

# STRESZCZENIE

## Wstęp

Na całym świecie w oddziałach ratunkowych codziennie wykonywane są serie procedur ratujących życie, których intensywność i inwazyjność mogą wywoływać stres, ból, czy niepokój nie tylko u samego pacjenta ale również u jego rodziny. Do niedawna, w środowisku szpitalnym podczas wykonywania tych procedur zasadą był brak obecności rodziny pacjenta. Być może jednym z powodów takiego zachowania była paternalistyczna postawa personelu medycznego, która zakładała, że obecność bliskich skomplikuje i utrudni prawidłowe wykonanie zabiegu, a jednocześnie zwiększy niepokój wśród rodziny i chorego. Wpływ na takie postawy mogła też mieć niska świadomość i brak usystematyzowanej wiedzy dotyczącej praw pacjenta. W związku z powyższym, przez kilka ostatnich lat, problematyka jednoczesnej troski o pacjenta i jego rodzinę nabierała coraz istotniejszego znaczenia. Rola krewnych zaczęła być traktowana i uznawana w szpitalach jako element dodatkowej, dobrej opieki i wsparcia psychicznego dla chorego. Personel medyczny stopniowo zaczął honorować i przestrzegać ten szczególny przejaw praw pacjenta oraz dostrzegać płynące z tego korzyści. Współcześnie, coraz częściej zatem wspiera się współpracę z rodziną przy pełnym poszanowaniu ich przekonań, doświadczeń oraz jednoczesnym zachowaniu szacunku dla ich kultury, tradycji i religii. Wszystkie te elementy przemawiają za umożliwieniem uczestniczenia rodziny w trakcie resuscytacji, w szczególności gdy pacjent umiera, ponieważ pozwala to na uczłowieczenie zdehumanizowanego aspektu śmierci w szpitalu. Bez wątpienia jedną z idei przewodnich FPDR jest chęć zaspokojenia potrzeb emocjonalnych pacjentów i jego bliskich. Pamiętać jednak należy, że odczuwana przez personel medyczny empatia wobec chorego i jego rodziny nie może być jedynym i decydującym czynnikiem wpływającym na podjęcie decyzji o zgodzie na udział krewnych w trakcie czynności reanimacyjnych. To, czy członkowie rodziny pacjenta powinni być obecni podczas resuscytacji jest bowiem nadal przedmiotem kontrowersji w wielu krajach. Podkreślić przy tym należy, że charakter pracy personelu medycznego oraz nacisk jaki współcześnie kładzie się na holistyczny wymiar opieki nad pacjentem, determinuje także miejsce i rolę członków zespołu resuscytacyjnego. Międzynarodowe wytyczne w zakresie ratownictwa i Europejska Rada Resuscytacji (ERC) zalecają, aby pracownicy ochrony zdrowia pozwalali członkom rodziny na obecność podczas resuscytacji. W celu weryfikacji czy specjaliści opieki zdrowotnej realizują te zalecenia, przeprowadzono na świecie wiele badań na temat opinii pracowników służby zdrowia odnośnie FPDR.

## Cel

**Celem głównym** pracy była analiza doświadczeń i opinii personelu medycznego, pacjenta i jego rodziny na temat obecności krewnych podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz ustalenie jakie czynniki mają wpływ na kształtowanie się tych opinii i postaw.

## Materiał i metoda badań

Badaniem objęto i zakwalifikowano do niego 1646 osób. Spośród tej grupy wyselekcjonowano: 500 pacjentów, 500 członków rodzin pacjentów, 646 osób stanowiących personel medyczny (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni). Badania zostały przeprowadzone w niżej wymienionych szpitalach:

- w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie;
- w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie;
- w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie;
- w Szpitalu Miejskim im. Jana Pawła II w Rzeszowie.

Badania prowadzono w okresie od marca 2017 roku do lipca 2017 roku. Dobór próby badanej był celowy. Włączanie do badania pacjenta i jego rodziny następowało sukcesywnie w trakcie przyjęcia do jednego z wymienionych szpitali.

Na prowadzenie badań naukowych uzyskano zgodę Dyrektorów wyżej wymienionych szpitali. Badania zostały przeprowadzone za zgodą Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Rzeszowskim (Uchwała Nr 5/1/2017 i Uchwała Nr 13/4/2017) i nie stanowiły zagrożenia dla życia i zdrowia ludzi. Udział w badaniu był dobrowolny, respondent miał zagwarantowane poczucie poufności przeprowadzonych badań i był zapewniany, iż zebrane wyniki zostaną użyte tylko do celów naukowych.

Wykorzystano trzy narzędzia diagnostyczne. I tak, dla personelu medycznego użyto polskiej wersji kwestionariusza *Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation* (CRP), opracowanego przez Johna Albarran'a, Paula Fulbrook'a i Josa Latour'a w 2005 roku. Kolejnymi narzędziami badawczymi były dwie autorskie ankiety zatytułowane „Obecność członków rodziny pacjenta podczas szpitalnej resuscytacji krążeniowo-oddechowej”. Jedna z nich adresowana była do pacjenta, a druga do członków jego rodziny.

## Wyniki

Wyniki badań własnych wskazują, że większość badanego personelu medycznego ma negatywną postawę wobec FPDR (54,02%). Posiadanie doświadczenia jest jednym z czynników mających wpływ na kształtowanie się opinii oraz postaw personelu dotyczących obecności krewnych podczas RKO. Respondenci, którzy doświadczyli obecności bliskich podczas resuscytacji mieli zarówno pozytywne (79 osób) jak i negatywne doświadczenia w tym zakresie (202 osoby).

Najczęstsze obawy jakie zostały przedstawione przez personel medyczny w badaniach własnych to stwierdzenie, że krewni nie rozumieją potrzeby zastosowania specyficznych interwencji, co stwarza sytuację konfliktogenną i może doprowadzić do sporu z zespołem resuscytacyjnym - 92,41% ankietowanych, a 80,03% spośród nich było zdania, że rodzina pacjenta najprawdopodobniej będzie przeszkadzać w procesie resuscytacji. Zdecydowana większość - 81,89% badanego personelu było zdania, że resuscytacja i obrazy z nią związane są dla nich zbyt stresującym wydarzeniem. Jednocześnie 88,70% badanych twierdziło, że członkowie rodziny obecni podczas RKO będą odczuwali długotrwałe negatywne skutki emocjonalne tego zdarzenia.

Bardzo istotnym problemem z którym muszą się zmierzyć bliscy pacjenta, jest podjęcie decyzji o tym czy chcą być obecni podczas RKO. Osobną kwestią wymagającą decyzji jest także wskazanie osoby decydującej o FPDR. W badaniach własnych wyniki są interesujące, ponieważ jedynie 12,85% personelu medycznego twierdziło, że decyzję w tej sprawie powinna podejmować rodzina pacjenta, natomiast zdecydowana większość była zdania, że uzgodnienie to powinno być decyzją całego zespołu resuscytacyjnego (77,09%). To, że lekarze powinni podejmować decyzję co do obecności członków rodziny podczas RKO stwierdziło 55,73% respondentów.

Jak wynika z przeprowadzonych badań własnych, tylko 23,84% ankietowanych uważało, że obecność rodziny podczas nieudanej RKO jest ważna, ponieważ pozwala bliskim spędzić razem ostatnie chwile. Personel medyczny w niewielkim stopniu wskazywał na korzyści wynikające z obecności krewnych podczas RKO. Zaledwie 12,9% badanych twierdziło, że FPDR jest pomocne dla rodziny w przypadku gdy pacjent nie przeżyje. Co ważne, okazało się także, iż tylko 6,35% respondentów utrzymuje, że partycypacja rodziny podczas RKO jest korzystna dla pacjenta. Na wyniki badań własnych dotyczących zapraszania rodzin do obecności podczas resuscytacji bliskiej osoby, mogły mieć wpływ także czynniki o charakterze organizacyjnym. Dla przykładu, duża część ankietowanego personelu medycznego wskazywała na zbyt małą liczbę osób w zespole resuscytacyjnym (71,2%). Większość ankietowanych w badaniach własnych (88,24%) uważa, że FPDR nie powinno być rutynową praktyką.

Postawy zarówno pacjenta jak i jego rodziny wobec FPDR w wynikach badań własnych są szczególnie interesujące badawczo. Tylko 29,0% ankietowanych pacjentów i 27,6% ich rodzin wyraziło chęć bycia obecnym podczas RKO bliskiej osoby. Natomiast akceptacja dla obecności członka rodziny podczas własnej resuscytacji była jeszcze niższa: pacjenci (21,2%), rodzina pacjenta (20,2%). Źródeł takich postaw poszukiwać należy zarówno w nieznanomości praw pacjenta, braku specjalistycznej wiedzy medycznej jak i w utrwalonych społecznie kanonach zachowań.

## **Wnioski**

Na podstawie przeprowadzonych badań oraz weryfikacji postawionych w celach pracy pytań badawczych przedstawiono następujące wnioski:

1. Większość badanego personelu medycznego ma negatywną postawę wobec FPDR i nie widzi korzyści z niej płynących.
2. Doświadczenie obecności rodziny podczas RKO ma istotny wpływ na opinie personelu medycznego o korzyściach i negatywnych skutkach FPDR.
3. Posiadanie negatywnych doświadczeń związanych z obecnością rodziny podczas RKO istotnie wpływa na ogólny pogląd personelu medycznego na temat FPDR.
4. Personel medyczny w większości jest zdania, iż FPDR ma negatywny wpływ na pracę zespołu wykonującego resuscytację.
5. Najczęstsze obawy personelu medycznego związane z obecnością krewnych podczas resuscytacji to: brak zrozumienia procedur RKO, spory z zespołem resuscytacyjnym, wywieranie nacisku na personel, stres dla rodziny oraz długotrwałe i negatywne skutki emocjonalne tego zdarzenia, roszczenia i procesy sądowe.
6. Zarówno pacjenci jak i członkowie ich rodzin mają negatywny stosunek wobec FPDR podczas resuscytacji.
7. Respondenci (pacjenci i ich bliscy) przejawiają niski poziom świadomości, że ich potencjalna obecność podczas RKO wynika z przysługujących im praw.
8. Personel medyczny uważa, że przebywanie członków rodziny podczas RKO powinno być decyzją całego zespołu resuscytacyjnego.
9. Personel medyczny ma negatywną postawę wobec wdrożenia FPDR jako rutynowej procedury.
10. Personel medyczny uważa, iż obecność rodziny podczas RKO jest niekorzystna dla pacjenta.

## **Implikacje praktyczne**

Resuscytacja w obecności członków rodzin budzi szereg kontrowersji oraz obaw. Podnoszone są argumenty przemawiające zarówno za obecnością rodzin, jak i jej przeciwnie. Istnieje więc potrzeba wprowadzenia wielopoziomowej strategii edukacyjnej dotyczącej FPDR. Zasadnym byłoby opracowanie jednolitej procedury dotyczącej FPDR w celu wprowadzenia jej jako praktyki klinicznej. Należy również prowadzić dalsze badania, które pozwolą na określenie metod i technik edukacyjnych pozwalających na pokonanie barier oraz ułatwią wdrażanie polityki obecności rodzin podczas RKO. Celowym jest także wprowadzenie zmian prawa powszechnie obowiązującego w taki sposób, aby decyzja o FPDR znalazła się w katalogu praw pacjenta.

**Słowa kluczowe:** resuscytacja krążeniowo-oddechowa, obecność rodziny, personel medyczny, pacjent.