

PRZEGLĄD SYSTEMATYCZNY/SYSTEMATIC REVIEW

Otrzymano/Submitted: 13.08.2012 • Zaakceptowano/Accepted: 05.09.2012

© Akademia Medycyny

Obecność rodziny pacjenta podczas szpitalnej resuscytacji krążeniowo-oddechowej, w opinii pielęgniarek - przegląd światowej literatury***Nurses 'attitudes towards patient's family presence during in-hospital cardiopulmonary resuscitation - world literature review*****Natalia Sak-Dankosky**

II Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

**Streszczenie**

Wstęp. Obecność rodziny pacjenta podczas resuscytacji jest stosunkowo nową koncepcją w medycynie ratunkowej. Jest ona wyrazem rosnącej tendencji do promowania opieki holistycznej, ukierunkowanej na pacjenta i jego rodzinę. **Cel.** Opisanie opinii pielęgniarek na temat obecności rodziny pacjenta podczas resuscytacji. **Materiał i metody.** Przegląd anglojęzycznych publikacji, opublikowanych w okresie 1996-2010, wyszukanych przy użyciu elektronicznych baz danych PubMed i CINAHL. **Wyniki.** W przeglądzie uwzględniono 19 oryginalnych publikacji. Analiza piśmiennictwa wykazała pozytywny i negatywny aspekt obecności bliskich chorego w trakcie resuscytacji. W większości placówek, brakuje wewnętrznych wytycznych na ten temat. **Wnioski.** Bardzo ważna jest edukacja personelu, w kwestii omawianego tematu. Kluczową rolę w działaniu systemu odgrywa oddelegowany członek zespołu, odpowiedzialny za procedurę. Konieczne jest wprowadzenie lokalnych wytycznych. Procedury oparte na faktach powinny uwzględniać etyczne i prawne aspekty problemu oraz określać zasady funkcjonowania zespołu resuscytacyjnego. Istnieje potrzeba dalszego prowadzenia badań, w celu lepszego zrozumienia i wdrażania zagadnienia. *Anestezjologia i Ratownictwo 2012; 6: 305-313.*

Słowa kluczowe: obecność rodziny pacjenta, resuscytacja prowadzona przy świadkach, resuscytacja krążeniowo-oddechowa, decyzje dotyczące końca życia, opinie, przegląd

Abstract

Background. Family presence at the bedside during CPR has been a relatively new concept in emergency medicine, raised as a result of increasing emphasis on concepts of holistic and family-centered care. **Purpose.** To describe nursing staff attitudes towards family-witnessed in-hospital resuscitation. **Material and methods.** Review of publications, written in English, published in 1996-2010, searched in PubMed and CINAHL databases. **Results.** Nineteen original articles were included in this review. The analysis has demonstrated positive and negative aspects of the problem. There is a lack of local guidelines, concerning this phenomenon. **Conclusion.** Education of the medical staff on the family presence problem is extremely important. There is a need to determine one person, among the medical team, responsible for the procedure. Local, research-based recommendations should be formulated. They should define general rules and include ethical and legal aspects of the problem. Further research is essential in order to understand and introduce family witnessed concept. *Anestezjologia i Ratownictwo 2012; 6: 305-313.*

Keywords: family presence, witnessed resuscitation, cardiopulmonary resuscitation, end-of-life decisions, attitudes, review

Wstęp

Obecność rodziny pacjenta podczas wykonywania zabiegów ratujących życie (family presence during CPR; family-witnessed resuscitation) jest stosunkowo młodym pojęciem w medycynie ratunkowej. Według Emergency Nurses Association oznacza ono: „stwarzanie rodzinie pacjenta możliwości bycia w miejscu, które zapewnia wizualny i/lub fizyczny kontakt z chorym podczas prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej” [1]. Pierwszy, opisany w literaturze przykład tego zjawiska, miał miejsce 1987 roku w Foot Hospital w Michigan, USA [2]. Autor opublikował raport, w którym opisał doświadczenia siedemdziesięciu członków rodziny, którym umożliwiono bierne uczestniczenie w resuscytacji. Badanie to zapoczątkowało dyskusję na ten temat oraz wytyczyło nowy trend w praktyce postępowania.

Obecność bliskich osób w trakcie prowadzenia resuscytacji, może być traktowana, jako kolejny krok w odchodzeniu od lekarskiego paternalizmu. Charakteryzuje się on autorytarnym podejściem do pacjenta i jego rodziny, w którym lekarz podejmuje samodzielnie wszelkie decyzje medyczne, nie konsultując zakresu i celowości postępowania z chorym i jego rodziną.

Jednak we współczesnej, zachodniej medycynie coraz częściej rezygnuje się z takiego anachronicznego modelu postępowania. Dlatego też, funkcjonująca przez lata praktyka wypraszania członków rodziny z sali reanimacyjnej jest coraz częściej poddawana wątpliwości. Nowe paradygmaty podkreślają znaczenie takich pojęć, jak: opieka zespołowa, satysfakcja pacjenta, holistyczny wymiar opieki i zdrowia oraz opieka uwzględniająca rodzinę chorego (family-centered care) [3]. To ostatnie zwraca szczególną uwagę na to, aby bliscy chorego byli właściwie informowani o stanie zdrowia pacjenta w każdej sytuacji oraz byli objęci opieką podczas trudnych chwil.

Prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej jest szczególną sytuacją, biorąc pod uwagę wymiar rodzinny. Badania wykazują, że bliscy chorego deklarują chęć obecności podczas wykonywania zabiegów ratujących życie ich bliskich. Dotychczasowe dowody wskazują na pozytywne skutki stosowania praktyki, która pomaga pogodzić się ze stratą ukochanej osoby oraz daje poczucie emocjonalnej bliskości do samego końca [4,5]. Pomimo widocznych korzyści, istnieją problemy natury moralno-etycznej, które wpływają na

negatywne postrzeganie omawianej praktyki [3,4,6]. W piśmiennictwie zwraca się również uwagę na kulturowy, ekonomiczny i prawny wymiar zagadnień, które trzeba uwzględnić dopuszczając obecność bliskich w trakcie prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej, pamiętając, że osoby te nie mają zwykle wykształcenia medycznego [7].

Rosnące zainteresowanie tą tematyką w środowisku medycznym oraz ilość publikacji naukowych, sprowokowała wiele towarzystw medycznych do opracowania rekomendacji porządkujących aspekty tego zagadnienia. Umieszczenie rozdziału omawiającego te kwestie w wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji z 2005 i 2010 roku dowodzi, jak dużą wagę przywiązuje do takiego postępowania to opiniotwórcze towarzystwo. Emergency Nurses Association, American Heart Association oraz American Association of Critical Care Nurses opracowały odpowiednie wytyczne, wyrażając swoje uznanie wobec rozwoju i stosowania tej praktyki [1,8,9]. European Federation of Critical Care Nursing wraz z European Society of Cardiology Council on Cardiovascular and Allied Professions opublikowały wspólne oświadczenie, w którym popierają to zjawisko [10].

Ze względu na specyfikę wykonywanej pracy, zwraca się szczególną uwagę na sposób postrzegania zjawiska obecności rodziny pacjenta podczas reanimacji przez pielęgniarki. Charakter ich pracy i nacisk, który kładzie się na holistyczny wymiar opieki nad chorym, determinują ich miejsce w zespole reanimacyjnym. Badania pokazują, że pielęgniarki, najczęściej spośród przedstawicieli zawodów medycznych wskazują na pozytywne strony tego zjawiska i są bardziej skłonne do rozważenia możliwości prowadzenia resuscytacji w obecności krewnych chorego [4,11-13]. To głównie do nich należy rola opiekuna osoby z rodziny pacjenta, który obserwuje resuscytację [14]. Wyniki badań sugerują, że wiele pielęgniarek zetknęło się z pytaniem członka rodziny pacjenta o możliwość obecności przy reanimacji ich bliskiego [5]. To podkreśla znaczenie tego zjawiska i konieczność zgłębiania go w celu prowadzenia debaty na temat, który w czasach rosnącego znaczenia praw pacjenta i jego rodziny będzie coraz częściej poruszany w medycynie ratunkowej.

Cel pracy

Celem niniejszego przeglądu literatury jest opisanie opinii personelu pielęgniarskiego na temat obec-

ności rodziny dorosłego pacjenta podczas szpitalnej resuscytacji krążeniowo-oddechowej..

Materiał i metody

W przeglądzie literatury zostały uwzględnione oryginalne publikacje, dotyczące postaw pielęgniarek wobec prowadzenia resuscytacji w obecności rodziny pacjenta. W celu znalezienia artykułów użyto elektronicznych baz danych: CINAHL i PubMed. Podstawą strategii wyszukiwania było zestawienie następujących słów kluczowych: „(family OR family members) presence”, „witnessed resuscitation”, „CPR OR resuscitation room”, „nurs* perspective”. Wybrano publikacje dostępne w całości, napisane w języku angielskim, opublikowane w latach 1995-2010. Liczba prac, spełniających te kryteria, wyniosła 78. Wybrano wyłącznie publikacje, dotyczące resuscytacji szpitalnej osoby dorosłej.

Wyniki

Po analizie jakościowej zebranego materiału, wyodrębniono 19 pozycji, które zostały zakwalifikowane do ostatecznej analizy. Większość badań (n=7) zostało przeprowadzonych w USA, trzy dotyczyły populacji z Wielkiej Brytanii, trzy z Turcji, po jednym z Australii, Singapuru, Irlandii, Kanady i Pakistanu. Jedno z badań, przeprowadzone przez szwedzkich badaczy dotyczyło populacji Norwegii, Szwecji, Irlandii i Wielkiej Brytanii. Najstarsze badanie zostało opublikowane w roku 1996, najnowsze w roku 2010. We wszystkich badaniach instrumentem badawczym była ankieta. Ze względu na problematykę i treść publikacji, wyniki zostały podzielone na trzy sekcje opisujące kwestie, które wyraźnie wyróżniały się podczas analizowania artykułów.

1. Postawa pielęgniarek względem obecności rodziny pacjenta przy szpitalnej resuscytacji

W większości publikacji (n = 10) pielęgniarki wyraziły akceptację wobec obecności rodziny podczas resuscytacji (badania z USA, n = 5; Wielkiej Brytanii, n = 2, po jednym z Irlandii, Kanady i Australii) [4,5,11,13,15-19]. W dwóch badaniach ilość osób, która wyraziła pozytywną opinię była podobna do tej, która wyraziła opinię negatywną. W siedmiu pielęgniarki wyraźnie podkreśliły, że według nich rodzina nie

powinna być obecna w sali reanimacyjnej (badania z Turcji, n = 3; po jednym Pakistanu; USA i Wielkiej Brytanii i Singapuru) [12,20-25]. Badania przeprowadzone w USA (2000) i Wielkiej Brytanii (1997) są starsze od badań z Turcji (2007-2009) i Pakistanu (2008) i Singapuru (2004). Pielęgniarki z wyższym wykształceniem, częściej wyrażały pozytywną opinię [15,19]. Duże znaczenie miało posiadanie specjalizacji z pielęgniarstwa ratunkowego oraz większe doświadczenie i dłuższy staż w zawodzie [16,21,26]. Badania pokazują, że pielęgniarki, które nigdy nie przeprowadzały resuscytacji przy świadkach, są bardziej niechętnie do rozważenia takiej możliwości, niż te, które teoretycznie, bądź praktycznie doświadczyły tego problemu [19,22,23,26].

▪ Wpływ obecności rodziny pacjenta przy szpitalnej resuscytacji na zespół reanimacyjny

- Wpływ negatywny

Najczęściej wymianianym czynnikiem, który według pielęgniarek, negatywnie wpływa na zespół reanimacyjny, jest ryzyko, że rodzina będzie przeszkadzać w prowadzeniu resuscytacji [5,11,15,17,20,21,24]. Poprzez niepohamowane i zrozumiałe dla tej sytuacji reakcje emocjonalne, świadkowie mogą opóźnić resuscytację oraz dekoncentrować członków zespołu. Inną przyczyną może być także za duża ilość osób wokół pacjenta, co może uniemożliwić wykonywanie pewnych czynności [16,17]. Pielęgniarki obawiają się także, że członkowie rodzin będą zadawać zbyt dużą ilość pytań, co może je rozpraszać [23].

Ważnym problemem, wynikającym z obecności rodziny podczas resuscytacji jest aspekt prawny. W wielu badaniach pielęgniarki zgłosiły swoje obawy dotyczące ryzyka dochodzenia roszczeń prawnych przez rodzinę pacjenta względem pracowników medycznych. Roszczenia te mogłyby dotyczyć między innymi niewykonania wszystkich możliwych czynności w celu uratowania chorego [5,6,15,17,20,21]. Jako powód pielęgniarki podają brak wiedzy i świadomości medycznej wśród członków rodziny pacjenta oraz niezrozumienia i złego interpretowania wykonywanych czynności resuscytacyjnych [11,16].

W wynikach badania, przeprowadzonego przez McClenathan'a i wsp., pielęgniarki uznały, że niekiedy specyficzny rodzaj humoru, który towarzyszy działaniom resuscytacyjnym i służy rozładowaniu napięcia, mógłby być źle odebrany przez członków rodziny

pacjenta, co mogłoby spowodować konsekwencje prawne [13].

Strach przed ewentualnymi konsekwencjami nie się za sobą wzrost poziomu stresu członków zespołu medycznego [18,22]. Dodatkowy dyskomfort spowodowany obecnością rodziny pacjenta powoduje, że osoby wykonujące zabiegi medyczne mogą czuć się niepewnie, co może mieć negatywny wpływ na ich jakość usług oraz powodować konflikty wśród członków zespołu [6,18,20].

W badaniach pielęgniarki poruszyły kwestię właściwego momentu na zaprzestanie resuscytacji. Wiele z nich deklaruje, że obecność rodziny pacjenta może wpłynąć na niepotrzebne przedłużanie akcji reanimacyjnej [20,21].

- Wpływ pozytywny

Według respondentów głównym powodem, dla którego warto rozważyć możliwość obecności rodziny chorego podczas resuscytacji, jest przekonanie, że krewni pacjenta, obserwując działania zespołu, zobaczą, że zostało zrobione wszystko, co można, aby uratować ich bliskiego [4,15,20,21]. Jest to ważne, biorąc pod uwagę kwestię ewentualnego ryzyka dochodzenia roszczeń przez rodzinę pacjenta [4,15]. Edukacja rodziny, która przyczynia się do lepszego zrozumienia czynności resuscytacyjnych, może zmniejszyć skutki niezrozumienia sytuacji, a co za tym idzie – uniknąć niepotrzebnych oskarżeń [15,16].

Gdy resuscytacji przyglądają się krewni ratowanego pacjenta, członkowie zespołu reanimacyjnego starają się bardziej koncentrować na wykonywanych czynnościach. Pielęgniarki deklarują, że podczas reanimacji w obecności rodziny chorego, dbają o to, aby ich zachowanie było w pełni profesjonalne [4].

▪ *Wpływ obecności rodziny pacjenta przy szpitalnej resuscytacji na członków rodziny*

- Wpływ negatywny

Badani twierdzą, że resuscytacji może być wyjątkowo traumatycznym przeżyciem dla rodziny pacjenta [13,16,17,23]. Oglądanie często brutalnych czynności resuscytacyjnych, wykonywanych na ukochanej osobie, może spowodować długotrwały uraz psychiczny [15,17,25]. Istnieje obawa, że najbardziej prawdopodobną reakcją na to, co rodzina zobaczy w sali reanimacyjnej, będzie szok i obrzydzenie, a nie akceptacja danej sytuacji [22]. W razie niepowodzenia

resuscytacji, pozostanie negatywne ostatnie wrażenie [15]. Dlatego część pielęgniarek uważa, że osoby nie związane z medycyną w ogóle nie powinny być obecne podczas resuscytacji w szpitalu [5].

Ze względu na swój charakter, resuscytacji może wydać się chaotyczna i niezorganizowana [22]. Biorąc pod uwagę uczucia rodziny, względem umierającej osoby oraz nadzieje, jakie pokłada się w członkach zespołu reanimacyjnego, istnieje ryzyko zarzucenia braku profesjonalizmu.

Pielęgniarki, w badaniu McClement'a i wsp., jako jedyne wskazały na ryzyko wystąpienia obrażeń członków rodziny [27]. Jest to związane z brakiem wystarczającej wiedzy rodziny, na temat sposobu zachowania się poszczególnych sytuacjach. Przykładem może być sytuacja, kiedy to podczas defibrylacji mogłoby dojść do poparzenia krewnego pacjenta.

W badaniu przeprowadzonym w Turcji przez Güneş i wsp., wskazuje się na kolejny ważny, z punktu widzenia prawa, problem. Obecność rodziny mogłaby naruszać prawo poufności danych chorego [6,25].

- Wpływ pozytywny

Większość badanych pielęgniarek, za podstawową zaletę zjawiska obecności rodziny podczas resuscytacji, uważa możliwość upewnienia się, że wszystko, co było możliwe, aby ocalić chorego, zostało zrobione [15,23,25,27]. Rodzina może osobiście przekonać się, ile wysiłku włożono w ratowanie pacjenta. To sprzyja polepszeniu zaufania rodziny do personelu medycznego [20]. Możliwość bycia obok podczas umierania bliskiej osoby pomaga w uporaniu się z żalem po jej stracie [15, 21]. Umożliwia to zaspokojenie emocjonalnych potrzeb rodziny i zaakceptowanie śmierci krewnego [17].

Badane osoby podkreślają, że zgoda na przebywanie rodziny w sali reanimacyjnej jest wyrazem szacunku wobec bliskich chorego [21]. Według McClement'a i wsp., podkreśla to holistyczny wymiar pacjenta oraz zmniejsza ryzyko bezosobowego podejścia do wykonywanej pracy [27].

2. **Potrzeba opieki nad rodziną pacjenta podczas prowadzenia szpitalnej resuscytacji**

W badaniach w większości powtarzało się przekonanie o potrzebie wyznaczenia jednej, konkretnej osoby z zespołu medycznego, której zadaniem byłoby opiekowanie się członkiem rodziny, przebywającym

w sali reanimacyjnej [19, 22]. Osoba ta miałaby pełnić rolę koordynatowa, wspierać i edukować krewnego, na temat tego, co mógłby zobaczyć i na co się ewentualnie przygotować [6]. Jednocześnie pielęgniarki zwracają uwagę na niedostateczną ilość personelu medycznego, co może utrudniać zorganizowanie stanowiska opiekuna rodziny [15,24,25]. W badaniu przeprowadzonym przez Booth'a i wsp. pielęgniarki twierdziły, że brak właściwej osoby, która pełniłaby rolę koordynatora i przewodnika rodziny podczas reanimacji, jest jednym z głównych powodów, dla których nie zgodziłyby się na obecność osób bliskich przy resuscytacji chorego [17]. Ze względu na ten problem podkreśla się konieczność zorganizowania specjalnych kursów dla personelu, które przygotowałyby do prowadzenia resuscytacji w obecności rodziny [6]. Mitchel i wsp. kładą nacisk na ważną rolę dobrze przygotowanej pielęgniarki, której wyraźne wskazówki przyczynią się do zrozumienia sytuacji przez bliskich chorego [21].

3. Obecność procedur określających zasady obecności rodziny pacjenta podczas prowadzenia szpitalnej resuscytacji

Z badań wynika, że w placówkach medycznych brakuje odpowiednich procedur, które określałyby sposób postępowania w przypadku prowadzenia resuscytacji przy bliskich chorego [6,20,24,26]. W badaniu przeprowadzonym przez MacLean i wsp. jedynie 5% pielęgniarek potwierdziło obecność takiej procedury [6]. W tureckich publikacjach znaczna większość respondentów przyznała, że na ich oddziałach nie ma odpowiednich algorytmów postępowania [20,24,26]. Wyniki badania Madden'a i wsp. wykazały, że personel często nie wie o istnieniu dokumentów określających tok postępowania w takim przypadku na oddziałach, na których pracują [18].

Zdaniem personelu pielęgniarskiego brak procedur jest błędem [6,11]. W badaniu przeprowadzonym przez Duran'a i wsp. większość respondentów opowiedziało się za koniecznością tworzenia algorytmów postępowania [11]. Bez względu na postawę personelu oddziału względem problemu, opracowanie ogólnych wytycznych jest niezbędne [6]. Według Redley i wsp. pomogłoby to zredukować obawy pracowników, jednocześnie wskazałoby drogę postępowania, w razie gdyby rodzina pacjenta zapytała się o możliwość przyglądania się resuscytacji [5].

Omówienie

Na podstawie wyników poszczególnych badań, uwzględnionych w przeglądzie literatury, można zauważyć, że postawa pielęgniarek, w odniesieniu do resuscytacji w obecności bliskich pacjenta, zmienia się z biegiem lat. Obserwuje się tendencję do coraz częstszej akceptacji tego zjawiska. Przepuszczalnie jest to związane ze wzrostem świadomości personelu medycznego na temat problemu, oraz z naciskiem, jaki w dzisiejszych czasach, kładzie się na nowe paradygmaty w medycynie. Jednym z nich jest konieczność holistycznego spojrzenia na pacjenta. Jest ona rozpatrywana w dwóch perspektywach. Pierwsza dotyczy pacjenta, jako jednostki, która składa się z kilku jednakowo ważnych sfer (między innymi fizycznej i psychicznej). Druga dotyczy pacjenta, jako osoby przynależącej do jakiejś całości, w której należy uwzględnić potrzeby całej grupy, aby móc zaspokoić wymagania jej poszczególnych członków. Indywidualnie rozpatrzone zgoda na pozostanie członka rodziny przy resuscytacji pacjenta uwzględnia holistyczny wymiar opieki.

Mimo wyraźnej tendencji do coraz częstszego akceptowania tego zjawiska, istnieją badania, w których jest ono wciąż negatywnie postrzegane. Może mieć to związek z populacją, wśród której zostały przeprowadzone. Różnice kulturowe, światopoglądowe czy etniczne mogą determinować postępowanie i postawy etyczne. W krajach zachodnich pielęgniarki są bardziej skłonne do wyrażenia zgody na pozostanie rodziny pacjenta przy łóżku chorego podczas resuscytacji, w porównaniu do pielęgniarek z krajów Azjatyckich [5,11-13,21].

Istotne różnice dotyczą nastawienia personelu do reanimacji oraz celów opieki. Kraje, w których implementuje się najnowsze odkrycia naukowe, promujące autonomię chorych, chętniej odnoszą się do tego zjawiska, niż kraje, w których wciąż największy nacisk kładzie się na działania czysto instrumentalne. W literaturze brakuje danych dotyczących postaw personelu w krajach Europy Wschodniej. Pozwoliłyby one stworzyć pełen obraz sytuacji oraz wyciągnąć wnioski i zaplanować postępowanie mające na celu poprawę jakości opieki nad pacjentem i jego rodziną.

Ong i wsp. sugerują, że negatywne podejście do resuscytacji szpitalnej prowadzonej przy świadkach wynika z braku doświadczenia [23]. Axellson i wsp. dodają, że jest to także kwestia właściwej edukacji personelu medycznego [26]. Dobrze wykształcony

personel jest bardziej skłonny do wprowadzenia zmian w rutynowym postępowaniu [19,25]. Wyniki badania przeprowadzonego przez Ellison'a i wsp. wskazują na wyraźny związek między dobrym przygotowaniem edukacyjnym, a akceptacją omawianego problemu [16]. Jego badania wspierają teorię wyrozumowanego zachowania według Ajzena i Fishbeina, która wskazuje czynniki socjalne, jako te, które wpływają na zmiany zachowań. Człowiek pracujący w inspirującym środowisku, w którym współpracownicy są dobrze wykształceni może przyczynić się do wprowadzania zmian [28]. Ukończenie przez pielęgniarki kursów doszkalających, doprowadziło do zmiany opinii i oceny na temat problemu obecności rodziny przy resuscytacji [29]. Dlatego też, główny nacisk powinien być kładziony na uświadamianie i edukację pracowników, na temat sposobu postępowania z rodziną pacjenta, oraz powodów, dla których warto rozważyć możliwość jej obecności w sali reanimacyjnej. Podkreśla także znaczenie przynależności do profesjonalnych organizacji, które wspierają idee resuscytacji przy świadkach. Podczas szkolenia nie można zapomnieć o uwzględnieniu kwestii różnic kulturowych, które mogą determinować różne, możliwe zachowania rodziny w sali reanimacyjnej [30]. Problemem może być fakt, że w literaturze wskazuje się na brak obecności modeli konceptualnych oraz teorii, związanych z tą problematyką. Opracowanie ich jest kluczowe w dalszym propagowaniu tego zagadnienia [6,13,22,31,32].

Jednym z głównych powodów, dla których personel medyczny nie chce godzić się na przebywanie rodziny pacjenta podczas zabiegów ratujących życie, jest obawa, że spowoduje to długotrwały uraz psychiczny wśród świadków reanimacji [15,17,25]. Istnieje obawa, że traumatyczne wspomnienie ostatnich chwil osoby bliskiej może przyczynić się do poczucia obrzydzenia oraz żalu [15,23]. Badania, przeprowadzone na populacji składającej się z członków rodzin pacjentów, nie potwierdzają tych obaw. Zakaria i wsp. donoszą, że 94% respondentów zadeklarowało chęć bycia przy bliskim tuż przed jego śmiercią, podczas trwania resuscytacji krążeniowo-oddechowej [12]. Robinson i wsp. przeprowadzili badanie, na temat wpływu, jaki wywiera na członków rodziny umierającego ich obecność w sali reanimacyjnej. Populacja składała się z osób, które miały możliwość obserwacji resuscytacji w szpitalu. Żaden z badanych nie opuścił sali z powodu towarzyszącego stresu, ani nie czuł się przerażony tym, co zobaczył. Nikt nie żałował swojej decyzji [33]. Ponadto

osoby te twierdziły, że ułatwiło im to przeżywanie żałoby. Należy pamiętać, że ewentualna możliwość bycia w sali przy resuscytacji dotyczy tylko osób, które same wyrażą na to chęć.

Do innych problemów należy między innymi obawa o to, że świadkowie-laicy będą dekoncentrować personel i przeszkadzać mu w pracy. W retrospektywnym badaniu, przeprowadzonym w szpitalu, w którym uwzględnia się możliwość obecności rodziny przy resuscytacji, nie zaobserwowano ani jednego epizodu, w którym rodzina przeszkodziłaby w wykonywanych czynnościach [32]. Ponadto badania pokazują, że obecność rodziny powoduje, że personel zachowuje się w sposób bardziej profesjonalny oraz przywiązuje większą uwagę do okazywania szacunku umierającemu pacjentowi [34]. Silna mobilizacja i ciągłe doskonalenie umiejętności mogą spowodować, że obecność rodziny ratowanego wpłynie motywująco na zespół medyczny [4]. Według teorii dyfuzji innowacji Rogersa, człowiek przyswaja nowe pomysły częściowo poprzez analizę względnych korzyści oraz ryzyka. Innymi słowy ludzie mają w zwyczaju wykonywać czynności, w których czują się pewnie [35]. Dlatego też należy skupić się na odpowiednim szkoleniu oraz zdobywaniu doświadczenia przez pielęgniarki i lekarzy wykonujących na co dzień resuscytację krążeniowo-oddechową.

Badania wykazują, że pielęgniarki i lekarze są bardziej skłonni do rozważania możliwości przeprowadzenia resuscytacji przy członkach rodziny chorego, gdy bliskim towarzyszy przeszkolony pracownik zespołu [15,36]. Brak wiedzy medycznej wśród członków rodzin prowadzi do zwiększenia poziomu stresu zarówno, u bliskich pacjenta, jak i wśród personelu medycznego [34]. Dlatego tak ważna jest rola, oddelegowanego z zespołu „opiekuna”, który byłby pomocny przy tłumaczeniu trudnej terminologii i opisywaniu tego, co w dzieje się z pacjentem w danej chwili. W razie konieczności może on wyprowadzić bliskiego z sali reanimacyjnej. „Opiekun” powinien wyróżniać się określonymi cechami charakteru, takimi jak opanowanie i empatia. Powinien też posiadać zasób wiedzy z zakresu psychologii, aby wiedzieć jak rozmawiać z osobą w tej trudnej chwili. Niestety życie weryfikuje często możliwość oddelegowania do opieki nad rodziną jednego z członków grupy ratowniczej, z powodu małej liczebności zespołu. Priorytetem w tym wypadku jest sprawnie prowadzona resuscytacja i dobro pacjenta.

Kolejnym ważnym problemem, związanym z dopuszczeniem osób trzecich do biernego uczest-

nictwa w resuscytacji, jest potwierdzenie ich pokrewieństwa lub związków z poszkodowanym. Należy pamiętać, że również w trakcie działań ratunkowych personel medyczny jest zobowiązany do przestrzegania zasad dochowania tajemnicy lekarskiej i rozpowszechniania informacji na temat stanu chorego [22]. Problemem w tej sytuacji jest interpretacja pojęcia „rodzina”. Niektóre osoby, niebędące prawnie związane z osobą umierającą, mogą czuć się dyskryminowane. Według Emergency Nurses Association, termin ten powinien być pojęciem względnym [37]. To pacjent ma pierwszeństwo do określenia, kogo można uznać za członka jego rodziny. Może to być osoba: (1) spokrewniona, bądź niespokrewniona z pacjentem, (2) w szczególności sposób wspierająca pacjenta, (3) taka, z którą łączy pacjenta szczególna więź emocjonalna. W związku z tym do rodziny pacjenta, w tym wypadku, należy każda osoba, którą pacjent wskaże, jako swojego bliskiego [38]. Mimo że pielęgniarki obawiają się problemów związanych z kwestią poufności danych, autorzy sugerują, że jest to bardziej teoretyczna dyskusja niż faktyczny problem [39].

W piśmiennictwie podkreśla się, że warunkiem nieodzownym do wdrożenia programu dopuszczenia obecności bliskich w trakcie prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej, jest perfekcyjne prowadzenie akcji resuscytacyjnej oraz stworzenie modelu logistycznego związanego z obecnością przedstawiciela rodziny [40]. Takie działania muszą się wiązać z opracowaniem lokalnego (uwzględniającego specyfikę oddziału czy szpitala) algorytmu działania, ułatwiającego ujednoczenie postępowania. W kolejnym etapie zaleca się przeszkolenie pielęgniarek i lekarzy, pracujących w szpitalu pod kątem wdrożenia programu oraz szkolenie obejmujące symulację prawdziwego zdarzenia (rodzaj „poligonu”). W procesie tworzenia algorytmu bardzo ważne jest wsparcie kadry zarządzającej [30]. Dobrze skonstruowana procedura powinna być prosta i klarowna. Pomocne przy jej tworzeniu mogą być wzorce, opracowane przez organizacje, takie jak Europejska Rada Resuscytacji, czy Emergency Nurses Association, które po zmodyfikowaniu, uwzględniającym różnice kulturowe, mogą stanowić doskonałą podstawę do zaprojektowania modelu funkcjonowania zespołu medycznego. Według Emergency Nurses Association wytyczne powinny być oparte na najnowszych doniesieniach naukowych, aby promować wysoką jakość opieki nad pacjentem [37]. Ważne jest, aby proces wprowadzania polityki być spójny i trwały. Od tego zależy,

czy będzie ona prawidłowo opracowana i stosowana. Mimo rosnącego zainteresowania tym tematem, program wdrażania algorytmów wciąż nie jest doskonały. Brak właściwych procedur jest powszechnym problemem [6,20,24,33]. Według badań tylko 5% szpitali opracowało stosowne rekomendacje [6]. Często właśnie brak istnienia lokalnych algorytmów postępowania jest przyczyną niewdrażania programu.

Wnioski

Jednym z najważniejszych celów obecność rodziny pacjenta podczas wykonywania zabiegów resuscytacyjnych jest umożliwienie bliskim nieprzerwanego kontaktu z umierającym i potrzeba przekonania, że zapewniono mu najlepszą możliwą pomoc [4,15]. „Family-witnessed CPR” nie jest już dziś fanaberią, ale praktyką przyjętą w wielu szpitalach na świecie, w których funkcjonują zasady medycyny ukierunkowanej na rodzinę, tak zwaną „family-oriented medicine”. Umożliwiając rodzinie uczestniczenie w resuscytacji, personel medyczny zapewnia możliwość zaspokojenia ich potrzeb oraz przyczynia się do polepszenia wizerunku służby zdrowia.

Analiza światowych publikacji, dotyczących problemu obecności rodziny dorosłego pacjenta podczas resuscytacji, pozwala twierdzić, że negatywne podejście pielęgniarek to tego zjawiska jest związane z brakiem wiedzy oraz doświadczenia w podobnych sytuacjach. W związku z tym niezwykle istotna jest kompleksowa edukacja personelu pielęgniarskiego na ten temat. Na podstawie analizy opinii pielęgniarek, aby sprawnie prowadzić resuscytację w obecności bliskich chorego, istnieje potrzeba oddelegowania jednego z członków zespołu ratowniczego, którego zadaniem byłoby zajmowanie się członkami rodziny obecnymi przy łóżku chorego podczas resuscytacji. Gwarancją sukcesu tej praktyki jest opracowanie przez placówki medyczne stosownych wytycznych. Model postępowania powinien uwzględniać etyczne i prawne aspekty problemu oraz określać zasady funkcjonowania zespołu resuscytacyjnego.

Koncepcja „obecności bliskich w trakcie resuscytacji krążeniowo-oddechowej” wciąż wzbudza kontrowersje. Doświadczenia zebrane w zagranicznych szpitalach, udokumentowane licznymi publikacjami, pokazują, że wdrożenie systemu może być niezwykle cenne. W Polsce rutynowym postępowaniem jest wciąż wypraszenie rodziny z pomieszczenia, w którym

proceeds with resuscitation. It seems, however, that in the distant perspective such a practice will be questioned. It is necessary to continue the discussion and to conduct research on this topic, with particular attention to countries, in which this problem has not yet been discussed.

Podziękowania

The author thanks Dr Paweł Andrzejewicz from the II Clinic of Anesthesiology and Intensive Therapy at WUM for his valuable comments and help in writing this literature review.

Address for correspondence:

✉ Natalia Sak-Dankosky
II Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Banacha 1a; 02-097 Warszawa
☎ (+48 22) 599 20 02
✉ natalia.sak@op.pl

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo

- Emergency Nurses Association. Presenting the Option for Family Presence. 2nd ed. Emergency Nurses Association; 2001 [available at: www.ena.org]
- Doyle CJ, Post H, Maino J, Keefe M, Rhee K. Family participation during resuscitation: An option. *Ann Emerg Med* 1987;16:673-5
- Boudreaux ED, Francis JL, Loyacano T. Family presence during invasive procedures and resuscitations in the emergency department: A critical review and suggestions for future research. *Ann Emerg Med* 2002;40:193-205.
- Mayers TA, Eichhorn CJ, Guzetta CE, Clark AP, Klein JD, et al. Family presence during invasive procedures and resuscitation. *Am J Nurs* 2000;100:32-43.
- Redley B, Redley K. Staff attitudes towards family presence during resuscitation. *Accid Emerg Nurs* 1996;4:145-51.
- MacLean SL, Guzetta KE, White C, Fontaine D, Eichhorn DJ, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: Practices of critical care and emergency nurses. *Ame J Crit Care* 2003;12:246-57.
- European Resuscitation Council. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. *Resuscitation* 2010;81:1219-76.
- American Heart Association. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, part 2: ethical aspects of CPR and ECC. *Circulation* 2000;102:112-21.
- American Association of Critical Care Nurses. Practice Alert: Family Presence during CPR and Invasive Procedures. American Association of Critical Care Nurses 2004 [available at: <http://www.aacn.org>]
- Fulbrook P, Latour J, Albarran J, de Graaf W, Lynch F, et al. The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: European Federation of Critical Care Nursing associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. Joint Position Statement. European federation of Critical Care Nursing associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions and Connect Healthcare Publishing Ltd; 2007.
- Duran CR, Oman KS, Abel JJ, Koziel VM, Szymanski D. Attitudes toward and beliefs about family presence: A survey of health care providers, patients' families, and patients. *Am J Crit Care* 2007;16:270-9.
- Zakaria M, Siddique M. Presence of family members during cardio-pulmonary resuscitation after necessary amendments. *J Pak Med Assoc* 2008;58:632-5.
- McClenathan BM, Torrington KG, Uyehara FT. Family member presence during cardiopulmonary resuscitation. *ACCP* 2002;122:2204-11.
- Chalk A. Should relatives be present in the resuscitation room? *Accid Emerg Nurs* 1995;3:58-61.
- Grice AS, Pieton P, Deakin CDS. Study examining attitudes of staff, patients and relatives to witnessed resuscitation in adult intensive care units. *Br J Anaesth* 2003;91:820-4.
- Ellison S, Bridge O. Nurses' attitudes toward family presence during resuscitative efforts and invasive procedures. *J Emerg Nurs* 2003;29:515-21.
- Booth MG, Woolrich L, Kinsella J. Family witnessed resuscitation in UK emergency departments: a survey of practice. *Eur J Anaesthesiol* 2004;21:725-8.
- Madden E, Condon C. Emergency nurses' current practices and understanding of family presence during CPR. *J Emerg Nurs* 2007;33:433-40.

19. Twibell RS, Siela D, Rivitis C, Wheatley J, Riegle T, et al. Nurses' perceptions of their self-confidence and the benefits and risks of family presence during resuscitation. *Am J Crit Care* 2008;17:101-11.
20. Demir F. Presence of patients' families during cardiopulmonary resuscitation: physicians' and nurses' opinions. *J Adv Nurs* 2008;63:409-16.
21. Mitchel MH, Lynch MB. Should relatives be allowed in the resuscitation room? *Accid Emerg Med* 1997;14:366-9.
22. Helmer SD, Smith RS, Dort JM, Shapiro WM, Katan BS. Family presence during trauma resuscitation: a survey of AAST and END Members. *J Trauma* 2000;40:1015-24.
23. Ong OH, Chan YH, Srither DE, Lim YH. Asian medical staff attitudes towards witnessed resuscitation. *Resuscitation* 2004;60:45-50.
24. Badir A, Sepit D. Family presence during CPR: A study of the experiences and opinions of Turkish critical care nurses. *Int J Nurs* 2007;44:83-92.
25. Güneş UY, Zaybak AA study of Turkish critical care nurses' perspectives regarding family-witnessed resuscitation. *J Clin Nurs* 2009;18:2907-15.
26. Axelsson AB, Fridlund B, Moons P, Mårtensson J, Op Reimer WS. European cardiovascular nurses' experiences of and attitudes towards having family members present in the resuscitation room. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2010;9:15-23.
27. McClement SE, Fallis WM, Pereira A. Family presence during resuscitation: canadian critical care nurses' perspectives. *J Nurs Scholarsh* 2010;41:233-40.
28. Ajzen I, Fishbein M (red.). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1980. p 82.
29. Axelsson AB, Zettergren M, Axelsson C. Good and bad experiences of family presence during acute care and resuscitation. What makes the difference? *Eur J Cardiovasc Nurs* 2005;4:162-9.
30. York NL. Implementing a Family Presence Protocol Option. *Dimens Crit Care Nurs* 2004;23:84-8.
31. Sacchetti A, Lichenstein R, Carraccio CA, Harris R. H. Family member presence during pediatric emergency department procedures. *Pediatr Emerg Care* 1996;12:268-71.
32. Hanson C, Strawser D. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nine-year perspective. *J Emerg Nurs* 1992;18:104-6.
33. Robinson SM, Mackenzie-Ross S, Campbell Hewson GL, Egleston CV, Prevost AT. Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *Lancet* 1998;352:614-7.
34. Knott A, Carolyn CK. Nurses' beliefs about family presence during resuscitation. *Appl Nurs Res* 2005;18:192-8.
35. Hardin SR, Kaplow R (red.). *Synergy for Clinical Excellence: The AACN Synergy Model for Patient Care*. Boston: Jones & Bartlett Publishers; 2005.
36. Walker WM. Witnessed resuscitation. A concept analysis. *Int J Nurs Stud* 2006;43:377-87.
37. Guzzetta CE, Clark AP, Halm M. *Presenting the Option for Family Presence*, 3rd ed. Emergency Nurses Association 2007 [available at: www.ena.org]
38. Agart M. Creating advocates for family presence during resuscitation. *Medsurg Nurs* 2008;17:155-60.
39. Boyd R. Witnessed resuscitation by relatives. *Resuscitation* 2000;43:171-6.
40. Kingsnorth J, O'Connell K, Guzzetta CE, Edens JC, Atabaki S. Family presence during trauma activations and medical resuscitations in a pediatric emergency department: and evidence-based practice project. *J Emerg Nurs* 2010;36:115-21.