

Jacek Dzido¹, Piotr Jan Domagała²

¹Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital „SOLEC” Sp. z o.o., Warszawa

²Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

A naliza postaw personelu pielęgniarskiego wobec uporczywej terapii

Analysis of nursing staff attitude towards the futile therapy

STRESZCZENIE

Wstęp. W dobie szybkiego rozwoju nauki i techniki oraz postępu w dziedzinie medycyny leczenie najbardziej skomplikowanych i poważnych przypadków stało się możliwe. Czasami jednak zapomina się o godności i szacunku dla człowieka. Leczenie wszystkimi możliwymi metodami pacjenta, którego stan może być określany jako terminalny, nie jest rzadką praktyką w Polsce.

Cel pracy. Celem pracy było sprawdzenie jaką wiedzę na temat daremnej terapii posiada personel pielęgniarski pracujący na oddziałach intensywnej terapii.

Materiał i metody. W pracy wykorzystano narzędzie badawcze w postaci kwestionariusza. Kwestionariusz składał się z 1 pytania otwartego i 18 pytań zamkniętych. Skierowany był do stu pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na dwóch oddziałach intensywnej terapii.

Wyniki i wnioski. Znajomość personelu pielęgniarskiego na temat daremnej terapii jest zadowalająca. Pielęgniarki wiedzą czym jest daremne leczenie i potwierdzają, że spotykają się z tym zagadnieniem w pracy. Niepokojące jest, że decyzja o zaniechaniu dalszego leczenia nie jest konsultowana z pielęgniarkami – 67% respondentów wskazało na to. Z analizy wynika, że większość zaleca przerwanie dalszego leczenia pacjenta, jeżeli leczenie jest charakteryzowane jako daremne. Jako propozycje rozwiązań problemu respondenci wskazywali na konieczność zmian w polskim prawie, a także na potrzebę kształcenia personelu medycznego i podnoszenia świadomości społecznej w kwestii terapii daremnej.

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (4): 221–226

Słowa kluczowe: terapia daremna; leczenie uporczywe; edukacja pielęgniarska; intensywna terapia; postawa pielęgniarska; opieka paliatywna

ABSTRACT

Introduction. In the era of rapid development of science and technology as well as progress in medicine, it became possible to treat the most complicated and serious cases. However, the dignity and respect for human life is sometimes forgotten. A treatment against everything by all possible methods to the patient whose condition can be termed as terminal is not an uncommon practice in Poland.

Objective. The purpose of this work was to study the knowledge about the futile therapy among the nursing staff in the intensive care units.

Material and methods. The form of questionnaire was used as a research tool in this survey. The questionnaire consisted of 1 open question and 18 closed questions. It was targeted at one hundred nurses working in two intensive care units.

Results and conclusions. The knowledge of nursing staff about futile therapy is satisfactory. Nurses know what the futile treatment is and confirm that they come against with it at work. It is worrying, however, not to consult the discontinuance of further treatment with nurses – 67% of respondents indicated that. It appears from the analysis that most of staff advocate to interrupt further treatment to the individual when the treatment is characterized as futile.

As a possible solution of the problem, respondents pointed to the necessity of changes in Polish law, as well as the education of medical staff and raising public awareness to the issue of the futile treatment.

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (4): 221–226

Key words: futile therapy; vain treatment; nurse education; intensive care; nursing attitude; terminal care

Adres do korespondencji: dr n. med. Piotr Jan Domagała, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Nowogrodzka 59, 02-006, Warszawa, e-mail: piotr.domagala@wum.edu.pl

DOI: 10.5603/PP.2017.0037

Wstęp

Obecnie najbardziej ciężko chorzy pacjenci z zaburzeniami kluczowymi dla życia i funkcji organizmu są leczeni na oddziałach intensywnej terapii (OIT) za pomocą zaawansowanych technologii. Prowadzenie takich nowoczesnych form terapii powinno być stosowane, gdy istnieją realne, racjonalne szanse na wyleczenie pacjenta. Ich stosowanie u osób umierających z powodu nieuleczalnej, postępującej choroby stwarza ryzyko przedłużenia umierania i naraża pacjenta i jego bliskich na dodatkowe cierpienia [1]. Takie zachowanie jest określane jako daremne (bezskuteczne, uporczywe) leczenie i uważa się za błąd w sztuce. Jest ono również krytykowane przez etyków i prawników. Brak jasnych przepisów prawnych i wytycznych towarzystw naukowych w Polsce często prowadzi do intensywnej terapii w tak zwanych beznadziejnych przypadkach, aż do samego końca.

Uporczywą terapią nazywa się działanie, którego celem jest podtrzymanie funkcji życiowych chorego w przypadku nieuleczalnym, bez szacunku dla komfortu i godności umierania [2–4]. Do terapii daremnej nie zalicza się opieki paliatywnej i zapewnienia tak zwanych „podstawowych czynności”, które obejmują między innymi: ulgę w bólu, pielęgnację, odżywianie oraz pojenie chorego.

Terapia daremna odnosi się także do sytuacji, w których cel zespołu medycznego (lekarzy i pielęgniarek) przekracza subiektywny cel, jaki postawił sobie pacjent. Problem uporczywej terapii odnosi się praktycznie do chorych, którzy znajdują się u schyłku swojego życia w obliczu nieuchronnie zbliżającej się śmierci. Należy jednak zaznaczyć, że termin terapii daremnej nie posiada ostrej definicji. Terapia daremna nie powinna być mylona z eutanazją, opieką paliatywną lub terapią długoterminową.

Nie istnieje jasna definicja terapii daremnej w polskim prawie. W prawie karnym i medycznym funkcjonują artykuły, które mówią o leczeniu i ochronie zdrowia człowieka, jak również określają zakres praw i obowiązków lekarza oraz jego odpowiedzialność za ich naruszenie [5].

Prawa osoby umierającej w Polsce są przedmiotem wielu dyskusji i sporów, ale nie regulują ich żadne przepisy prawa. Niektóre standardy są zawarte w 32. artykule Kodeksu Etyki Lekarskiej, w którym stwierdza się, że lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia resuscytacji lub terapii uporczywej w stanie terminalnym. Lekarze nie mają obowiązku przekraczania granicy podczas umierania i muszą brać pod uwagę cierpienie pacjenta.

„Nie podejmuj czynności resuscytacyjnych” (DNR, *do not resuscitate*) to decyzja o nie podejmowaniu resuscytacji w przypadku zatrzymania krążenia u pacjenta, który nie chce być poddany

resuscytacji. W tym krótkim, ale ważnym dokumencie jest wola pacjenta, którą personel medyczny powinien uszanować. DNR oznacza tylko odstępstwo od resuscytacji krążeniowo-oddechowej (CPR, *cardiopulmonary resuscitation*), a więc inne formy leczenia, takie jak zwalczanie bólu, odżywianie, terapia tlenowa lub leczenie antybiotykami powinny być kontynuowane, jeśli są uważane za korzystne. Decyzja o nie rozpoczynaniu resuscytacji pacjenta w wielu krajach, także w Polsce, przez bardzo długi czas była podejmowana przez jednego lekarza, często bez konsultacji z pozostałym personelem medycznym, rodziną pacjenta lub samym pacjentem. Obecnie możliwość skorzystania z zasady DNR istnieje w wielu krajach, takich jak Wielka Brytania, Stany Zjednoczone Ameryki czy Norwegia [6]. W Polsce prawo nie odwołuje się w żaden sposób do woli chorego odnośnie resuscytacji.

W Stanach Zjednoczonych, gdzie obowiązuje ustawa o opiece terminalnej nad pacjentem („*Patient Self Determination*”), a także w wielu innych krajach istnieją uregulowania, które dają większą lub mniejszą moc prawną oświadczeniom woli składanym przez pacjentów, w przypadkach kiedy chory nie będzie mógł sam stanowić o sobie [7]. Oświadczenia są zazwyczaj sporządzane na piśmie. Najczęściej składają je osoby obawiające się, że personel medyczny nie pozwoli im umrzeć w spokoju i z godnością.

Cel pracy

Celem pracy było zbadanie poziomu wiedzy i postawy personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziałach intensywnej terapii na temat uporczywej terapii.

Materiał i metody

W pracy jako narzędzie badawcze został wykorzystany kwestionariusz własnego autorstwa. Kwestionariusz składał się z 18 pytań zamkniętych i 1 pytania otwartego (tab. 1). Skierowany był do pielęgniarek pracujących na oddziałach intensywnej terapii. Na wstępie kwestionariusza zebrano informacje socjodemograficzne dotyczące respondentów (płeć, wiek, miejsce pochodzenia, długość doświadczenia zawodowego). Pytania w formularzu były związane z wiedzą personelu pielęgniarskiego na temat terapii uporczywej. Respondenci zostali zapytani o swoje zachowania związane z uporczywą terapią w miejscu pracy, jak również o wzorce działań, jakie podejmują u nieuleczalnego pacjenta.

Badanie przeprowadzono w grupie 100 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w pełnym wymiarze godzin na oddziałach intensywnej terapii w dwóch szpitalach w Warszawie. Ankieta była anonimowa, a badanie było dobrowolne.

Tabela 1. Kwestionariusz badający wiedzę i postawy personelu pielęgniarstwa wobec terapii daremnej
Table 1. Questionnaire examining the knowledge and nursing staff attitude towards the futile therapy

1. Płeć
 - a) Kobieta
 - b) Mężczyzna
2. Wiek
 - a) 23–27
 - b) 28–35
 - c) 35–45
 - d) 45–więcej
3. Miejsce pochodzenia
 - a) Miasto
 - b) Wieś
4. Staż pracy (proszę wpisać liczbę przepracowanych lat).....
5. Jak oceniałby/oceniłaby Pan/i swoją religijność?
 - a) Wierzący praktykujący
 - b) Wierzący niepraktykujący
 - c) Niewierzący
6. Czym jest uporczywa terapia?
 - a) Stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymania funkcji życiowych chorego
 - b) Są to metody, które posiadają potencjał odwlekania śmierci pacjenta, np. sztuczna wentylacja
 - c) Stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie
 - d) Są to procedury medyczne, które w pośredni lub bezpośredni sposób prowadzą do zgonu pacjenta
7. Czego nie zaliczamy do uporczywej terapii?
 - a) Zabiegi pielęgnacyjne, podanie leków pobudzających układ krążenia, łagodzenie bólu
 - b) Nawadnianie, resuscytacja krążeniowo-oddechowa
 - c) Karmienie, zabiegi pielęgnacyjne, operacja chirurgiczna
 - d) Łagodzenie bólu, karmienie, podstawowe zabiegi pielęgnacyjne
8. Która z podanych poniżej definicji oddaje sens eutanazji?
 - a) Eutanazją są wszelkie intencjonalne (celowe) działania przyczyniające się pośrednio czy bezpośrednio do nie-naturalnej i przedwczesnej śmierci, dokonane za zgodą, na życzenie pacjenta lub z mocy prawa
 - b) To uśmiercanie człowieka, np. nieuleczalnie chorego, na jego życzenie lub pod wpływem współczucia dla niego, przez podanie trucizny, śmiertelnej dawki leku lub wykonanie zabiegu
 - c) Eutanazja stanowi zabójstwo człowieka na jego życzenie lub pod wpływem współczucia dla niego
9. Czy lekarz zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej może zdecydować o zaniechaniu dalszego leczenia względem osoby, co do której nie widzi nadziei na wyzdrowienie, a wręcz przeciwnie, dalsze leczenie przynosi tylko cierpienie?
 - a) Tak
 - b) Nie

Jeśli na pytanie 9 odpowiedział/odpowiedziała Pan/i przecząco, proszę przejść do pytania 11.
10. Który artykuł Kodeksu Etyki Lekarskiej odnosi się do uporczywej terapii?
 - a) Art. 31
 - b) Art. 30
 - c) Art. 32
 - d) Art. 24
11. Czy w swoim miejscu pracy spotyka się Pan/i z uporczywą terapią?
 - a) Tak
 - b) Nie

Jeśli tak, to jak często?

 - a) Dość często, b) Często, c) Rzadko
12. Czy temat uporczywej terapii jest poruszany w Pana(i) miejscu pracy?
 - a) Bardzo często
 - b) Często
 - c) Rzadko
 - d) Nigdy

13. Czy w Pana(i) miejscu pracy o kontynuacji lub zaniechaniu dalszego leczenia rozmawia się również z pielęgniarkami?
 - a) Tak zawsze
 - b) Raczej tak
 - c) Nie
 - d) Nigdy
14. Jak często w Pana/i miejscu pracy zaprzestaje się leczenia pacjenta, jeśli ma ono znamiona uporczywego leczenia?
 - a) Zawsze, gdy efekty są niewspółmierne do leczenia
 - b) Dość często, gdy zespół orzeknie o zaprzestaniu kontynuacji leczenia
 - c) Rzadko, najczęściej pacjent jest leczony aż do śmierci
 - d) Nigdy, pacjent jest leczony za pomocą wszystkich dostępnych metod
15. Czy Pana(i) zdaniem, w przypadku osoby nieuleczalnie chorej, umierającej powinno się zrezygnować z leczenia w sytuacji, kiedy wiadomo, że będzie ono nieskuteczne, a będzie przysparzać choremu cierpienia i przedłużać jego umieranie?
 - a) Tak
 - b) Raczej tak
 - c) Nie
 - d) Zdecydowanie nie
16. Jak obecnie przedstawia się stosunek personelu medycznego do uporczywej terapii w Polsce?
 - a) Jest zdecydowanie pozytywny
 - b) Jest zdecydowanie negatywny
 - c) Trudno powiedzieć, jest to sprawa kontrowersyjna
 - d) Jest obojętny
17. Jaki jest Pana/i stosunek do terapii daremnej?
 - a) Leczenie powinno być przerwane w chwili, gdy jej efekty są niewspółmierne do starań personelu medycznego
 - b) Pacjent powinien być leczony do samego końca wszystkimi dostępnymi środkami
 - c) Tylko Bóg może decydować o życiu i śmierci człowieka, a personel medyczny powinien zrobić wszystko, co w jego mocy.
18. Które kryteria, Pana(i) zdaniem, należy uwzględnić przy decyzji o zaniechaniu uporczywej terapii u chorych w ciężkim stanie?
 - a) Koszty leczenia, wolę rodziny pacjenta
 - b) Rokowania, ból odczuwany przez pacjenta
 - c) Wiek pacjenta, decyzję pacjenta
 - d) Stan neurologiczny pacjenta, opinie zespołu specjalistów
19. Jak Pana/i zdaniem można rozwiązać problem uporczywej terapii w Polsce?

Analiza statystyczna

W pracy wykorzystano metody statystyki opisowej. Ze względu na zamknięty i jakościowy charakter pytań wyniki przedstawiono w postaci rozkładu procentowego. Dla porównania grup zastosowano test chi kwadrat.

Wyniki

Wiek respondentów

W grupie badanej 35% respondentów było w wieku 35–45 lat, 23% respondentów miało 28–35 lat, 22% było w wieku powyżej 45 lat, a 20% mieściło się w grupie wiekowej 23–27 lat. Respondenci byli głównie płci żeńskiej (88% kobiet i 12% mężczyzn).

Doświadczenie zawodowe respondentów

Wśród badanych największą liczebnie grupę (41%) stanowiły osoby, których doświadczenie w pracy wynosiło od 11 do 20 lat. Od 0 do 10 lat pracowało 36% respondentów, 19% — od 21 do 30 lat, a tylko 4% miało staż większy niż 30 lat.

Wyznanie respondentów (religia)

Kolejną kwestią była deklaracja wiary. Znaczna część respondentów (48%) zadeklarowała się jako praktykujący katolicy. Katolikami nie praktykującymi było 33% zadeklarowało, a 19% określiło się jako agnostycy.

Zrozumienie uporczywej terapii

Uporczywą terapię jako procedurę medyczną, której celem jest wspomaganie funkcji życiowych pacjenta, przedłużającą jego śmierć określiło 68% respondentów. Dwadzieścia siedem procent pielęgniarek wskazało, że są to metody, które mają potencjał opóźniania śmierci. Tylko 3% pracowników odpowiedziało, że daremna terapia oznacza działania medyczne prowadzące do śmierci pacjenta. Dwa procent odpowiedziało, że uporczywą terapią są procedury medyczne, które wspierają podstawowe funkcje pacjenta.

Personel pielęgniarski został zapytany, jakie działania nie mogą być traktowane jako uporczywa tera-

pia. Siedemdziesiąt dziewięć procent respondentów wskazało, że podawanie środków przeciwbólowych, karmienie i opieka podstawowa nie wchodzi w zakres uporczywej terapii.

Wśród 68% respondentów, którzy odpowiedzieli, że uporczywa terapia wspomaga funkcje życiowe i przedłuża umieranie dominowały osoby młodsze. W taki sposób odpowiedziało 95% (19/20) ankietowanych w wieku 23–27 lat, 100% (23/23) ankietowanych w wieku 28–35 lat, 28% (10/35) ankietowanych w wieku 35–45 lat i 68% (15/22) ankietowanych starszych niż 45 lat. Różnice nie były istotne statystycznie ($p = 0,09$).

Kontakt z uporczywą terapią w miejscu pracy

Osiemdziesiąt osiem procent ankietowanych odpowiedziało, że spotyka się z zagadnieniem uporczywej terapii w miejscu pracy. Większość z tych osób (63%) oceniło swój kontakt z problemem uporczywej terapii jako częsty lub bardzo częsty. Wśród osób ze stażem pracy 31–40 lat stosunkowo najmniej pracowników spotyka się z zagadnieniem uporczywej terapii w miejscu pracy (25%, 1/4). W pozostałych grupach (pod względem stażu pracy) większość personelu ma styczność z tym problemem: 1–10 lat (29/36, 81%), 11–20 lat (40/41, 98%), 21–30 lat (18/19, 95%). Różnice nie były istotne statystycznie ($p = 0,12$).

Komunikacja w zespole

Sześćdziesiąt siedem procent respondentów stwierdziło, że lekarze nie rozmawiają z nimi o przerwaniu dalszego leczenia umierającego pacjenta, a tylko 6% odpowiedziało, że zawsze dyskutują z nimi o tym.

Postawa wobec uporczywej terapii

Ponad połowa (61%) respondentów powiedziała, że należy przerwać leczenie, gdy jest się przekonany, że spełnia ono przesłanki terapii uporczywej. Dwadzieścia trzy procent ankietowanych stwierdziła, że chory powinien być ratowany do samego końca, a 16% wyraziło zdanie, że tylko Bóg może decydować o śmierci człowieka. Odpowiedzi nie korelowały istotnie ze stażem pracy respondentów ($p = 0,5$).

Kryteria przerwania uporczywej terapii

Kolejne pytanie dotyczyło kryteriów, które należy wziąć pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o wstrzymaniu uporczywej terapii. Większość osób (51%) stwierdziła, że rokowanie i ból doświadczony przez pacjenta powinny być czynnikami dominującymi podczas podejmowania decyzji o zakończeniu leczenia. Trzydzieści procent badanych wskazało stan neurologiczny pacjenta oraz opinię zespołu specjalistów, jako czynniki decydujące. Jedenaście procent personelu pielęgniarstwa odpowiedziało,

że decyduje wiek i wola pacjenta, a 8% wskazało na koszty leczenia i zdanie rodziny pacjenta.

Propozycje rozwiązań na przyszłość

Ostatnim poruszonym zagadnieniem były propozycje rozwiązań problemu uporczywej terapii w Polsce. Dwadzieścia pięć procent respondentów zasugerowało, że zwiększenie świadomości jest rozwiązaniem pozwalającym lepiej zrozumieć ten temat wśród społeczeństwa. Siedemnaście procent pytanych wskazało na konieczność edukacji personelu medycznego, a 7% zaproponowało ustanowienie zasady DNR w prawie i w codziennej praktyce.

Dyskusja

Terapia daremna jest skomplikowanym zagadnieniem i część społeczeństwa może mieć trudności z jego zrozumieniem. W Polsce brak jest jasnych przepisów prawa i standardów codziennej praktyki. Ze względu na stosunki pracy i niektóre historyczne uwarunkowania nie jest powszechne, że personel pielęgniarstwa jest zaangażowany w podejmowanie decyzji na temat terapii pacjenta, choć z całą pewnością powinien w tym aktywnie uczestniczyć.

Analiza własna wykazała, że personel pielęgniarstwa w Polsce jest ogólnie zaznajomiony z terminem daremnej lub bezskutecznej terapii. Co ciekawe uporczywą terapię lepiej potrafiły zdefiniować osoby w młodszych grupach wiekowych. Mimo że różnice te nie były istotne statystycznie prawdopodobnie ze względu na zbyt małą liczebność, to wydaje się, że młodszy personel posiada w tym zakresie większą wiedzę. Postawa wobec uporczywej terapii nie korelowała ze stażem pracy osób ankietowanych, podobnie jak styczność z badanym zagadnieniem. Większość respondentów spotyka się z tym problemem w swoim środowisku pracy, co jest zgodne z innymi doniesieniami [8].

Co zastanawiające, większość pielęgniarek nie jest zaangażowana w podejmowanie decyzji o zaprzestaniu dalszego leczenia chorego. Lekarze nie konsultują z nimi swoich decyzji. Jest to niezrozumiałe, gdyż pielęgniarki spędzają z pacjentem większość czasu i najlepiej go znają w porównaniu z lekarzami, nawet na oddziałach intensywnej terapii. Możliwym rozwiązaniem byłoby zwiększenie autonomii personelu pielęgniarstwa w Polsce, podobnie jak ma to miejsce w krajach Europy Zachodniej [9]. Istnieją dane, które podkreślają znaczenie współpracy pomiędzy pielęgniarkami a lekarzami w podejmowaniu decyzji na temat leczenia chorego [10].

Decyzja o zaprzestaniu dalszego leczenia człowieka jest bardzo trudna. Personel medyczny zastanawia się często, jakie czynniki należy wziąć pod uwagę przy podejmowaniu takiej decyzji. W przeprowadzonej

ankiecie respondenci zostali poproszeni o wskazanie kryteriów, które powinny być istotne przy podejmowaniu decyzji o nie kontynuowaniu leczenia. Ból pacjenta i rokowanie wskazała ponad połowa respondentów (51%). Stan neurologiczny i opinie specjalistów zasugerowano w 30% odpowiedzi. Wiek i wóły pacjenta wybrało 19% populacji. Zwraca to uwagę, że rozpoznanie „daremności” leczenia może być trudne i zawiłe, a jak pokazują inne analizy również lekarze mogą mieć z tym problem [11].

Istnieje projekt nowego prawa (zmiana „ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”). Propozycja jednego z artykułów brzmi: „(...) lekarz, w miarę możliwości po zasięgnięciu opinii drugiego lekarza lub zespołu leczącego, może orzec o nie podejmowaniu resuscytacji wobec pacjenta (...). Prawomocne orzeczenie wiąże lekarzy i pozostały personel medyczny (...)”. W projekcie tym znajduje się również zapis, który pozwala lekarzowi, po zasięgnięciu opinii innego lekarza lub zespołu leczącego, rozpoznać stan terminalny. Można się zatem spodziewać, że jeśli wyżej wymienione zmiany zostaną wdrożone, rozwiąże to w pewien sposób problem z podejmowaniem decyzji o zaprzestaniu leczenia.

Na koniec ankietowani zostali zapytani o możliwe rozwiązanie problemu niejasnego statusu terapii uporczywej w Polsce. Najczęściej wskazywano na konieczność zmiany prawa (28%). Podkreślano znaczenie edukacji społeczeństwa (25%) i personelu medycznego (17%), jako ważnych czynników, które mogą zmienić mentalność. Niektórzy z ankietowanych opowiedzieli się za wprowadzeniem w polskim prawie możliwości skorzystania z eutanazji (11%) lub wprowadzenie zasady DNR (7%). Andruszkiewicz i wsp. również wskazali potrzebę zmian w polskim prawie w zakresie terapii daremnej [12]. Z ich badań wynika, że aż 60% lekarzy w Polsce przyznaje się, że podjęło się resuscytacji chorych w sytuacji z góry skazanej na niepowodzenie, z powodu znacznego zaawansowania choroby. Motywem tych nieetycznych działań były obawy przed postawieniem zarzutu o nieudzieleniu pomocy.

Polska jest nadal bardziej konserwatywnym krajem w porównaniu ze społeczeństwami Europy Zachodniej. Śmierć jest w dalszym ciągu tematem tabu dla wielu ludzi. Zmiany w prawie, edukacja i zmiana

postaw są potrzebne, aby zwiększyć poziom wiedzy na temat uporczywej terapii wśród społeczeństwa.

Wnioski

Personel pielęgniarski wie, czym jest daremna terapia. Personel pielęgniarski pracujący na oddziałach intensywnej terapii często spotyka się z problemem uporczywego leczenia. Opinia pielęgniarek bardzo rzadko jest brana pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o zaprzestaniu dalszej, uporczywej terapii.

Piśmiennictwo

1. Baskett PJF, Lim A. The varying ethical attitudes towards resuscitation in Europe. *Resuscitation*. 2004; 62(3): 267–273, doi: [10.1016/j.resuscitation.2004.05.010](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2004.05.010), indexed in Pubmed: [15325445](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15325445/).
2. Kompanje EJO, Piers RD, Benoit DD. Causes and consequences of disproportionate care in intensive care medicine. *Curr Opin Crit Care*. 2013; 19(6): 630–635, doi: [10.1097/MCC.000000000000026](https://doi.org/10.1097/MCC.000000000000026), indexed in Pubmed: [24240830](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24240830/).
3. Asch DA, Shea JA, Jedziewski MK, et al. The limits of suffering: critical care nurses' views of hospital care at the end of life. *Soc Sci Med*. 1997; 45(11): 1661–1668, indexed in Pubmed: [9428086](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9428086/).
4. Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care*. 2004; 13(3): 202–208, indexed in Pubmed: [15149054](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15149054/).
5. Marek Z. Błąd medyczny. Odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza. Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2007.
6. Førde R, Aasland OG, Førde R, et al. Medical end-of-life decisions in Norway. *Resuscitation*. 2002; 55(3): 235–240, indexed in Pubmed: [12458059](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12458059/).
7. Kelley K. The Patient Self-Determination Act. A matter of life and death. *Physician Assist*. 1995; 19(3): 49, 53–6, 59, indexed in Pubmed: [10141946](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10141946/).
8. Tokarz W. Współczesne dylematy intensywnej terapii. Eutanazja - Anioł Śmierci czy Zbawienia?, *Anestezjologia i Ratownictwo*. 2012; 6: 16–23.
9. Włodarczyk D, Tobolska B. Wizerunek zawodu pielęgniarki z perspektywy lekarzy, pacjentów i pielęgniarki. *Medycyna Pracy*. 2011; 62(3): 269–279.
10. Neville TH, Wiley JF, Yamamoto MC, et al. Concordance of Nurses and Physicians on Whether Critical Care Patients are Receiving Futile Treatment. *Am J Crit Care*. 2015; 24(5): 403–410, doi: [10.4037/ajcc2015476](https://doi.org/10.4037/ajcc2015476), indexed in Pubmed: [26330433](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26330433/).
11. White B, Willmott L, Close E, et al. What does “futility” mean? An empirical study of doctors' perceptions. *Med J Aust*. 2016; 204(8): 318, indexed in Pubmed: [27125807](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27125807/).
12. Andruszkiewicz P, Kański A, Konopka P. Analysis of Attitudes of Physician Towards Decision to Attempt or Not to Attempt CPR in Poland. *Intensive Care Medicine*. 2006; 32: 96.