–124.
24. Zoll A. Zaniechanie leczenia – aspekty prawne. *Prawo i Medycyna.* 2000; 5(2): 31–40.
25. Komisja Bioetyczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, <http://komisja-bioetyczna.wum.edu.pl/content/szczeg%C3%B3l%C5%82owe-informacje-oraz-wzory-dokument%C3%B3w>.

Artykuł przyjęty do redakcji: 16.02.2016
Artykuł przyjęty do publikacji: 24.05.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Joanna Gotlib
ul. Żwirki i Wigury 61
02-091 Warszawa
tel.: 22 5720 490, fax: 22 5720 491, tel. kom.: +48 608 108 028
e-mail: joanna.gotlib@wum.edu.pl
Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Warszawski Uniwersytet Medyczny