

ARTYKUŁ ORYGINALNY / ORIGINAL PAPER

Otrzymano/Submitted: 21.12.2017 • Zaakceptowano/Accepted: 19.03.2018

© Akademia Medycyny

Doświadczenie uporczywej terapii w pracy pielęgniarek pracujących w oddziałach intensywnej terapii – doniesienie wstępne***Persistent therapy in the opinion of nurses working in intensive care units – preliminary report*****Dariusz Bazaliński^{1,2}, Izabela Marciniak³, Izabela Sałacińska¹, Joanna Przybek-Mita^{4,5}, Paweł Więch¹**¹ Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów² Szpital Specjalistyczny Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny, Brzozów³ Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Miejski im. Jana Pawła II, Rzeszów⁴ Instytut Ratownictwa i Położnictwa, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów⁵ Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Rzeszów**Streszczenie**

Wstęp. Oddział intensywnej terapii posiada możliwości podtrzymywania farmakologicznie jak i mechanicznie, czynności niemal wszystkich narządów i układów ważnych życiowo co stworzyło warunki do permanentnego podtrzymywania funkcji życiowych. Terapia daremna jest źródłem cierpienia i bólu, stojącego w sprzeczności z prawem człowieka do godnego umierania. **Cel pracy.** Poznanie doświadczeń i opinii pielęgniarek/rzy oddziałów intensywnej terapii na temat uporczywej (daremnej) terapii. **Material i metody.** Badania przeprowadzono od marca do maja 2016 r. w grupie 100 osób, pracowników oddziałów intensywnej terapii. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki kwestionariusza ankiety konstrukcji własnej oraz analizę piśmiennictwa. Otrzymane wyniki poddano ilościowej analizie statystycznej. **Wyniki.** Większość badanych poprawnie definiuje pojęcie uporczywej terapii (69%). Odnotowano, że 73% badanych doświadczyło w praktyce zawodowej praktykowanie działań „sztucznie” przedłużających życie. Zlecenie lekarskie niezgodne z etyką zawodową wykonało 10,0% badanych z obawy na konsekwencje zawodowe, a 5,0% wykonało zlecenie i poinformowało przełożonych. Wśród wymienianych czynników niezwiązanych z prawem predysponujących do podejmowania i prowadzenia uporczywej terapii badani najczęściej wskazywali presję ze strony rodziny pacjenta (33,0%) oraz decyzję lekarza dyżurującego pod nieobecność lekarza prowadzącego. Większość badanych jako wyznacznik godnej śmierci rozumiała usmierzanie bólu, niepokoju, duszności, gorączki (78,0%), okazywanie szacunku pacjentowi (66,0%), zapewnienie stałego kontaktu z najbliższymi osobami pacjenta (63,0%) oraz kontynuowanie specjalistycznej opieki pielęgniarstwa (61,0%). **Wnioski.** Pomimo prawidłowego pojmowania zagadnienia uporczywej terapii przez pielęgniarki, większość badanych uczestniczyła w procedurach nieadekwatnych do spodziewanego efektu terapeutycznego. Głównym czynnikiem predysponującym do podejmowania i prowadzenia terapii daremnej przez personel medyczny była presja ze strony rodziny pacjenta. Działania takie były inicjowane głównie przez lekarza dyżurnego pod nieobecność lekarza prowadzącego pacjenta. W ocenie pielęgniarek/rzy działania takie jak: profesjonalna pielęgnacja, leczenie bólu, zaopatrywanie ran, nawadnianie oraz żywienie doustne i dojelitowe nie są elementem terapii daremnej. *Anestezjologia i Ratownictwo 2018; 12: 52-61.*

Słowa kluczowe: uporczywa terapia, daremna terapia, personel pielęgniarstwa, Oddział Intensywnej Terapii

Abstract

Background. Intensive care unit has the ability to sustain pharmacologically and mechanically the activities of almost all organs and systems important to life, which created conditions for permanent maintenance of vital functions. The futile therapy is a source of suffering and pain, contrary to the human right to dignified dying. **Aim.** The aim of the paper is to get to know the opinions of nurses from intensive care units on the subject of persistent (futile) therapy. **Material and methods.** The study was conducted from March to May 2016 in a group of 100 nursing staff of intensive care units. The method of a diagnostic survey in the form of a questionnaire developed by the authors and the analysis of the literature were used in the study. The obtained results were subjected to quantitative statistical analysis. **Results.** Most of the respondents correctly defined the concept of persistent therapy (69%). 73% of the respondents experienced in their clinical practice activities of “artificially” extending life. 10.0% of the respondents carried out a doctors order non-compliant with the professional ethics for the fear of consequences, and 5.0% carried out the order and informed their superiors. Among the factors not related to law predisposing to taking up and conducting persistent therapy, the respondents most often indicated the pressure from the patient’s family (33.0%). The majority of the respondents as an indicator of dignified dying understood relieving pain, anxiety, shortness of breath, fever (78.0%), showing respect to the patient (66.0%), ensuring constant contact with the relatives (63.0%) and continuing specialized nursing care (61.0%). **Conclusion.** Despite the correct understanding of the issue of persistent therapy by nurses, the majority of the respondents participated in procedures inadequate to the expected therapeutic effect. The main factor predisposing for undertaking and running futile therapy by medical personnel was pressure from the patient’s family. Such activities were initiated mainly by the doctor on duty in the absence of the attending doctor. In the opinion of nurses, such actions as: professional care, pain treatment, dressing wounds, irrigation and oral and enteral feeding are not part of a futile therapy. *Anestezjologia i Ratownictwo 2018; 12: 52-61.*

Keywords: persistent therapy, futile therapy, nursing staff, Intensive Care Unit

Wstęp

Rozwój technologii terapeutycznych stworzył możliwość leczenia ciężkich postaci chorób uznawanych niegdyś za nieuleczalne. Stosowanie w praktyce klinicznej inwazyjnych procedur leczniczych podtrzymujących życie ludzkie spowodowało zwiększenie technicznych możliwości ratowania chorych, których jeszcze kilkanaście lat temu spotkałaby nieunikniona śmierć [1]. Współczesna intensywna terapia posiada najbardziej zaawansowane techniki diagnostyczno-terapeutyczne a opieka pielęgniarska świadczona jest na najbardziej zaawansowanym poziomie [2]. Podstawowym kryterium leczenia jest stan zagrożenia życia i potencjalna odwracalność niewydolności narządów. Jednak nie w każdym przypadku wykorzystanie wszystkich dostępnych działań terapeutycznych prowadzi do poprawy stanu klinicznego i przeżycia pacjenta. Mając na uwadze ten fakt, z różnych powodów, w wielu nieuleczalnych przypadkach przewlekłych chorób może dojść do zainicjowania działań związanych z uporczywym (daremny) leczeniem, nieosiągającym założonego celu ani nieprzynoszą-

cym korzyści dla pacjenta [3]. Uporczywą (daremna) terapię, według definicji, określa się jako „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 negatywnych objawów oraz żywienia i nawadniania [4,5]. Jej fundamentem jest walka ze śmiercią o życie człowieka mająca miejsce zwłaszcza na oddziałach intensywnej terapii, gdzie możliwości sztucznego podtrzymywania czynności niemal wszystkich narządów i układów ważnych życiowo farmakologicznie jak i mechanicznie stwarza warunki do zacieklego, przewlekłego i często, nieuzasadnionego podtrzymywania życia, mogącego być źródłem przedłużonego cierpienia i bólu, stojącego w sprzeczności z prawem człowieka do godnego umierania. Intensywna terapia niejednokrotnie zamiast prowadzić do odwrócenia niewydolności wielonarządowej może skutkować przedłużeniem procesu umierania. Daremna terapia kojarzona jest zazwyczaj

z momentem nieuchronnie nadchodzącej śmierci, a „zaciekle” leczenie może prowadzić do wydłużenia umierania niż życia [6]. W przypadku braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów u pacjentów hospitalizowanych na oddziałach intensywnej terapii nieuzasadnione stosowanie metod takich jak: resuscytacja krążeniowo-oddechowa, wentylacja mechaniczna, leczenie nerkozastępcze, elektroterapia serca, mechaniczne wspomaganie krążenia, pozaustrojowe wspomaganie układu oddechowego oraz wątroby może przedłużać proces umierania i nie przynosić żadnych korzyści dla pacjenta [7].

Celem pracy było poznanie opinii na temat uporczywej terapii wśród pielęgniarek/rzy pracujących na oddziałach intensywnej terapii.

Materiał i metody

W oparciu o opracowane kryteria doboru do badań (staż pracy w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii – OAIT – powyżej roku, wykształcenie pielęgniarskie) badania przeprowadzono wśród 100 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w oddziałach intensywnej terapii czterech wybranych szpitali w obrębie województwa podkarpackiego.

Badania zostały przeprowadzone w okresie od marca do maja 2016 roku. Udział w badaniach był anonimowy i dobrowolny, a materiał badawczy poufny. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety skonstruowany na potrzeby badania w oparciu o literaturę przedmiotu, składający się z 30 pytań otwartych i zamkniętych, dotyczących: posiadanej wiedzy na temat uporczywej terapii, czynników predysponujących w opinii badanych do podejmowania i prowadzenia uporczywej terapii, warunków stosowania uporczywej terapii, wyznaczników godnej śmierci. Kwestionariusze zostały wręczone osobiście przez przeszkolonych członków zespołu badawczego. Przed przystąpieniem do badania każdy z respondentów został ustnie i pisemnie poinformowany o celu badań oraz poinstruowany na temat sposobu wypełnienia kwestionariusza ankiety. Zwrot wypełnionego narzędzia był równoznaczny ze zgodą na udział w badaniu. W celu sprawdzenia narzędzia pod kątem zrozumienia pytań i wyeliminowania niezrozumiałych sformułowań, przed przystąpieniem do badań właściwych wykonano badania pilotażowe w grupie 20 pielęgniarek. Wyniki zaprezentowano w sposób tabelaryczny (liczba i odsetek odpowiedzi), z uwzględnieniem

podstawowych miar rozkładu (w tym: średnią arytmetyczną, medianę, minimum, maksimum). Analizę zebranych danych przeprowadzono z wykorzystaniem programu IBM SPSS Statistics 20.

Projekt badań uzyskał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Rzeszowskiego (uchwała Nr 7/12/2015). Zgromadzone dane zostały opracowane statystycznie przy pomocy programu statystycznego SPSS.

Wyniki

Wśród 100 badanych dominowały kobiety 95,0%, mężczyźni stanowili jedynie 5,0%. Wiek badanych był zróżnicowany i wahał się od 23 do 59 lat, połowa badanych miała poniżej 35,5 lat. Średnia wieku wynosiła $37,03 \pm 9,32$ lat. Zdecydowana większość ankietowanych pielęgniarek posiadała wykształcenie wyższe (86,0%), w tym 44,0% wykształcenie wyższe pierwszego stopnia (licencjat piel.) i 42,0% wyższe drugiego stopnia (magister piel.). Tylko 14% respondentów deklaroowało wykształcenie średnie. Staż pracy powyżej 20 lat odnotowano u 20% badanych osób, tyle samo respondentów pracowało od roku do 2 lat. Najmniejszą grupę (18,0%) stanowiły osoby pracujące od 3 do 5 lat. Specjalizacje w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki posiadało 24,0% respondentów (tabela I).

Większość respondentów (69,0%) definiowała uporczywą terapię jako „terapię, która nie osiąga celu leczniczego natomiast podtrzymuje jedynie funkcje życiowe, staje się powodem nadmiernego bólu i cierpienia nie przynosząc jakiegokolwiek korzyści dla pacjenta”, 13,0% ankietowanych określiło ten termin jako „prowadzenie leczenia, które wydłuża życie osób przewlekle i nieuleczalnie chorych”, 10,0% jako „wszelkie dostępne metody terapeutyczne wdrożone w celu opóźnienia zagrażającej życiu niewydolności narządów przy istniejących dowodach na nieuchronnie zbliżającą się śmierć pacjenta”.

Termin „uporczywa terapia” poprawnie zdefiniowało 87,0% osób posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

Analiza wyników wykazała, iż 69,0% ankietowanych uważało, że w sytuacji, gdy stosowanie dostępnych metod terapeutycznych wobec pacjenta nieuleczalnie chorego jest nieskuteczne i nie przynosi celu terapeutycznego jednocześnie powodując ból, cierpienie i przedłużone umieranie, należy wdrożyć działania paliatywne obejmujące leczenie przeciwbólowe,

Tabela I. Zestawienie ankietowanego personelu pielęgniarskiego według wieku oraz stażu pracy na Oddziale Intensywnej Terapii (N = 100)

Table I. The surveyed nursing staff by age and job seniority in the Intensive Care Unit (N = 100)

Grupa wiekowa	%	Staż pracy na Oddziale Intensywnej Terapii	%
23-25 lat	11,0	rok-2 lata	20,0
26-30 lat	25,0		
31-35 lat	14,0	3-5 lat	18,0
36-40 lat	11,0	6-10 lat	21,0
41-45 lat	19,0		
46-50 lat	13,0	11-20 lat	21,0
51-55 lat	5,0	pow. 20 lat	20,0
56-60 lat	2,0		

uspokajające, przeciwdrgawkowe tak, aby złagodzić cierpienie oraz zapewnić optymalną jakość życia. Tylko 21,0% badanych uznało, iż należy zaprzestać stosowania metod terapeutycznych podtrzymujących życie z wyjątkiem działań przeciwbólowych, uspokajających, przeciwdrgawkowych, żywienia oraz nawadniania, zaś pozostała część badanych (10,0%) uważała, że należy kontynuować działanie związane z sztucznym podtrzymywaniem funkcji życia.

Większość badanej grupy (78,0%) wyraziła opinię, iż w ciągu ostatnich 12 miesięcy podczas praktyki zawodowej uczestniczyła w procedurach związanych

z terapią daremną. Tylko 11,0% respondentów raczej nie uczestniczyło w takich działaniach, a 4,0% osób stanowczo negowało takie działania. Według 27,0% pielęgniarek podejmowanie takich działań wynikających z procesu leczenia jest częste.

Najczęściej podejmowanymi procedurami wobec pacjenta odbieranymi jako działania związane z uporczywą terapią były: podawanie na zlecenie leków stymulujących układ krążenia (45,3%), bezskuteczna, resuscytacja krążeniowo-oddechowa (28,0%), terapia nerkozastępcza (16,0%) czy wentylacja mechaniczna (14,7%) (tabela II).

Tabela II. Działania, procedury podejmowane przez badanych w ramach uporczywej terapii w opinii badanych
Table II. Actions, procedures undertaken by the respondents in the context of persistent therapy in the opinion of the respondents

	N = 75	%
bezszytane podawanie leków (amin katecholowych) stymulujących układ krążenia	34	45,3
bezszytana resuscytacja krążeniowo – oddechowa	21	28,0
terapia nerkozastępcza	12	16,0
wentylacja mechaniczna	11	14,7
przetaczanie krwi	10	13,3
asysta do zakładania wkłucia centralnego/do dializy	6	8,0
asystowanie przy badaniach inwazyjnych	5	6,7
pobieranie krwi	3	4,0
farmakologiczne wymuszanie diurezy	3	4,0
prowadzenie żywienia dojelitowego przez przetokę odżywczą	3	4,0
asystowanie do zabiegów chirurgicznych	2	2,7
prowadzenie żywienia parenteralnego	2	2,7
transport na dializy	1	1,3

*Dane nie sumują się ankietowani udzielali więcej niż jednej odpowiedzi

Mniej niż połowa ankietowanych (44,0%) w praktyce zawodowej obserwowała podtrzymywanie działań „sztucznie” przedłużających życie w odniesieniu do pacjentów w terminalnej fazie choroby, a 29,0% badanych osób zdecydowanie doświadczyło takich działań w swojej pracy.

Według ankietowanych, osobą podejmującą decyzję związaną z terapią daremna najczęściej był lekarz dyżurny i/lub kierownik oddziału. Rzadziej decyzję taką podejmował lekarz prowadzący. Badani zwracają uwagę na fakt silnego oddziaływania rodziny, która bardzo często wywiera silną emocjonalną i psychiczną presję na personel medyczny. Niemniej jednak

(80,0%) badanych, zadeklarowało, że nie otrzymało zlecenia lekarskiego i nie wykonywało procedur, które nie byłyby zgodne z etyką zawodową pielęgniarki i własnym sumieniem. Nieliczna grupa stanowiąca 14,0% zadeklarowała, że takie zlecenia wykonywała z obawy o możliwości poniesienia konsekwencji, 5,0% ankietowanych wykonało takie zlecenie i poinformowało przełożonych o tym fakcie a 4,0% badanych odmówiło ustnie wykonania danego zlecenia, zaś jedna z badanych osób uzasadniła swoją odmowę na piśmie (tabela III).

Ankietowani dokonali również oceny poziomu komunikacji w zespole pielęgniarka – lekarz na poziomie: dobrym (69,0%) i przeciętnym (31,0%). Czynniki

Tabela III. Procedury/ działania/ czynności niezgodne zdaniem badanych z zasadami etyki

Table III. Procedures / actions / activities noncompliant with the principles of ethics in the opinion of the respondents

	N = 14	%
bezskuteczne podawanie leków wspomagających układ krążenia w dużych dawkach u osób w terminalnej fazie choroby	7	50,0
uporczywa resuscytacja krążeniowo – oddechowa pacjenta w terminalnej fazie choroby	5	35,8
asystowanie do podłączenia sztucznej nerki u pacjenta w terminalnej fazie choroby	1	7,1
polecenia ustne bez wpisania do zleceń w sytuacji braku zagrożenia życia	1	7,1

Tabela IV. Czynniki determinujące wdrażanie i kontynuowanie uporczywej terapii w opinii badanych

Table IV. Factors determining the implementation and continuation of persistent therapy in the opinion of the respondents

	N = 95	%
presja ze strony rodziny pacjenta	35	36,8
wiara	14	14,8
sumienie	10	10,5
obawa przed odpowiedzialnością karną za zaniechanie pewnych procedur medycznych	7	7,4
nie ma takich czynników	6	6,3
wiek pacjenta	6	6,3
znajomość rodziny pacjenta	5	5,3
prawo i obowiązek życia, które powinny być respektowane i realizowane przez każdego człowieka	4	4,2
czynniki etyczno-moralne	4	4,2
presja otoczenia	4	4,2
przekonania osobiste	4	4,2
nadzieja	3	3,2
nierozpoznane choroby	2	2,2
czynniki ekonomiczne	1	1,1
empatia	1	1,1
niechęć wypełniania dokumentacji	1	1,1

*Dane nie sumują się ankietowani udzielali więcej niż jednej odpowiedzi

warunkujące w opinii badanych rozpoczęcie i kontynuowanie działań w zakresie uporczywej terapii przedstawiono w tabeli IV.

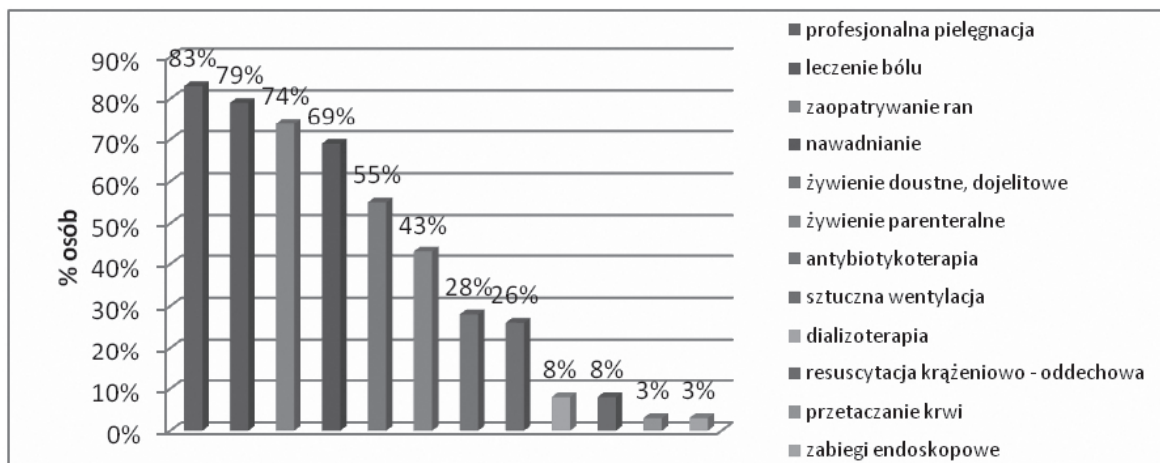
Kontrowersje wśród badanych wzbudziła problematyka odstąpienia od czynności resuscytacyjnych na prośbę pacjenta. Ponad połowa badanych osób (55,0%) uważała, że w sytuacji, kiedy pacjent podjął decyzję w stanie pełnej świadomości o nie podejmowaniu działań resuscytacyjnych to jego decyzja powinna mieć kluczowe znaczenie w zakresie podejmowania czynności resuscytacyjnych. Zdaniem 23,0% respondentów taka decyzja powinna być kluczowa, gdy jest to wola najbliższej rodziny przy równoczesnym braku świadomości pacjenta, z pisemnym orzeczeniem woli pacjenta. W opinii 16,0% osób decyzja pacjenta lub rodzinny nie powinna mieć kluczowego znaczenia, a 6,0% uznało, że przy braku świadomości pacjenta to wola najbliższej rodziny powinna być kluczowa.

Prawie jedna trzecia badanej grupy (29,0%) przyznaje, że uczestniczyła w pozorowanej procedurze, dotyczącej resuscytacji krążeniowo-oddechowej, która z góry była skazana na niepowodzenie ze względu na zaawansowanie choroby lub krytyczny stan pacjenta.

W opinii ponad połowy badanych osób (52,0%), w sytuacji zatrzymania krążenia u pacjenta ciężko i nieuleczalnie chorego, nie należało podejmować zabiegów resuscytacyjnych ze względu na niemożność odwrócenia procesu umierania.

W opinii respondentów pacjentowi z nierokującym stanem zdrowia, w ostatnich dniach życia należy zapewnić możliwie najlepsze warunki opieki poprzez takie działania jak: uśmierzanie bólu, niepokoju, duszności czy gorączki (78,0%), okazywanie szacunku (66,0%), zapewnienie stałego kontaktu z najbliższymi osobami pacjenta (63,0%), kontynuowanie specjalistycznej opieki pielęgniarskiej (61,0%) nawadnianie i żywienie według potrzeb (51,0%) (wyniki nie sumowały się do 100,0%). Żadna z badanych pielęgniarek nie zwróciła uwagi na aspekty komunikacji z rodziną.

Praktycznie większość respondentów stwierdziła, iż działania, które nie są związane z uporczywą terapią w aspekcie prowadzonej opieki nad pacjentem to przede wszystkim; profesjonalna pielęgnacja (83,0%), leczenie bólu (79,0%), zaopatrywanie ran (74,0%) czy nawadnianie pacjenta (69,0%) (rycina 1). Pacjentowi z nierokującym stanem zdrowia, w ostatnich dniach życia należy zapewnić możliwie najlepsze warunki opieki poprzez takie działania jak: uśmierzanie bólu, niepokoju, duszności czy gorączki (78,0%), okazywanie szacunku (66,0%), zapewnienie stałego kontaktu z najbliższymi osobami pacjenta (63,0%), kontynuowanie specjalistycznej opieki pielęgniarskiej (61,0%) nawadnianie i żywienie według potrzeb (51,0%) (wyniki nie sumowały się do 100,0%). Żadna z badanych pielęgniarek nie zwróciła uwagi na aspekty komunikacji z rodziną.



*Dane nie sumują się ankieterzy udzielali więcej niż jednej odpowiedzi

Rycina 1. Działania, które zdaniem badanych nie są związane z terapią daremną, w sytuacji opieki nad pacjentem

Figure 1. Activities that, according to the respondents, are not related to futile therapy in the situation of patient care

Omówienie wyników

Życie ludzkie jest fenomenem, przerastającym naukę; jednocześnie jest trudne do ujednoczenia i zamknięcia w sztywnych ramach nauki. Życie ludzkie jest bezcenne i niepowtarzalne, bez względu na stan zdrowia, wiek, płeć, kolor skóry i wyznanie. W sytuacji, gdy uznaje się jedynie prawo do życia i sprzeciw wobec śmierci, można leczenie ograniczyć wyłącznie do wydłużania życia za wszelką cenę i w każdej sytuacji. Niestety takie jednostronne podejście może prowadzić do działań jatrogennych oraz do zainicjowania terapii daremnej [8]. Według W. Bołoz i wsp. jednym ze stanowisk względem prawa do śmierci jest postawa dystanetyczna, której fundamentem jest zasada świętości życia. Stanowi ona, że życie ludzkie jest wartością nadrzędną, nienaruszalną. Powinnością medycyny jest ochrona ludzkiego życia wszelkimi metodami, za wszelką cenę i walka ze śmiercią, a towarzyszące chorobie ból i cierpienie są naturalnym elementem życia [5]. Eksperti z Brytyjskiego Towarzystwa Pediatrycznego (Royal College of Paediatrics and Child Health) wskazują na tzw. sytuację „bez szans”, która uprawnia do wycofania lub zaniechania terapii podtrzymującej życie. Niepotrzebnie przedłużane leczenie w takich warunkach staje się daremne, uciążliwe i sprzeczne z interesem pacjenta. Dlatego lekarz nie ma moralnego ani prawnego obowiązku, aby je prowadzić. Dodatkowo, jeśli taka daremna terapia jest kontynuowana świadomie, może stanowić pogwałcenie lub „niehumanitarne i poniżające traktowanie” w rozumieniu Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności [9].

W pracy przedstawiono opinie i postawy personelu pielęgniarskiego Oddziałów Intensywnej Terapii wobec „zjawiska” uporczywej terapii.

Badania własne wykazały, iż personel pielęgniarski, choć zróżnicowany wiekowo, dysponuje wiedzą w tematyce uporczywej terapii. Większość badanych, zwłaszcza deklarujących specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii, poprawnie definiuje pojęcie uporczywej (daremnej) terapii i wskazuje na sytuacje i czynniki predysponujące do takich działań. Pozwala to wnioskować, iż zagadnienia kliniczno-etyczne w tej grupie są dobrze znane.

Analiza zebranego materiału badawczego wykazała, iż w opinii respondentów silnym czynnikiem warunkującym wdrażanie i kontynuowanie uporczywej terapii jest presja ze strony rodziny pacjenta

poddanego leczeniu oraz wpływu sumienia na podejmowanie decyzji, które najczęściej uzależnione są od lekarza dyżurnego i/lub kierownika oddziału. Odpowiedzialność za planowanie, podejmowanie decyzji oraz prowadzenie terapii medycznej w sytuacji końca życia w Polsce spoczywa głównie na lekarzu, choć obserwuje się w opiece paliatywnej tendencje związane ze wspólnym zespołowym podejmowaniem takich decyzji. Odpowiedzialność ta ma charakter zawodowy, moralny oraz karny. Lekarz, który stwierdził, że możliwości leczenia zostały wyczerpane, ma obowiązek postępować zgodnie z artykułem 30 Kodeksu Etyki Lekarskiej [10]. Należy pamiętać, aby decyzyjność co do dalszego podtrzymywania funkcji życiowych pacjenta była uzależniona od transparentnych obiektywnych wskazań medycznych. Niestety nierzadko decyzja o kontynuacji bądź zaprzestaniu leczenia ulega zmianie w zależności od lekarza sprawującego w danym dniu dyżur. Opisana zależność może powodować sporą konsternację co do logicznego i spójnego kierunku działań całego zespołu medycznego. Choć personel pielęgniarski nie ma możliwości decydowania o prowadzonej terapii to bezdyskusyjnie w niej uczestniczy wykonując zlecenia lekarskie, jak i prowadząc samodzielne działania pielęgniarskie wynikające z funkcji zawodowych. Mając na uwadze niedoprecyzowanie prawa, jak i brak konkretnych zalegalizowanych zasad, co do sposobu postępowania w obliczu sytuacji zbliżającego się końca życia chorego, lekarze, podejmując decyzję o wdrażaniu, kontynuowaniu lub ograniczeniu uporczywej terapii, mają na uwadze również własne bezpieczeństwo prawne. Obarczanie pacjenta, jego rodziny lub przedstawicieli ustawowych koniecznością podjęcia decyzji uznawane jest za nieetyczne i bezzasadne w sytuacji, gdy brak jest interpersonalnej komunikacji, przekazywania informacji i zrozumienia sytuacji pacjenta i jego dalszego rokowania [11].

Większość hospitalizowanych pacjentów na oddziałach intensywnej terapii jest nieprzytomna z powodu choroby podstawowej, zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego i/lub prowadzonej farmakoterapii. Stanowi to przeszkodę do składania oświadczeń woli i decydowania o własnej osobie oraz o przebiegu leczenia. Nieuwzględnienie woli pacjenta w chwili pisemnego zlecenia DNAR (do not attempt resuscitation) może być łamaniem Artykułu 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. Ta zmiana jest głównym założeniem aktualnych Wytycznych Resuscytacji ERC

2015 (European Resuscitation Council 2015) w zakresie etyki w resuscytacji i decyzji dotyczących końca życia [12,13]. Młody wiek pacjenta, zwłaszcza okres dzieciństwa jest bardzo mocnym czynnikiem nasilającym rolę rodziców w procesie leczenia. Presja ze strony rodziny chorego staje się w takiej sytuacji decydująca. Chęć przedłużenia życia bliskiej osoby za wszelką cenę wynika z braku akceptacji śmierci jako naturalnego etapu w życiu człowieka oraz z obawy przed moralną odpowiedzialnością za rezygnację z dalszego leczenia. Obawa przed pomyłką, utożsamianie śmierci pacjenta z poczuciem klęski, chęć udowodnienia rodzinie, że wykorzystano się wszelkie dostępne metody i środki terapeutyczne do utrzymania chorego jak najdłużej przy życiu, często powodują przedłużenie i zintensyfikowanie procesu umierania [14,15].

Badania własne jednoznacznie wskazują, iż działania nieuznawane za elementy uporczywej terapii według personelu pielęgniarskiego to najczęściej profesjonalna pielęgnacja (83,0%), leczenie bólu (79,0%), zaopatrywanie ran (74,0%) czy nawadnianie (69%) oraz żywienie doustne, dojelitowe (55,0%) czy żywienie parenteralne (43,0%). Natomiast metody stosowane w stanach terminalnych takie jak antybiotykoterapia, leczenie ran, leczenie niewydolności krążeniowej, oddechowej, podawanie leków przeciwbólowych, przeciwdepresyjnych oraz uspokajających oraz stosowanie innych form opieki paliatywnej należą do zwykłej terapii, z której nie rezygnuje się w przypadku odstąpienia od terapii daremnej.

Opierając się na wytycznych, wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli, na OIT niewłaściwe stosowanie metod takich jak resuscytacja krążeniowo-oddechowa, wentylacja mechaniczna, leczenie nerkozastępcze, elektroterapia serca, mechaniczne wspomaganie krążenia, pozaustrojowe wspomaganie układu oddechowego oraz wątroby mogą przedłużać proces umierania i nie przynosić żadnych korzyści dla pacjenta [7,16]. Jak wynika z samej definicji uporczywej terapii, w jej zakres nie wchodzi podstawowe zabiegi pielęgnacyjne, minimalizowanie bólu i innych objawów oraz żywienie i nawadnianie, będące środkami proporcjonalnymi, o ile służą dobru chorego [5,7,8].

Według analizy badań własnych 78,0% osób podejmowało w swojej praktyce zawodowej działania terapeutyczno-opiekuńcze i/lub wykonywało zlecenia lekarskie związane z terapią nad pacjentem, które

nie osiągały celu leczniczego, jak i nie przynosiły żadnych korzyści a jedynie podtrzymywały funkcje życiowe chorego. Jednakże należy mieć na uwadze, iż bezskuteczne działanie nie zawsze oznacza „niepotrzebne”. Próba utrzymania pacjenta przy życiu wszelkimi dostępnymi metodami, może być uzasadniona; pomimo że szanse na sukces są niewielkie. W sytuacjach gdzie wyczerpano możliwości terapeutyczne a zgon pacjenta wydaje się być nieuchronny, zaprzestanie podtrzymywania funkcji układu krążenia i oddychania, staje się uzasadnione. A. Zoll uważa, iż nie jest naruszeniem obowiązku wynikającego z normy prawnej, rezygnacja z czynności reanimacyjnych, w sytuacji gdzie reanimacja może jedynie spowodować przedłużenie agonii. Również moralnie i prawnie godziwa jest ingerencja lekarska, która polega na wyłączeniu aparatów reanimacyjnych, po to, by nie przedłużać umierania [18].

Opierając się na wynikach badań M. Heland można wnioskować, że personel pielęgniarski oddziałów intensywnej terapii odgrywa ważną rolę w kontynuacji lub zaprzestaniu działań terapeutycznych i ma pozytywny wpływ na postawę pacjentów a zwłaszcza ich rodzin. Pielęgniarki odgrywają rolę mediacyjną i pojednawczą w sytuacji daremnego leczenia między członkami zespołu lekarskiego a rodzinami pacjentów, stanowią źródło wsparcia emocjonalnego istotnego do budowania zaufania i empatii [19,20]. W metaanalizie dokonanej przez J. Adams i wsp. w oddziałach intensywnej opieki medycznej, częste zaangażowanie pielęgniarek w daremną terapię zostało zidentyfikowane jako źródło stresu i niepokoju. Postrzeganie daremnej nieefektywnej, terapii przez pielęgniarki dotyczyło wykonywania zleceń terapeutycznych i badań diagnostycznych, podejmowania resuscytacji mającej opóźnić śmierć pacjentów będących w końcowej fazie życia [21].

Uzyskane wyniki badań własnych wskazują, że 80% pielęgniarek nie otrzymało zlecenia lekarskiego, które byłoby niezgodne z etyką zawodową i własnym sumieniem. Personel pielęgniarski wchodzący w skład zespołu interdyscyplinarnego, wykonuje samodzielnie działania terapeutyczno-opiekuńcze oraz wykonuje zlecenia lekarskie. Jednym z wyzwań, wobec których stoją pielęgniarki, jest resuscytacja krążeniowo-oddechowa, która może mieć znamiona uporczywej terapii oraz słabe zarządzanie w sytuacjach niemających uzasadnienia do podejmowania resuscytacji. Wdrożenie planu decyzyjnego i wzmocnienie roli pielęgniarki w edukowaniu i wspieraniu rodzin pacjentów w trakcie tego

procesu jest wyzwaniem intensywnej terapii. Według P. Andruszkiewicza i wsp. w latach siedemdziesiątych XX wieku, w Europie i USA podejmowano pozorowane działania ratownicze (w ograniczonym zakresie lub z opóźnieniem) w przypadku braku realnych szans na pełną resuscytację. Takie postępowanie określano słowami „pokaz”, „powolny” i było sugestią dla personelu jak postępować w sytuacji zatrzymania krążenia [14]. R. Sibbald i wsp. uważają, że pielęgniarki stoją przed wyzwaniem skonfrontowania się zarówno z częstą, rozszerzoną i daremną terapią, jak i jej brakiem. Uczestnicząc w uporczywej terapii pielęgniarka stoi w obliczu dylematu: wie, że taka opieka nie jest skuteczna, ale musi ją oferować. Jeśli pielęgniarki uważają, że zabiegi są nie tylko bezużyteczne, ale również zwiększają ból pacjentów i mają wpływ na jakość ich śmierci, mogą odczuwać moralny niepokój i frustrację [22].

Personel pielęgniarski odgrywa kluczową rolę w zarządzaniu opieką u kresu życia pacjenta. W opinii 78,0% badanych pacjentowi z nierokującym poprawy stanem zdrowia, w ostatnich dniach życia należy zapewnić godne warunki umierania, zgodne z etycznym postępowaniem takie jak: minimalizowanie bólu, niepokoju, duszności, gorączki. W dużym stopniu ankietowani wskazywali czynniki godnej śmierci, jakimi są: okazywanie szacunku umierającemu pacjentowi, zapewnienie stałego kontaktu z najbliższymi osobami, kontynuowanie specjalistycznej opieki pielęgniarskiej oraz nawadnianie czy żywienie pacjenta według potrzeb. Celem odstąpienia od uporczywej terapii nie jest pozbawienie życia pacjenta, lecz zapewnienie godnych warunków umierania w przypadku zbliżającej się nieuchronnej śmierci [20,21]. Zgonie z koncepcją ortotanazji będącą wyrazem szacunku dla ludzkiego życia i prawem do godnej śmierci należy dążyć do zapewnienia optymalnie wysokiej, jakości opieki przynoszącej ulgę w cierpieniu. Aktywne angażowanie się w proces komunikacji z członkami rodziny, poprzez interpretowanie i wyjaśnianie im co dzieje się z pacjentem, warunkuje, że członkowie rodziny są bardziej usatysfakcjonowani i zdolni do dalszych działań w zakresie akceptacji i podejmowania decyzji dotyczących losu pacjenta. Ten punkt widzenia prezentuje wielu autorów [19-22].

Ograniczenia badania

Prezentowane wyniki stanowią punkt widzenia, opinie i doświadczenia dotyczące uporczywej terapii wśród personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziałach intensywnej terapii. Aby całościowo zbadać problem należałoby porównać opinie lekarzy i rodzin pacjentów. Niemniej jednak stanowi źródło wiedzy, ponieważ jest niewiele doniesień w literaturze polskiej poruszających tę problematykę.

Wnioski

1. Pielęgniarki prawidłowo rozumieją pojęcie uporczywej terapii.
2. Badani przyznają, że uczestniczyli w działaniach medycznych, które mogą być uważane za „terapię daremną”
3. W opinii pielęgniarek presja ze strony rodziny pacjenta w głównej mierze predysponuje do podejmowania i prowadzenia terapii daremnej przez personel medyczny.
4. Zdaniem pielęgniarek czynnikiem determinującym wdrożenie uporczywej terapii w OIT była decyzja lekarza dyżurnego podjęta pod nieobecność lekarza prowadzącego.
5. W ocenie pielęgniarek działania takie jak: profesjonalna pielęgnacja, leczenie bólu, zaopatrywanie ran, nawadnianie oraz żywienie doustne i dojelitowe nie są elementem terapii daremnej.
6. Wyznacznikiem godnej śmierci jest: uśmierzenie bólu, niepokoju, duszności, gorączki, okazywanie szacunku pacjentowi, zapewnienie stałego kontaktu z najbliższymi osobami pacjenta oraz kontynuowanie specjalistycznej opieki pielęgniarskiej, w tym nawadnianie i żywienie.

Konflikt interesów / Conflict of interest
Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Paweł Więch

Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski
Al. mjr. W. Kopisto 2a; 35-310 Rzeszów

☎ (+48 17) 851 68 11

✉ p.k.wiech@gmail.com

Piśmiennictwo

1. Siewiera J, Kübler A. Terapia daremna dla lekarzy i prawników. Wrocław: Wydawnictwo Urban & Partner; 2015. ss. 1-96.
2. Rostami S, Jafari H. Nurses' perceptions of futile medical care. *Mater Sociomed.* 2016;28(2):151-5.
3. Wach B. Próba oceny sytuacji granicznych związanych z chorobą i umieraniem. *Analiza i egzystencja.* 2013;22:139-69.
4. Papińska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia: Karta Pracowników Służby Zdrowia, Watykan 1995. s. 60.
5. Bołoz W, Krajnik M. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. Definicja uporczywej terapii. *Med Paliat Prakt.* 2008;(2);3:77-8.
6. Sobański P. Czym jest uporczywa terapia. *Polskie Towarzystwo Bioetyczne;* 2009. s. 1-5.
7. Kübler A, Siewiera J, Durek G. Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapia daremna) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii. *Anest Intens Terap.* 2014;46(4):229-34.
8. Dangel T, Grenda R, Kaczkowski J, Pawlikowski J, Rawic M, Sawicka E i wsp. Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci 2011.
9. Royal College of Paediatrics and Child Health. Zaniechanie i wycofanie się z leczenia przedłużającego życie u dzieci. *Zarys praktyki medycznej. Pediatr Pol.* 1999;8:821-37.
10. Kodeks Etyki Lekarskiej, dostęp w internecie; http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf, data pobrania 19.12.2017.
11. Piechota M. Granica pomiędzy legalnością a bezprawnością udzielania świadczeń zdrowotnych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. *Anest Intens Terap.* 2014;46(1).
12. Shaw D. A direct advance on advance directives. *Bioethics.* 2012;26:267-74.
13. Biomedicine and human rights – the Oviedo convention and its additional protocols. Strasbourg: Council of Europe, 2010.
14. Andruszkiewicz P, Kański A, Siciński M, Gelo R, Konopka P. Dylemat współczesnej medycyny: czy resuscytacja jest zawsze uzasadniona? *Anest Intens Terap.* 2006;3:184-8.
15. Kochman D, Guza M. Uporczywa terapia dzieci w opinii personelu pielęgniarskiego. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2014;3(48):17-23.
16. Biesaga T. Wobec uporczywej terapii. *Med Prakt.* 2005;11-12:26-9.
17. Zielińska-Borkowska U. Za i przeciw intensywnej terapii. *Pielęg Anest Intens Opiece.* 2015;1(3):141-4.
18. Zoll A. Zaniechanie leczenia – aspekty prawne. *Prawo Med.* 2005;5(2):31-8.
19. Heland M. Fruitful or futile: intensive care nurses' experiences and perceptions of medical futility. *Austral Crit Care.* 2006;19(1):25-31.
20. Rostami S, Jafari H. Nurses' perceptions of futile medical care. *Mater Sociomed.* 2016;28(2):151-5.
21. Adams J, Bailey D, Anderson R. Nursing Roles and Strategies in End-of- Life Decision Making in Acute Care: A Systematic Review of the Literature. *Nurs Res Pract.* 2011; vol. 2011, Article ID 527834, 15 pages.
22. Sibbald R, Downar J, Hawryluck L. Perceptions of "futile care" among caregivers in intensive care units. *Can Med Assoc J.* 2007;177(10):1201-8.