

Dr hab. med. Oskar Kowalski

Zabrze, 14 maja 2018 r.

Zakład Żywienia Człowieka,

Katedry Dietetyki Wydziału Zdrowia Publicznego w Bytomiu

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Oddział Kliniczny Kardiologii

**Recenzja rozprawy na stopień doktora nauk medycznych mgr
Edyty Niemczyk pt.: „OBECNOŚĆ CZŁONKÓW RODZINY PODCZAS RESUSCYTACJI
KRAŻENIOWO-ODDECHOWEJ W OCENIE PERSONELU MEDYCZNEGO, PACJENTA
I JEGO BLISKICH”**

Rozprawa doktorska mgr Edyty Niemczyk pt.: „Obecność członków rodziny podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej w ocenie personelu medycznego, pacjenta i jego bliskich” to niezwykle ciekawe i oryginalne opracowanie podejmujące problem interesujący nie tylko w aspekcie kliniczno-naukowym, ale także społecznym.

Nagły zgon sercowy jest obecnie jednym z najpoważniejszych wyzwań dla współczesnej medycyny. Niewątpliwy postęp w zakresie farmakoterapii, a zwłaszcza coraz powszechniejsze stosowanie implantowanych urządzeń przerywających arytmie, pozwolił na uzyskanie istotnej poprawy rokowania, wyłącznie jednak w ściśle określonej i stosunkowo wąskiej populacji pacjentów. Faktem jest więc, że nadal wystąpienie epizodu zatrzymania krążenia oraz podjęcie działań resuscytacyjnych jest niestety niemal codziennością w działaniu zespołów reanimacyjnych. Jednocześnie jednak, jak słusznie zwraca uwagę Doktorantka, obecność rodziny pacjenta podczas wykonywanych zabiegów ratujących życie, jak i podczas końcowego etapu życia, jest w warunkach polskich, w odróżnieniu od wielu innych krajów, stosunkowo rzadko akceptowane przez osoby prowadzące resuscytację. Podkreślić jednak należy, że znaczenie obecności bliskich w terminalnym okresie życia osoby poddanej działaniom resuscytacyjnym ma wciąż bardzo małą analityczną dokumentację naukową, zarówno pod względem etycznym, jak i psychologicznym. Podnosi to w sposób niewątpliwy znaczenie podjętego przez Doktorantkę tematu i uzasadnia przeprowadzenie analizy tego zagadnienia.

Praca ma typowy układ. We wstępie umieszczono dwa rozdziały omawiające zagadnienia dotyczące pojęcia i definicji resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz zagadnień prawnych i etycznych resuscytacji. Uwagę zwraca zwłaszcza rozdział drugi, w którym niezwykle interesująco Autorka omówiła zagadnienia autonomii pacjenta, zasad działania w imię korzyści pacjenta, nieczynienia krzywdy oraz sprawiedliwości. Omówione tu zagadnienia śmierci, pojęcia uporczywej terapii i traumy po stracie bliskiej osoby są elementem zarówno ciekawym, jak i niezbędnym do prawidłowego zrozumienia i przeprowadzenia analizy podjętego tematu. Zagadnienia te, trudne i często pomijane w praktyce naukowej i klinicznej, zostały omówione niezwykle kompetentnie, z uwzględnieniem zarówno aktów prawnych, jak i zasad etycznych.

Celem głównym pracy była analiza doświadczeń i opinii personelu medycznego, pacjenta i jego rodziny na temat obecności krewnych podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO).

Przyjęto także trzy cele szczegółowe:

1. Poznanie stanowiska personelu medycznego wobec obecności rodziny pacjenta w trakcie prowadzenia resuscytacji
2. Obawy personelu medycznego związane z obecnością krewnych podczas RKO
3. Postawy zarówno pacjenta jak i jego bliskich wobec obecności krewnych podczas trwania resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

Przeprowadzone badania oraz ich analiza miały na celu znalezienie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jakie czynniki mają wpływ na kształtowanie się opinii oraz postaw personelu medycznego dotyczących obecności bliskich pacjenta podczas RKO?
2. Czy obecność rodziny pacjenta podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej ma wpływ na zespół wykonujący RKO?

3. Kto powinien decydować o przebywaniu członków rodziny podczas wykonywania resuscytacji?
4. Jakie są postawy personelu medycznego na temat obecności krewnych podczas RKO?
5. Czy obecność bliskich podczas RKO powinna być określona obowiązującą procedurą, czy też powinna pozostać w sferze norm zwyczajowych?
6. Czy obecność rodziny podczas wykonywania resuscytacji jest korzystna dla pacjenta?
7. Jakie są postawy pacjenta i jego rodziny w sprawie obecności bliskich podczas RKO?
8. Jakie skutki dla pacjenta rodzi obecność rodziny podczas jego RKO?
9. Jakie skutki dla krewnych pacjenta rodzi ich obecność podczas RKO?

W rozdziale „Materiał i metody” Doktorantka scharakteryzowała zasady przeprowadzonego postępowania badawczego. Pacjentów włączono do badania na podstawie jasno zdefiniowanych i przedstawionych kryteriów włączenia i wyłączenia. Kryteria włączenia do badania obejmowały zarówno dobrowolną zgodę personelu medycznego na udział w badaniu, świadomą zgodę na udział w badaniu wyrażoną przez pacjenta oraz świadomą zgodę pełnoletniego członka rodziny pacjenta na udział w badaniu.

Jako kryteria wyłączenia przyjęto:

- Brak zgody personelu medycznego.
- Brak świadomej zgody pacjenta dorosłego na udział w badaniu.
- Brak świadomej zgody pełnoletniego członka rodziny pacjenta na udział

w badaniu.

- Wiek badanych pacjentów i członków ich rodziny poniżej 18. roku życia.

Badaniem objęto:

- pacjentów hospitalizowanych
- członków ich rodzin
- personel medyczny (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni).

Badaniem objęto 1646 osób. Spośród tej grupy wyselekcjonowano:

- 500 pacjentów
- 500 członków rodzin pacjentów
- 646 osób stanowiących personel medyczny.

Metody statystyczne zostały dobrane prawidłowo, w sposób typowy.

Na prowadzenie badań naukowych uzyskano zgodę Dyrektora Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie; Dyrekcji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie; Dyrekcji Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie; Dyrekcji Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II w Rzeszowie.

Za narzędzia badawcze przyjęto:

1. Dla personelu medycznego – polska wersja kwestionariusza: *Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation* opracowanego przez Johna Albarran'a, Paula Fulbrook'a, Jos'a Latour'a. Kwestionariusz przetłumaczono na język polski, a następnie zredagowano tekst narzędzia badawczego. Zaakceptowana polska wersja kwestionariusza została zwrotnie przetłumaczona na język angielski i uzyskała akceptację autora.

2. 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.

Podkreślić należy, że dla przeprowadzonych ankiet policzono ładunki czynnikowe dla poszczególnych obszarów oraz rzetelność poszczególnych obszarów w grupach personelu, jak i rzetelność całej grupy za pomocą współczynnika Alfa-Cronbacha, potwierdzając wysoką wiarygodność analizy. Mniej rzetelne wydają się jedynie wyniki oceny ogólnego poglądu na temat udziału rodziny chorego w postępowaniu resuscytacyjnym.

Wyniki badania przedstawiono w podrozdziałach:

1. Grupa badana – pacjent i jego rodzina

- Analiza demograficzna grupy badanej – pacjent i jego rodzina
- Doświadczenia badanej grupy w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej
- Analiza rzetelności kwestionariuszy dotyczących pacjenta i jego rodziny

2. Charakterystyka grupy badanej – personel medyczny

- Doświadczenia personelu medycznego
- Postawy i poglądy personelu medycznego
- Analiza rzetelności kwestionariusza

W analizie grup badanych szczegółowej ocenie poddano dane demograficzne badanych populacji. Oceniano również obecność ewentualnych powiązań pacjentów i ich rodzin z zawodem medycznym i ich doświadczenie w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz deklaracje akceptacji obecności przy prowadzonej akcji resuscytacyjnej. Co ciekawe, chęć bycia obecnym podczas resuscytacji bliskiej osoby deklarowało 29,0% oraz 27,6% badanych członków rodzin pacjentów. W analizie

dotyczącej personelu medycznego zwracają uwagę dane dotyczące stażu pracy, zwłaszcza dotyczące intensywnej terapii – badaniem objęto zarówno osoby o stosunkowo krótkim doświadczeniu (do 5 lat, 33,1% tej grupy badanej), jak i osoby pracujące ponad 21 lat (28,8% tej populacji). Świadczy to o objęciu badaniami niezwykle szerokiego spektrum pracowników medycznych i podnosi znaczenie uzyskanych wyników.

Zwraca uwagę, że zgodnie z wynikami przeprowadzonej analizy ponad 67% lekarzy nie zgadza się na obecność rodziny w trakcie postępowania resuscytacyjnego (2% wyraża na to zgodę). Co niezwykle interesujące, w przypadku pielęgniarek obserwowana jest podobna tendencja – na obecność rodziny nie wyraża zgody 54%, natomiast zgadza się ponad 25%. Jednocześnie wg personelu medycznego obecność rodziny w tym dramatycznym momencie nie wpływa na wytworzenie silniejszych więzi między rodziną a personelem pielęgniarskim (twierdzi tak aż ponad 64% oceniających).

W ocenie personelu medycznego obecność członków rodziny nie zapobiega także w istotnym stopniu powstawaniu wśród bliskich pacjenta przekłamanym obrazów lub niewłaściwych poglądów na temat procesu resuscytacji. Ważną obserwacją jest także stwierdzenie, że przedstawiciele pracowników medycznych, którzy doświadczyli prowadzenia reanimacji w obecności rodziny, nie widzą pozytywnych stron obecności rodziny, nie ma z ich strony przekonania (przeświadczenia), aby bliscy pacjenta swoją obecnością korzystnie wpływali na przebieg procedury reanimacji. Nie widzą w tej sytuacji odczuwalnych korzyści z własnych doświadczeń. Co więcej, pielęgniarki oraz ratownicy medyczni, którzy doświadczyli kiedykolwiek zaproszenia członka rodziny do bycia obecnym podczas resuscytacji, posiadali istotnie niższy poziom wskaźnika korzyści i negatywnych skutków niż pielęgniarki i ratownicy medyczni, którzy nie mieli takich doświadczeń. Posiadanie co najmniej jednego pozytywnego, jak i negatywnego doświadczenia związanego z obecnością rodzin podczas reanimacji miało istotny wpływ na opinie na temat korzyści i negatywnych skutków wśród pielęgniarek i ratowników medycznych

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

1. Większość badanego personelu medycznego ma negatywną postawę wobec udziału rodziny pacjenta w czasie postępowania resuscytacyjnego i nie widzi korzyści z niej płynących.
2. Doświadczenie obecności rodziny podczas resuscytacji ma istotny wpływ na opinie personelu medycznego o korzyściach i negatywnych tego skutkach.
3. Posiadanie negatywnych doświadczeń związanych z obecnością rodziny podczas resuscytacji istotnie wpływa na ogólny pogląd personelu medycznego na temat udziału w niej rodziny.
4. Personel medyczny w większości jest zdania, że obecność rodziny ma negatywny wpływ na pracę zespołu wykonującego resuscytację.
5. Najczęstsze obawy personelu medycznego związane z obecnością krewnych podczas resuscytacji to: brak zrozumienia procedur, 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 wynika z przysługujących im praw.
8. Personel medyczny uważa, że przebywanie członków rodziny powinno być decyzją całego zespołu resuscytacyjnego.
9. Personel medyczny ma negatywną postawę wobec wdrożenia obecności rodziny reanimowanego pacjenta jako rutynowej procedury.

10. Personel medyczny uważa, że obecność rodziny jest niekorzystna dla pacjenta.

Powyższe, bardzo pobieżne streszczenie wyników pokazuje, jak obszerną pracę wykonała Doktorantka, aby przeprowadzić badania według przyjętej metodyki. Merytoryczna treść wniosków końcowych jest adekwatna do założeń i celu rozprawy oraz znajduje pełne uzasadnienie w uzyskanych wynikach.

W rozdziale „Dyskusja” mgr Edyta Niemczyk wyczerpująco opisuje wyniki badań i poddaje je gruntownej dyskusji.

Piśmiennictwo jest aktualne, prawidłowo dobrane i przytoczone, jednolicie opracowane, obejmuje ogółem 148 pozycji, uzupełnionych o wykaz obejmujących zagadnienie aktów prawnych obowiązujących w Polsce.

Autorka określiła ważne i ciekawe cele badawcze – zarówno pod względem klinicznym, jak i badawczo-naukowym. Prawidłowo określiła w znacznym zakresie autorską metodykę badań, zinterpretowała wyniki i, co bardzo ważne, na ich podstawie sformułowała wnioski. Zwraca uwagę kompleksowe i niezwykle staranne opracowanie złożonych, a w części nowatorskich danych pochodzących z przeprowadzonych ankiet. Uznanie musi budzić bardzo szeroki zakres uzyskanych informacji, co musiało wiązać się z niezwykle zaangażowaniem i pracowitością. Efekt w postaci omawianego opracowania niewątpliwie wymaga przedstawienia w piśmiennictwie fachowym i jestem pewien, że spotka się z wielkim zainteresowaniem. Podkreślić trzeba, że uzyskane wyniki mają znaczenie nie tylko w aspekcie naukowo-klinicznym, ale także społecznym, i również w takim aspekcie powinny znaleźć możliwość prezentacji.

Z uwagi na niezwykle interesujące wyniki, pragnę zadać pytania, wynikające głównie z szacunku dla wiedzy Doktorantki:

1. Z czego wynika większa akceptacja personelu pielęgniarskiego niż lekarskiego (25% vs 2%) na obecność rodziny pacjenta podczas czynności resuscytacyjnych?
2. Z czego może wynikać przekonanie, że liczba spraw sądowych przeciwko personelowi medycznemu wzrosła (74% vs 6,6%)?
3. Czy w świetle uzyskanych wyników Doktorantka uważa, że należałoby

dążyć do zmiany negatywnej opinii środowiska medycznego w sprawie udziału rodziny chorego w postępowaniu resuscytacyjnym?

W sposób oczywisty pytania te nie umniejszają oceny pracy, a interesujące wyniki zachęcają do znacznie intensywniejszej dyskusji.

Rozprawa mgr Edyty Niemczyk spełnia kryteria stawiane dysertacjom naukowym na stopień doktora nauk medycznych, określone w art. 13 ust. 1 Ustawy z 14.03.2003 o stopniach naukowych. Z pełnym przekonaniem wnioskuję do Wysokiej Rady Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego o dopuszczenie mgr Edyty Niemczyk do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Zwracam się ponadto z prośbą o rozpatrzenie mojego wniosku o wyróżnienie tej pracy. Głównym uzasadnieniem wniosku jest jej niezwykle wysoka wartość merytoryczna. Podkreślić należy, że praca dotyczy bardzo ważnego i trudnego tematu, który dotychczas był niesłusznie w znacznym stopniu pomijany w badaniach naukowych.

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu
KATEDRA KARDIOLOGII,
WRODZONYCH WAD SERCA I ELEKTROTERAPII
ODDZIAŁ KLINICZNY KARDIOLOGII SUM
41-800 Zabrze, ul. M. Curie-Skłodowskiej 9
tel. 32 271 34 14, fax 32 37 33 792

dr hab. med. Oskar Kowalski
KARDIOLOG
7178425