

Etyka resuscytacji oraz problemy końca życia

Peter J. F. Baskett, Petter A. Steen, Leo Bossaert

Wstęp

Dzięki udanym próbom resuscytacji wiele osób może cieszyć się najcenniejszym darem jakim jest życie, krewni i najbliżsi odczuwają szczęście i radość. Jednakże czasami udane resuscytacje prowadzą do przedłużenia cierpienia i wydłużenia procesu umierania. W niektórych przypadkach resuscytacja prowadzi do ogromnej tragedii — przetrwałego stanu wegetatywnego (Persistent Vegetative State — PVS). Próby resuscytacji kończą się niepowodzeniem w 70–95% przypadków i ostatecznie śmierć jest nieuchronna. Każdy z nas chciałby umrzeć godnie.

Dlatego też w świetle etyki musimy odpowiedzieć sobie na kilka pytań aby upewnić się, iż decyzja o podjęciu lub przerwaniu zabiegów resuscytacyjnych jest właściwa i pacjent oraz jego najbliżsi traktowani są z godnością. Wpływ na takie decyzje mogą mieć czynniki osobiste, międzynarodowe i lokalne uwarunkowania kulturowe, prawne, zwyczajowe, religijne, społeczne oraz ekonomiczne [1–10]. Czasami decyzje takie mogą zostać podjęte z pewnym wyprzedzeniem, lecz często stajemy przed koniecznością jej podjęcia w ciągu kilku chwil, kiedy sytuacja jest nagląca. Dlatego też niezwykle istotne jest zrozumienie przez pracowników ochrony zdrowia głównych przesłanek z tym związanych, zanim znajdą się oni w sytuacji, w której będą musieli zdecydować o podjęciu resuscytacji.

Wytyczne zawarte w tym rozdziale odnoszą się do aspektów etycznych oraz decyzji dotyczących resuscytacji i zawierają informacje na temat:

Oświadczenia woli.

Kiedy nie podejmować resuscytacji?

Kiedy przerwać resuscytację?

Podejmowania decyzji przez osoby nie będące lekarzami.

Zaprzestania leczenia osób znajdujących się w PVS. Obecności członków rodziny i najbliższych w czasie resuscytacji.

Decyzji dotyczących badań naukowych oraz ćwiczeń na zwłokach.

Przekazywania złych wiadomości krewnym i najbliższym.

Wsparcia dla personelu.

Zasady

Cztery kluczowe zasady to: **działania w imię korzyści pacjenta, nie czynienia krzywdy, zasada sprawiedliwości i autonomii pacjenta** [11].

Zasada działania w imię korzyści pacjenta oznacza działanie pracowników ochrony zdrowia mające na celu przyniesienie pacjentowi korzyści — rozważając korzyść i ryzyko. Najczęściej oznaczać to będzie podjęcie resuscytacji, czasami jednak — nie podejmowanie RKO. Zasada działania w imię korzyści pacjenta może również zawierać wycho-
dzenie naprzeciw społecznym potrzebom, np. wdrożenie programu publicznego dostępu do defibrylacji.

Zasada nie czynienia krzywdy. Resuscytacja nie powinna być podejmowana w sytuacjach nie rokujących powodzenia lub jeśli nie życzył sobie tego pacjent (wola pacjenta wyrażona wtedy, kiedy jest w pełni władz umysłowych).

Zasada sprawiedliwości oznacza obowiązek podejmowania działań w imię korzyści z równoczesnym uwzględnieniem ryzyka. Resuscytacja powinna być dostępna dla wszystkich, którym może przynieść korzyść — w zakresie dostępnych środków.

Zasada autonomii pacjenta odnosi się do podejmowania przez pacjenta świadomych decyzji w swoim własnym imieniu — nie poddawaniu się decyzjom podejmowanym za niego przez lekarzy lub pielęgniarki. Zasada ta była wdrażana na przestrzeni ostatnich 30 lat jako wynik ustaleń, takich jak Helsińska Deklaracja Praw Człowieka wraz z jej modyfikacjami i uzupełnieniami [12]. Zasada ta wymaga, aby pacjent był odpowiednio poinformowany, świadomy, nie podlegał naciskom oraz aby jego decyzje i preferencje były spójne.

Oświadczenie woli

Oświadczenie woli zostało wprowadzone w wielu krajach i podkreśla autonomię pacjenta. Oświadczenie woli jest sposobem wyrażania woli przez pacjenta w zakresie przyszłej opieki, a szczególnie końca życia, i musi być wyrażane wtedy, gdy

pacjent jest w pełni władz umysłowych i nie działa pod przymusem. Oświadczenie woli limituje opiekę nad pacjentem w stanie terminalnym, z decyzją o zaprzestaniu RKO włącznie.

Termin ‘oświadczenie woli’ odnosi się do wszelkiej formy wyrażenia woli pacjenta z włączeniem zwykłej rozmowy pomiędzy pacjentem i/lub osobami bliskimi i/lub lekarzami lub pielęgniarkami. W ten sposób pracownicy ochrony zdrowia mogą wypełnić życzenia pacjenta wtedy, gdy pacjent nie będzie w pełni władz umysłowych. Jakkolwiek mogą się narodzić nowe problemy. Krewny może źle zinterpretować życzenia pacjenta lub być żywotnie zainteresowany śmiercią pacjenta (lub utrzymaniem go przy życiu). Pracownicy ochrony zdrowia mają tendencję do niedoceniań pragnienia życia pacjenta. Pisemne oświadczenia pacjenta, potwierdzona notarialnie wola życia lub upoważnienia mogą wyeliminować niektóre z tych problemów, ale środki te nie są pozbawione ograniczeń. Pacjent powinien sprecyzować tak dokładnie jak to możliwe, kiedy powinno się odstąpić lub zaprzestać leczenia. Pomocy w tym procesie może udzielić konsultant medyczny. Na przykład wielu pacjentów może nie życzyć sobie upokorzenia wynikającego z nieskutecznej RKO w sytuacji terminalnej niewydolności wielonarządowej, bez możliwości odwrócenia jej przyczyny, lecz akceptują oni próby resuscytacji kiedy wystąpi migotanie komór (VF) spowodowane uleczalną przyczyną sercową. Pacjenci często zmieniają zdanie gdy zmieniają się okoliczności i dlatego oświadczenie woli powinno być najbardziej aktualne jak to jest możliwe i uwzględniać zmianę okoliczności. W nagłym, pozaszpitalnym zatrzymaniu krążenia świadkowie zazwyczaj nie znają życzeń pacjenta i jego sytuacji, i oświadczenie woli nie jest od razu dostępne. W takich okolicznościach natychmiast podejmuje się resuscytację, a wątpliwości pozostawia na później. Nie ma etycznej różnicy w zaprzestaniu prób resuscytacji, która została rozpoczęta, jeśli zostanie przedstawione ratownikom oświadczenie woli ograniczające zakres leczenia. Nieocenionym łącznikiem w tych sytuacjach może okazać się lekarz rodzinny. Interpretacja medyczna zapisów oświadczenia woli znacznie różni się w poszczególnych krajach [1]. W niektórych krajach oświadczenie woli wyrażone na piśmie ma moc prawa i jego nieprzestrzeżenie jest równe z jego pogwałceniem. W innych krajach jest ono w rażący sposób ignorowane, jeśli lekarz nie zgadza się z ich treścią. Aczkolwiek ostatnie lata pokazują tendencję wzrostową w zakresie działań zgodnych z autonomią pacjenta i redukcją postaw o protekcyjnym zabarwieniu wśród lekarzy [1].

Kiedy nie podejmować resuscytacji?

Pacjenci mają prawo do odmowy leczenia w każdej sytuacji, ale nie mogą automatycznie domagać się wdrażania terapii — nie mogą nalegać na rozpoczęcie resuscytacji bez względu na okoliczności. Lekarz jest zobowiązany wdrażać leczenie, które może przynieść pacjentowi korzyści, lecz nie ma obowiązku rozpoczęcia leczenia, które okazałoby się daremne. Rozsądnie jest zasięgnąć opinii osoby trzeciej w procesie podejmowania takiej decyzji, w obawie, iż system wartości lekarza lub dostępność środków może wpłynąć na kształt tej decyzji [13].

Decyzja o nie podejmowaniu resuscytacji niesie za sobą pytania natury moralnej. Co stanowi o daremności podejmowanych prób? Od czego dokładnie się powstrzymujemy? Kto powinien decydować o nie podejmowaniu resuscytacji? Z kim konsultować decyzję? Kto powinien być poinformowany? Czy wymagana jest świadoma zgoda? Jakie czynniki religijne i kulturowe powinniśmy brać pod uwagę?

CO STANOWI O DAREMNOŚCI PODEJMOWANYCH PRÓB?

Jeśli resuscytacja nie przyniesie korzyści w znaczeniu przedłużenia życia o akceptowalnej jakości, podjęcie takiej próby jest daremne. Pomimo istnienia doniesień na temat czynników, na podstawie których można przewidywać niepowodzenie w resuscytacji [14–17], żaden z nich nie został zbadany na niezależnym modelu ludzkim, poza wielonarządową niewydolnością krążenia bez odwracalnej przyczyny. Co więcej, badania nad resuscytacją są zależne od czynników systemowych, takich jak czas do podjęcia RKO, czas do wykonania defibrylacji itd. Parametry te mogą być wydłużone w każdym badaniu, ale nie odnoszą się do pojedynczych przypadków.

Decyzje takie będą nieuchronne i w ich podejmowaniu będą pojawiać się momenty wątpliwości wszędzie tam, gdzie konieczna będzie subiektywna opinia, np. w przypadku pacjentów z niewydolnością krążenia, ciężką niewydolnością oddechową, asfiksją, dużym urazem, urazem głowy lub schorzeniem neurologicznym. W podejmowaniu decyzji rolę odgrywać może wiek pacjenta, lecz jest on jedynie słabym niezależnym wskaźnikiem wyniku [18, 19]; często jednak wiek związany jest z powszechnością zgonów, co wpływa na rokowanie. Z innej strony większość lekarzy podejmie częściej interwencje u dzieci z powodów emocjonal-

nych, pomimo iż rokowanie jest często gorsze u dzieci niż u dorosłych. Dlatego też tak istotne jest aby klinicyści rozumieli czynniki wpływające na skuteczność resuscytacji.

OD CZEGO DOKŁADNIE SIĘ POWSTRZYMUJEMY?

Deklaracja o nie podejmowaniu resuscytacji (DNAR) oznacza, iż w przypadku zatrzymania krążenia lub oddychania RKO nie powinna być podejmowana. DNAR nie oznacza nic ponadto. Inne formy leczenia, a zwłaszcza leczenie przeciwbólowe i sedatywne, powinny być kontynuowane zgodnie z wymaganiami. Wentylacja, tlenoterapia, odżywianie, antybiotyki, płynoterapia, leki wazopresyjne itd. — te działania kontynuuje się zgodnie z wytycznymi, jeśli uznaje się je za korzystne. Jeśli nie podejmuje się takich działań, wytyczne w sprawie nie kontynuowania lub powstrzymania się od nich, powinny być sprecyzowane, niezależnie od deklaracji DNAR.

Deklaracje DNAR przez wiele lat i w wielu krajach były przygotowywane przez pojedynczych lekarzy, często bez konsultacji z pacjentem, jego krewnymi lub personelem medycznym. Obecnie takie konsultacje stanowią wymóg prawny w wielu krajach, takich jak USA, Norwegia i Wielka Brytania.

KTO POWINIEN DECYDOWAĆ O NIE PODEJMOWANIU RESUSCYTACJI?

Ta bardzo poważna decyzja zazwyczaj jest podejmowana, po odpowiednich konsultacjach, przez doświadczonego lekarza, który prowadzi leczenie. Decyzje podejmowane przez komisje są niepraktyczne i ten sposób ich podejmowania okazał się nie być skutecznym, z powodu braku odpowiednich kwalifikacji i doświadczenia kierownictwa szpitali w ich podejmowaniu. Decyzje podejmowane przez władze obciążone są niepewnością i podejmowane są z opóźnieniem, zwłaszcza jeśli istniejący system prawny stanowi przeszkodę, i powinno się na nich polegać tylko wtedy, jeśli istnieje nierozwiązywalny konflikt interesów pomiędzy zaangażowanymi stronami. W wyjątkowo trudnych przypadkach lekarz może zwrócić się o pomoc do swojego stowarzyszenia lekarskiego z prośbą o wydanie opinii prawnej.

Zespoły resuscytacyjne, które działają w odpowiedzi na obawy personelu oddziału o zmieniający się stan pacjenta, mogą asystować w procesie podejmowania decyzji w zakresie DNAR (patrz rozdział 4a) [20, 21].

Z KIM KONSULTOWAĆ DECYZJĘ?

Jakkolwiek ostateczna decyzja dotycząca DNAR powinna być podjęta przez doświadczonego lekarza prowadzącego terapię pacjenta, rozsądne jest skonsultowanie się z innymi osobami przed jej podjęciem. Zgodnie z zasadą autonomii pacjenta rozważane jest upewnienie się, jeśli to możliwe, co do woli pacjenta w sprawie podejmowania prób resuscytacji. Powinno się tego dokonać wcześniej, kiedy pacjent jest w stanie dokonać świadomego wyboru. Na temat odpowiedzi na pytanie, czy taka dyskusja powinna się odbywać rutynowo przy każdym przyjęciu do szpitala (co mogłoby spowodować nadmierne poruszenie), czy tylko wtedy, jeżeli zdiagnozowano schorzenie potencjalnie zagrażające życiu (kiedy istnieje zagrożenie, że pacjent może być zbyt chory aby podjąć zrównoważoną decyzję) zdania są podzielone. Lekarz, przedstawiając fakty pacjentowi musi być tak dokładny, jak to tylko możliwe, informując o diagnozie i rokowaniu, i może zechcieć zasięgnąć w tej sprawie opinii osoby trzeciej. Niezwykle istotne jest, aby lekarz w dyskusji na temat akceptowania określonej jakości życia nie opierał się na osobistym systemie wartości — w dyskusji tej zasadnicze znaczenie powinna mieć opinia pacjenta. Uważa się za niezwykle istotne przedyskutowanie sytuacji przez lekarza z bliskimi, jeśli taka możliwość istnieje. Mogą oni mieć wpływ na kształt ostatecznej decyzji, lecz powinno im się wyjaśnić, że ostateczna decyzja będzie należeć do lekarza. Przesuwanie ciężaru odpowiedzialności za decyzję na krewnego jest nierozsądne i niesprawiedliwe. Lekarz może również przedyskutować sprawę z personelem pielęgniarskim i niższym medycznym, który częściej przebywa bliżej pacjenta i jest bardzo prawdopodobne, iż uzyska bliższe, osobiste informacje o pacjencie. Lekarz rodzinny pacjenta może mieć dokładne i długoterminowe obserwacje dotyczące woli pacjenta i stosunków rodzinnych, oparte na wieloletnim gromadzeniu informacji o tej szczególnej sytuacji.

KTO POWINIEN BYĆ POINFORMOWANY?

Po podjęciu decyzji powinna być ona przekazana osobom których dotyczy, włącznie z pacjentem i jego bliskim. Informacje na temat decyzji i jej podjęcia osób wpływających na nią powinny być zanotowane, najlepiej na specjalnym formularzu DNAR, który powinien być zamieszczony w widocznym miejscu w dokumentacji pacjenta, oraz w zleceniach pielęgniarskich powinna być zamieszczona odpowiednia notka. Niestety istnieją doniesienia o niechęci lekarzy z niektórych ośrodków w niektórych krajach do pisemnego dokumentowania takich decyzji [22].

Kiedy przerwać resuscytację?

Większość podejmowanych prób resuscytacji kończy się niepowodzeniem i musi zostać przerwana. Na decyzję o zaprzestaniu resuscytacji wpływa kilka czynników. Będą to: historia choroby i przewidywane rokowanie, czas pomiędzy zatrzymaniem krążenia i rozpoczęciem RKO, czas do defibrylacji i czas trwania zaawansowanych zabiegów reanimacyjnych (ALS) z ciągłą asystolią i brak odwracalnej przyczyny. W wielu przypadkach, zwłaszcza w pozaszpitalnym zatrzymaniu krążenia, jego przyczyna może być nieznana lub mało prawdopodobna i podejmuje się decyzję o rozpoczęciu resuscytacji podczas gdy gromadzone są kolejne informacje. Jeśli staje się jasne, iż bezpośrednia przyczyna czyni próbę resuscytacji daremną, powinna ona być przerwana jeśli pacjent pozostaje w asystolii w czasie stosowania zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych (ALS). Dodatkowe informacje (takie jak oświadczenie woli) mogą być dostępne i wpłynąć również na etycznie poprawną decyzję o zakończeniu resuscytacji.

Resuscytacja powinna być kontynuowana tak długo, jak długo trwa migotanie komór (VF). Ogólnie akceptowany jest fakt przerwania resuscytacji po 20 minutach trwania asystolii przy braku odwracalnej przyczyny zatrzymania krążenia i podczas gdy stosowane są zaawansowane zabiegi resuscytacyjne (ALS) [23]. Istnieją oczywiście doniesienia o wyjątkowych sytuacjach, które potwierdzają regułę, a każdy przypadek powinien być rozpatrywany indywidualnie. W pozaszpitalnym zatrzymaniu krążenia pochodzenia sercowego jeśli ma dojść do poprawy stanu pacjenta do spontanicznego powrotu krążenia zazwyczaj dochodzi w miejscu zdarzenia. Pacjenci z pierwotnym zatrzymaniem krążenia, którzy wymagają RKO i u których w czasie transportu do szpitala nie powraca krążenie rzadko, przeżywają bez ubytków neurologicznych [24].

Często próby resuscytacji będą przedłużane, jeśli pacjentem jest dziecko. Decyzja zazwyczaj nie jest oparta na przesłankach naukowych, a rokowanie w zatrzymaniu krążenia u dzieci z pewnością nie jest lepsze, a prawdopodobnie gorsze niż rokowanie u dorosłych. Niemniej jednak decyzja o przedłużeniu działań w celu ratowania życia dziecka jest zrozumiała. Potencjał do odnowy komórek mózgowia po epizodzie niedokrwienia jest wciąż nie do końca poznany czynnikiem i z tym należy się liczyć.

Decyzję o zaprzestaniu resuscytacji podejmuje kierownik zespołu, ale po konsultacji z innymi członkami, których argumentacja może pomóc w podjęciu decyzji. Finalnie decyzja jest oparta na wniosku klinicznym o braku odpowiedzi na zaawansowane zabiegi resuscytacyj-

ne. Ostateczny wniosek powinien być określony przez kierownika zespołu, który wziął pod uwagę wszystkie fakty i punkty widzenia, i działa ze współczuciem, lecz stanowczo — bez żadnych wątpliwości.

Kiedy rozważa się zaprzestanie resuscytacji powinno się wziąć pod uwagę możliwość przedłużenia RKO oraz innych sposobów terapii aby umożliwić pobranie organów do przeszczepu. Mechaniczne uciskanie klatki piersiowej może być w takiej sytuacji korzystne, lecz nie badano tego aspektu [25]. Zagadnienie rozpoczynania terapii przedłużającej życie jedynie w celu pobrania organów do przeszczepu jest dyskutowane przez etyków, a ich opinie na ten temat w wielu krajach są podzielone — w chwili obecnej nie ma w tej sprawie konsensusu.

Podejmowanie decyzji przez osoby nie będące lekarzami

W wielu przypadkach zaopatrywania pozaszpitalnego zatrzymania krążenia uczestniczą ratownicy medyczni, którzy stają przed analogicznymi dylematami związanymi z rozważaniem, czy próba resuscytacji będzie daremna oraz kiedy nie powinna być podejmowana. Ogólnie w pozaszpitalnym zatrzymaniu krążenia rozpoczyna się resuscytację i prowadzi ją dopóki nie pojawi się aktualne oświadczenie woli jako przeciwskazanie lub staje się jasne, iż resuscytacja będzie daremna z powodu śmiertelnych urazów, takich jak dekapitacja, przepełnienie ciała, przedłużone przebywanie pod wodą, zwięglenie, stężenie pośmiertne i maceracja płodu. W takich przypadkach osoby nie będące lekarzami stawiają diagnozę śmierci, ale jej nie potwierdzają (co może być zrobione w większości krajów jedynie przez lekarza).

Lecz co w sprawie decyzji o zaniechaniu resuscytacji? Czy ratownicy szkoleni w zakresie ALS powinni stwierdzać zgon po 20 minutach asystolii w przypadku braku odwracalnych przyczyn, biorąc pod uwagę złe rezultaty RKO w czasie transportu? Zdania na ten temat różnią się w poszczególnych krajach [26]. W niektórych krajach stało się to postępowaniem rutynowym, a oczekiwanie od ratowników kontynuowania resuscytacji w sytuacji, w której lekarz przerwałby resuscytację, jest pozbawione sensu. Podejmując taką decyzję, bezwzględnie należy dokładnie zapisywać czas oraz przedstawić pisemne uzasadnienie [27]. Próbą rozwiązania problemu może być szkolenie i okazanie zaufania osobom szkolonym w procesie podejmowania przez nich decyzji.

Podobne decyzje mogą być podejmowane, a diagnoza śmierci stawiana przez pielęgniarki bez udziału lekarza w domach opieki dla osób starszych i nieule-

czalnie chorych. Decyzję o resuscytacji należy podejmować, w miarę możliwości, z wyprzedzeniem. Wszyscy pensjonariusze tych placówek powinni mieć możliwość wyrażenia oświadczenia woli.

WARUNKI SZCZEGÓLNE

Szczególne okoliczności, na przykład hypotermia w chwili zatrzymania krążenia, zwiększają szanse na powrót do zdrowia bez ubytków neurologicznych a standardowe kryteria rokownicze (takie jak asystolia trwająca dłużej niż 20 minut) nie mają zastosowania. Co więcej, leki sedujące i przeciwbólowe mogą utrudniać ocenę stanu przytomności u pacjenta, u którego powróciło spontaniczne krążenie.

Zaprzestanie leczenia osób znajdujących się w PVS po próbie resuscytacji

Przewidywanie ostatecznego stanu neurologicznego u pacjentów pozostających w śpiączce po przywróceniu spontanicznego krążenia jest trudne w czasie 3 pierwszych dni (patrz rozdział 4g). Brak jest określonych objawów klinicznych, które mogą wskazywać na rokowanie już w pierwszych godzinach po przywróceniu spontanicznego krążenia. Zastosowanie terapeutyczne hipotermii po zatrzymaniu krążenia utrudnia przewidywanie powikłań neurologicznych.

Może się zdarzyć, że pacjent odzyskuje spontaniczne krążenie, lecz pozostaje w PVS. Życie w tym stanie może być dla pacjenta gorsze niż śmierć. Jeśli pacjent pozostaje przy życiu ale w PVS, należy zastosować opiekę terminalną.

Obecność członków rodziny i najbliższych w czasie resuscytacji

Koncepcję obecności członków rodziny i najbliższych w czasie resuscytacji przedstawiono po raz pierwszy w roku 1980 i została ona zaakceptowana w wielu krajach Europy [29–38]. Wielu krewnych chciałoby być obecnych w czasie prób resuscytacji i ponad 90% z tych, którzy doświadczyli takiej sytuacji zgodziłoby się na to raz jeszcze [33]. Większość rodziców chciałoby towarzyszyć w takiej sytuacji swojemu dziecku [39].

Zezwolenie osobom bliskim na obecność w czasie próby resuscytacji rozpatrywane jest w kategoriach następujących korzyści:

- Pomoc w procesie uświadamiania śmierci i ułatwienie przebiegu żałoby.

- Możliwość komunikacji, kontaktu (dotyk) z bliskimi w ich ostatnich chwilach, kiedy ich ciała były jeszcze ciepłe. Wiele osób czuje, iż ich krewni są wdzięczni za ich obecność w tych chwilach — jest to możliwe, jeśli w czasie efektywnej RKO powraca przytomność (takie przypadki w czasie RKO wcześniej odnotowywano).

- Uczucie, iż byli obecni w czasie ostatnich chwil i wspierali osoby kochane kiedy tego potrzebowały.
- Uczucie, iż byli na miejscu i przekonali się, iż wszystko co mogło być zrobione zostało zrobione.

Aby upewnić się, czy doświadczenie związane z uczestnictwem w RKO nie będzie dla członków rodziny zbyt trudnym przeżyciem należy:

- Resuscytacja powinna być zawsze prowadzona w kompetentny sposób, dobrze kierowana, a zespół powinien być otwarty i serdeczny w stosunku do krewnych.
- Uświadomienie stan pacjenta bliskim, aby zanim wejdą mogli zrozumieć sytuację, i upewnić się, iż będą oni otrzymywać ciągłe wsparcie od odpowiednio przygotowanej osoby (zazwyczaj jest to pielęgniarka). Należy upewnić się, że członkowie rodziny rozumieją, iż to oni decydują czy chcą być obecni. Bez względu na decyzję nie należy powodować u nich poczucia winy.
- Należy poinformować krewnych o procedurach, które zobaczą (np. intubacja dotchawicza, zakładanie żylnego dojścia centralnego) oraz reakcji pacjenta na procedury (np. chwilowe drgawki po defibrylacji). Należy określić wagę nie wtrącania się do wykonywanych procedur i wyjaśnić, jakie to pociąga za sobą niebezpieczeństwa.
- W większości przypadków konieczne będzie wyjaśnienie, iż pacjent nie zareagował na próby resuscytacji i resuscytacja musi zostać przerwana. Decyzję powinien podejmować kierownik zespołu przy współpracy z członkami. Należy wyjaśnić krewnym, iż może być konieczna krótka przerwa na usunięcie sprzętu i że będą mogli wrócić do swoich bliskich w spokoju, sami lub ze wsparciem, jeśli sobie tego życzą.
- Krewny powinien mieć szansę zastanowienia się, zadania pytań o przyczynę i przebieg działań, uzyskać poradę dotyczącą zagadnień rejestracji śmierci i dostępności służb pomocniczych.

W przypadku pozaszpitalnego zatrzymania krążenia krewni mogą być już obecni i prowadzić podstawowe zabiegi reanimacyjne (BLS). Należy zaproponować im, aby zostali — mogą być wdzięczni za możliwość pomocy i podróżowania w karetce do szpitala. Jeśli zgon zostaje stwierdzony w miejscu zdarzenia, należy zaproponować krewnym pomoc i wsparcie ich lekarza rodzinnego, pielęgniarki środowiskowej lub przeszkolonego doradcy.

Warto zaproponować szkolenie dla personelu zajmującego się resuscytacją, pracującego zarówno w szpitalu jak i poza nim, w zakresie obecności członków rodziny w czasie resuscytacji.

Wraz z coraz częstszymi przypadkami obecności krewnych podczas prób resuscytacji oczywiste jest, iż pojawiają się problemy. W większości zdarzeń krewni wchodzi i pozostają tylko na kilka minut, po czym opuszczają pomieszczenie usatysfakcjonowani faktem, iż wykorzystali szansę wsparcia osoby kochanej oraz pożegnania się zgodnie ze swoim życzeniem. Dziesięć lat temu większość resuscytujących nie zaakceptowałaby obecności członków rodziny, lecz ostatnio prowadzone badania wskazują, że otwarte postawy i zrozumienie niezależności pacjenta i krewnych są coraz częstsze [1]. Być może jest to związane ze zmianą stosunku z autokratycznego na bardziej wyrozumiałą. Istnieją jednak różnice kulturowe i socjalne pomiędzy krajami, które muszą być traktowane z wyrozumiałością i taktem.

Decyzje dotyczące badań naukowych oraz ćwiczeń na zwłokach

Kolejne zagadnienie, które spowodowało istotną debatę etyczną i prawną to ćwiczenie procedur leczniczych lub prowadzenie badań na zwłokach.

ĆWICZENIE PROCEDUR

Prowadzenie resuscytacji może być nauczane w symulowanych sytuacjach klinicznych z użyciem manekinów i urządzeń symulujących, lecz nabywanie określonych umiejętności wymaganych podczas resuscytacji jest wciąż trudne. Uciskanie klatki piersiowej oraz, w pewnym zakresie, wentylacja zastępcza lub zakładanie urządzeń do udrażniania dróg oddechowych może być nauczane za pomocą manekinów, jednakże pomimo technicznego zaawansowania manekinów, niektóre procedury mogą zostać przyswojone jedynie poprzez ćwiczenie na ludziach żywych lub zmarłych. Te procedury, to np. dostępy dożylnie centralne i obwodowe, nakłucie i cewnikowanie tętnic, wenesekcja, wentylacja workiem samorozprężal-

nym, intubacja dotchawicza, krikotyreidektomia, nakłucie jamy opłucnej, drenaż jamy opłucnej i bezpośredni masaż serca przy otwartej klatce piersiowej. Niektóre z tych procedur mogą być doskonałe w czasie rutynowych działań w szpitalu (przeważnie wymagając znieczulenia i, w mniejszym stopniu, zastosowania chirurgii), lecz pozostałe, takie jak krikotyreidektomia, nakłucie jamy opłucnej i bezpośredni masaż serca przy otwartej klatce piersiowej, niestety nie. Stosuje się je jedynie w sytuacjach zagrożenia życia, kiedy trudno jest usprawiedliwić ich nauczanie. W nowoczesnej praktyce i w dobie coraz częstszych pozwów oraz rosnącej decyzyjności pacjenta w procesie leczenia uzyskanie zgody na przyżyciowe doskonalenie przez studenta procedur na pacjencie jest coraz trudniejsze. Dni, kiedy przyjęcie pacjenta do szpitala klinicznego oznaczało automatycznie zgodę na doskonalenie umiejętności przez studentów wedle ich potrzeb, pod nadzorem, są już przeszłością. Lecz pomimo to społeczeństwo oczekuje, i ma do tego prawo, kolejnych pokoleń kompetentnych lekarzy.

Dlatego też powstaje pytanie, czy jest moralnie poprawne podejmowanie nauczania oraz doskonalenie umiejętności na osobach żywych lub zmarłych. Istnieją w tej sprawie liczne opinie [41]. Wiele osób, zwłaszcza wywodzących się z kultury islamu, uważa nauczanie i doskonalenie umiejętności na osobach niedawno zmarłych za odrażające. Podyktowane to jest szacunkiem dla zwłok. Inni są w stanie zaakceptować ćwiczenie procedur nieinwazyjnych, które nie pozostawiają śladu, takich jak intubacja dotchawicza, a jeszcze inni otwarcie i szczerze akceptują uzasadnione nauczanie wszelkich procedur na zwłokach, jako istotne dla dobra przyszłych pacjentów.

Istnieje opinia, iż powinno się uzyskać od krewnego osoby zmarłej świadomą zgodę na te procedury. Jakkolwiek tylko niektórzy uzyskują taką zgodę [1, 40]. Dla wielu osób okaże się to zbyt trudne z powodu wstrząsających okoliczności przekazywania jednocześnie złych wiadomości pogrążonym w żałobie osobom. W rezultacie najczęściej doskonalone są procedury nieinwazyjne, zgodnie z zasadą, iż to co jest niewidoczne nie sprawia przykrości. Czasy wykonywania wszelkich procedur bez uzyskania zgody kończą się i być może zaistniała konieczność publicznej kampanii nawołującej do udzielania przez osoby żyjące zgody na doskonalenie umiejętności na ich zwłokach poprzez oświadczenie woli, w podobny sposób jak uzyskiwanie zgody na transplantację organów. Uzgodnienie takie powinno mieć raczej formę zaprzeczenia niż zgody na wykonanie procedur, lecz to pociąga za sobą konieczność zmian prawnych w większości krajów. Zaleca się

aby pracownicy ochrony zdrowia zapoznali się z regulacjami szpitali w tym zakresie i do nich się dostosowali.

BADANIA NAUKOWE

Z prowadzeniem randomizowanych badań klinicznych u osób z zatrzymaniem krążenia, które nie mogą wyrazić świadomej zgody na udział w badaniu, związanych jest wiele problemów etycznych. Poprawa niezadowolających wyników w zakresie udanych resuscytacji może być uzyskana jedynie poprzez postęp w nauce i badania kliniczne. Utylitarystyczna koncepcja w etyce zakłada najwyższe dobro dla jak największej liczby osób. Koncepcja ta musi być zrównoważona poprzez zasadę autonomii pacjenta, według której pacjent nie powinien być włączany do badań klinicznych bez jego świadomej zgody. W ciągu ostatniej dekady w USA oraz Unii Europejskiej wdrożono szereg dyrektyw prawnych [42. 43], które ustanawiają znaczne bariery w prowadzeniu badań na pacjentach w trakcie resuscytacji bez świadomej zgody pacjenta lub bliskiego krewnego [44]. Dostępne są dane, które ukazują spowolnienie postępu naukowego w resuscytacji [45]. Istnieje możliwość, iż te dyrektywy mogą pozostawać w niezgodności z podstawowym prawem człowieka do dobrej opieki medycznej określonym w Deklaracji Helsińskiej [12]. Liczba badań w resuscytacji, które wywodzą się z USA, dramatycznie się obniżyła w ostatniej dekadzie [46] i zjawisko to w tej samej skali pojawi się prawdopodobnie w Unii Europejskiej [47]. Autorytety w USA poszukiwały w ograniczonym zakresie możliwości prowadzenia badań bez wyrażania wymienionej wyżej zgody, ale wiąże się to z trudnościami nie do pokonania [45].

Prowadzenie badań na zwłokach napotyka na takie same ograniczenia, jeśli nie została wyrażona wcześniej zgoda zawarta jako część oświadczenia woli. Zgodę może wyrazić w trybie nagłym najbliższy krewny. Prawo do własności zwłok usankcjonowane jest jedynie w kilku krajach, ale w wielu pozostałych przyjmuje się milcząco, iż zwłoki należą do krewnych (jeśli nie ma podejrzeń co do powodów śmierci lub są one nieznanne), i najbliższy krewny musi wyrazić zgodę na prowadzenie jakichkolwiek badań jeśli nie ma zgody pacjenta zawartej w oświadczeniu woli. Uzyskiwanie zgody od najbliższego krewnego w stresujących okolicznościach nagłej straty jest sytuacją trudną i może wpłynąć negatywnie na relację lekarza i krewnych.

Badania można kontynuować po śmierci w celu zidentyfikowania urazów powstałych na skutek określonych metod uciskania klatki piersiowej. Jeśli krewni nie zdecydowali inaczej, zwłoki muszą pozostać w całości.

Przekazywanie złych wiadomości krewnym i najbliższym

Przekazywanie wiadomości o śmierci pacjenta jego krewnym jest zadaniem trudnym. Jest to chwila, którą krewny zapamięta na zawsze, dlatego jest niezwyczajnie istotne aby uczynić to tak poprawnie i delikatnie, jak to tylko możliwe. Powoduje to również znaczny stres u pracownika ochrony zdrowia, który wypełnia to trudne zadanie. Obie strony mogą potrzebować wsparcia w kolejnych godzinach oraz dniach. Niekorzystne jest to, że rzadko naucza się przekazywania złych wiadomości w szkołach medycznych lub podyplomowych [1].

KONTAKTOWANIE SIĘ Z RODZINĄ W PRZYPADKU ŚMIERCI PACJENTA I NIEOBECNOŚCI JEGO KREWNYCH

Jeśli przy śmierci pacjenta jego krewni nie są obecni, powinni o tym fakcie być jak najszybciej zawiadomieni. Krewny może nie znać osoby dzwoniącej i dlatego musi ona być szczególnie uważna i zadbać o to, aby się dokładnie przedstawić oraz upewnić co do pokrewieństwa osoby do której dzwoni w stosunku do osoby zmarłej. W wielu przypadkach nie informuje się dokładnie, iż pacjent zmarł, chyba że odległość lub czas dojazdu są wydłużone (np. krewny przebywa w innym kraju). Wiele osób uważa, iż lepiej jest przekazać wiadomość o poważnej i ciężkiej chorobie lub urazie pacjenta i wskazać na konieczność natychmiastowego przybycia do szpitala. W ten sposób można przekazać pełną informację osobiście. Rozsądnie jest również poprosić aby krewny zwrócił się z prośbą do osoby znajomej o transport do szpitala oraz zaznaczyć, iż prowadzenie pojazdu z dużą szybkością nic nie pomoże. Kiedy krewni przybywają do szpitala natychmiast powinien ich powitać kompetentny i poinformowany przedstawiciel personelu, wyjaśniając jak najszybciej sytuację. Opóźnienie takich informacji może sprawić ból.

KTO POWINIEN PRZEKAZAĆ ZŁĄ WIADOMOŚĆ KREWNYM?

Do przeszłości należy praktyka zlecenia przez starszego lekarza młodszemu lekarzowi przekazania złej wiadomości rodzinie w sposób protekcyjny.

Obecnie uważa się, iż jest rozmowa z krewnymi to obowiązek starszego lekarza lub kierownika zespołu. Pomimo to rozsądne jest zapewnienie sobie pomocy doświadczonej pielęgniarki, która może dodać pacjentowi otuchy (jak również i lekarzowi).

GDZIE I KIEDY POWINNO SIĘ PRZEKAZYWAĆ ZŁE WIADOMOŚCI?

Miejsce, w którym przekazuje się złe wiadomości jest niezwykle istotne. Dla krewnych osób ciężko chorych powinien zostać przygotowany wygodnie i ze smakiem urządzony pokój na uboczu, z bezpłatnym dostępem do telefonu, telewizji oraz codziennie dostarczanych świeżymi kwiatami (które może dostarczać kwiaciarnia znajdująca się w większości szpitali w Europie).

Aby uniknąć poważnych błędów oraz niepotrzebnego wzburzenia podczas przekazywania złych wiadomości, powinno się przyjąć i działać według kilku podstawowych zasad. Ważne jest aby znać okoliczności przypadku i upewnić się co do tożsamości osoby z którą prowadzi się rozmowę. Istotny jest język ciała — zawsze siadaj na tej samej wysokości co krewni; nie wstawaj kiedy oni siedzą. Upewnij się, że twoje ubranie jest czyste — noszenie ubrania pobrudzone krwią jest niedopuszczalne. Uważaj by nie sprawiać wrażenia, iż działasz w pośpiechu i jesteś zajęty. Przekaż informację, na którą czekają natychmiast, używając słów „nie żyje” lub „zmarł”, „Przykro mi, że muszę przekazać panu/pani taką wiadomość, pański/pani ojciec/mąż/syn zmarł”. Nie pozostawiaj żadnych wątpliwości używając zwrotów takich jak „odszedł”, „zostawił nas” lub „poszedł do nieba”.

Dyskusowanie na tym etapie szczegółów medycznych nie jest w żaden sposób pomocne, poczekaj aż zostanie zadane związane z nimi pytanie. Kontakt fizyczny, taki jak ściskanie dłoni lub objęcie ramieniem, może być stosowny, lecz lekarz powinien być świadomy faktu, iż różnie to może zostać przyjęte. Nie należy ukrywać wzruszenia. Pozwól, aby krewny oswoił się z wiadomością. Reakcje mogą być różne i zawierać:

- ulgę („tak się cieszę, że już nie cierpi”, albo „odszedł nagle — tego by sobie życzył”),
- złość na pacjenta („mówiłem mu aby przestał palić” lub „był za gruby żeby grać w squasha” lub „popatrz z jakim bałaganem na głowie mnie zostawił”),
- poczucie winy („jesli nie pokłóciłabym się z nim tego ranka zanim poszedł do pracy” lub „dlaczego nie powiedziałam lekarzowi, że miał ból w klatce piersiowej?”),
- złość na system opieki zdrowotnej („dlaczego karetka przyjechała tak późno?” albo „lekarz był zdecydowanie za młody i nie wiedział co robił”),

- niekontrolowane zawrodozenie i płacz,
- całkowitą katatonię bez wyrazu.

Pomocne może być upewnienie rodziny, iż postępowała prawidłowo dzwoniąc po pomoc i jadąc do szpitala, ale nie było możliwości spowodowania powrotu pracy serca.

Do ponownego podjęcia rozmowy może minąć trochę czasu i należy zapytać krewnych czy mają jeszcze jakieś pytania dotyczące stanu pacjenta i zastosowanego leczenia. Rozsądnie jest być szczerym i otwartym w tym zakresie, ale zawsze mówić „nie cierpiał”.

W większości przypadków krewni zechcą zobaczyć ciało. Istotne jest aby ciało i pościel były czyste i wszystkie cewniki oraz kaniule usunięte, jeśli nie są konieczne do badania pośmiertnego. Widok ciała pozostawi u krewnych obraz, który zapamiętają na zawsze. Wymagane może być badanie pośmiertne i prośba o nie powinna być taktowna i delikatna oraz zawierać wyjaśnienie, że procedura będzie przeprowadzona przez profesjonalnego patologa i pomoże w stwierdzeniu dokładnej przyczyny śmierci.

DZIECI

Przekazywanie złych wiadomości dzieciom może być postrzegane jako specyficzny problem lecz doświadczenie wskazuje, iż lepiej jest być w tym kontakcie szczerym i otwartym, w ten sposób rozwiewa się wyobrażenia jakie dzieci mogą mieć na temat śmierci. Pomocne jest również poinformowanie szkoły aby nauczyciele i koledzy z klasy byli przygotowani na przyjęcie dziecka na powrót do szkolnego środowiska z wrażliwością i wsparciem.

ZAKOŃCZENIE

W wielu przypadkach będzie to pierwsze doświadczenie śmierci dla krewnego pacjenta i powinno się zaferować mu pomoc w załatwianiu formalności związanych z rejestracją zgonu, organizacją pogrzebu oraz wsparcie socjoekonomiczne ze strony szpitala lub pracownika społecznego. W zależności od wyznania, istotną rolę może odegrać duchowny lub ksiądz pracujący w szpitalu. Kiedy to możliwe, lekarz rodzinny powinien być natychmiast poinformowany przez telefon lub za pomocą poczty elektronicznej o szczegółach przypadku aby mógł udzielić krewnym pełnego wsparcia. Wdzięczność budzi telefon do krewnego pacjenta od pracownika szpitala, który był zaangażowany w zdarzenie, dzień lub dwa dni później i zaferowanie pomocy

i odpowiedzi na każde pytanie, które krewny mógł zapomnieć wtedy zadać.

Wsparcie dla personelu

Pomimo iż członkowie personelu wydają się być, i często są, nieco tylko poruszeni śmiercią w ich pracy, nie należy tego zakładać. Świadomość posiadanych umiejętności oraz satysfakcja z pracy zawodowej mogą zostać nadwyrężone i pojawia się poczucie winy, niedoskonałości i niepowodzenia. Widoczne jest to zwłaszcza u młodszych członków zespołu, lecz nie tylko. Zdarzenie powinno być omówione z zespołem z użyciem technik konstruktywnej i pozytywnej krytyki, a osobom potrzebującym powinno się zaproponować osobiste konsultacje. Sposób omówienia należy zidentyfikować — może to być nieformalna pogawędka w pubie lub kawiarni lub profesjonalnie prowadzona konsultacja. Powinno się wyjaśnić, iż smutek po doświadczeniu śmierci w pracy może być normalną reakcją na niestandardową sytuację.

Wnioski

Dzięki resuscytacji wielu otrzymało dar życia na nowo, ku radości swojej i bliskich, lecz resuscytacja może również przynieść cierpienie. Rozdział ten opisuje jak zredukować to cierpienie poprzez nie podejmowanie resuscytacji w niewłaściwych okolicznościach lub w przypadku ważnych sformułowanych z góry życzeń pacjenta lub przerwać resuscytację w przypadku daremnym lub PVS.

Zagadnienia etyczne, takie jak ćwiczenia i badania prowadzone na zwłokach osobach oraz obecność członków rodziny w czasie resuscytacji, nakładają na zawody medyczne kolejne obciążenia i muszą być rozwiązywane z życzliwością i uwzględnieniem wzrastającej autonomii pacjenta i znaczenia praw człowieka na świecie.

Przekazywanie złych wiadomości jest jednym z najtrudniejszych zadań przed jakimi staje personel medyczny. Wymaga to czasu, ćwiczeń, współczucia i zrozumienia.

Piśmiennictwo

1. Baskett PJ, Lim A. The varying ethical attitudes towards resuscitation in Europe. *Resuscitation* 2004; 62: 267–73.
2. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA* 2003; 290: 790–7.
3. Richter J, Eisemann MR, Bauer B, Kreibeck H, Astrom S. Decision-making in the treatment of elderly people: a cross-cultural comparison between Swedish and German physicians and nurses. *Scand J Caring Sci* 2002; 16: 149–56.
4. da Costa DE, Ghazal H, Al Khusaiby S. Do Not Resuscitate orders and ethical decisions in a neonatal intensive care unit in a Muslim community. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2002; 86: F115–9.
5. Ho NK. Decision-making: initiation and withdrawing life support in the asphyxiated infants in developing countries. *Singapore Med J* 2001; 42: 402–5.
6. Richter J, Eisemann M, Zgonnikova E. Doctors' authoritarianism in end-of-life treatment decisions. A comparison between Russia, Sweden and Germany. *J Med Ethics* 2001; 27: 186–91.
7. Cuttini M, Nadai M, Kaminski M, et al. End-of-life decisions in neonatal intensive care: physicians' self-reported practices in seven European countries. EURONIC Study Group. *Lancet* 2000; 355: 2112–8.
8. Konishi E. Nurses' attitudes towards developing a do not resuscitate policy in Japan. *Nurs Ethics* 1998; 5: 218–27.
9. Muller JH, Desmond B. Ethical dilemmas in a cross-cultural context. A Chinese example. *West J Med* 1992; 157: 323–7.
10. Edgren E. The ethics of resuscitation; differences between Europe and the USA — Europe should not adopt American guidelines without debate. *Resuscitation* 1992; 23: 85–9.
11. Beauchamp TL, Childress J (eds). *Principles of Biomedical Ethics*. 3rd ed. Oxford, Oxford University Press, 1994.
12. Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964 and amended at the 29th, 35th, 41st, 48th, and 52nd WMA Assemblies. Geneva, 1964.
13. Aasland OG, Forde R, Steen PA. Medical end-of-life decisions in Norway. *Resuscitation* 2003; 57: 312–3.
14. Danciu SC, Klein L, Hosseini MM, Ibrahim L, Coyle BW, Kehoe RF. A predictive model for survival after in-hospital cardiopulmonary arrest. *Resuscitation* 2004; 62: 35–42.
15. Dautzenberg PL, Broekman TC, Hooyer C, Schonwetter RS, Duursma SA. Review: patient-related predictors of cardiopulmonary resuscitation of hospitalized patients. *Age Ageing* 1993; 22: 464–75.
16. Haukoos JS, Lewis RJ, Niemann JT. Prediction rules for estimating neurologic outcome following out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 2004; 63: 145–55.
17. Herlitz J, Engdahl J, Svensson L, Young M, Angquist KA, Holmberg S. Can we define patients with no chance of survival after out-of-hospital cardiac arrest? *Heart* 2004; 90: 1114–8.
18. Herlitz J, Engdahl J, Svensson L, Angquist KA, Young M, Holmberg S. Factors associated with an increased chance of survival among patients suffering from an out-of-hospital cardiac arrest in a national perspective in Sweden. *Am Heart J* 2005; 149: 61–6.
19. Ebell MH. Prearrest predictors of survival following in-hospital cardiopulmonary resuscitation: a meta-analysis. *J Fam Pract* 1992; 34: 551–8.
20. Hillman K, Parr M, Flabouris A, Bishop G, Stewart A. Redefining in-hospital resuscitation: the concept of the medical emergency team. *Resuscitation* 2001; 48: 105–10.
21. The MERIT study investigators. Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 365: 2091–7.
22. Sovik O, Naess AC. [Incidence and content of written guidelines for "do not resuscitate" orders. Survey at six different somatic hospitals in Oslo]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997; 117: 4206–9.
23. Bonnin MJ, Pepe PE, Kimball KT, Clark PS, Jr. Distinct criteria for termination of resuscitation in the out-of-hospital setting. *JAMA* 1993; 270: 1457–62.
24. Kellermann AL, Hackman BB, Somes G. Predicting the outcome of unsuccessful prehospital advanced cardiac life support. *JAMA* 1993; 270: 1433–6.
25. Steen S, Liao Q, Pierre L, Paskevicius A, Sjøberg T. Evaluation of LUCAS, a new device for automatic mechanical compression and active decompression resuscitation. *Resuscitation* 2002; 55: 285–99.
26. Naess A, Steen E, Steen P. Ethics in treatment decisions during out-of-hospital resuscitation. *Resuscitation* 1997; 35: 245–56.
27. Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee. *Newsletter* 1996 and 2001. London, Royal College of Physicians.
28. Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M, Rhee KJ. Family participation during resuscitation: an option. *Ann Emerg Med* 1987; 16: 673–5.
29. Adams S, Whitlock M, Higgs R, Bloomfield P, Baskett PJ. Should relatives be allowed to watch resuscitation? *BMJ* 1994; 308: 1687–92.
30. Hanson C, Strawser D. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nine-year perspective. *J Emerg Nurs* 1992; 18: 104–6.
31. Cooke MW. I desperately needed to see my son. *BMJ* 1991; 302: 1023.
32. Gregory CM. I should have been with Lisa as she died. *Accid Emerg Nurs* 1995; 3: 136–8.
33. Boie ET, Moore GP, Brummett C, Nelson DR. Do parents want to be present during invasive procedures performed on their children in the emergency department? A survey of 400 parents. *Ann Emerg Med* 1999; 34: 70–4.
34. 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. *Annals of Emergency Medicine* 2002; 40: 193–205.
35. Martin J. Rethinking traditional thoughts. *J Emerg Nurs* 1991; 17: 67–8.
36. Robinson SM, Mackenzie-Ross S, Campbell Hewson GL, Egleston CV, Prevost AT. Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives.[comment]. *Lancet* 1998; 352: 614–7.
37. Baskett PJF. The ethics of resuscitation. In: Colquhoun MC, Handley AJ, Evans TR, eds. *The ABC of Resuscitation*. 5th ed. London: BMJ Publishing Group; 2004.
38. Azoulay E, Sprung CL. Family-physician interactions in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004; 32: 2323–8.
39. Bouchner H, Vinci R, Waring C. Pediatric procedures: do parents want to watch? *Pediatrics* 1989; 84: 907–9.
40. Resuscitation Council (UK) Project Team. *Should Relatives Witness Resuscitation?* London: Resuscitation Council (UK); 1996.
41. Morag RM, DeSouza S, Steen PA, et al. Performing procedures on the newly deceased for teaching purposes: what if we were to ask? *Arch Intern Med* 2005; 165: 92–6.
42. US Department of Health and Human Services. Protection of Human Subjects: Informed Consent and Waiver of Informed Consent requirements in certain emergency circumstances. In: 61 Federal Register 51528 (1996) codified at CFR # 50.24 and # 46.408. 1996.
43. Fontaine N, Rosengren B. Directive/20/EC of the European Parliament and Council of 4th April 2001 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States relating to the implementation of good clinical practice in the conduct of trials on medical products for human use. *The Official Journal of the European Communities* 2001; 121: 34–44.

Etyka resuscytacji oraz problemy końca życia

44. Lemaire F, Bion J, Blanco J, et al. The European Union Directive on Clinical Research: present status of implementation in EU member states' legislations with regard to the incompetent patient. *Intensive Care Med* 2005; 31: 476–9.

45. Nichol G, Huszti E, Rokosh J, Dumbrell A, McGowan J, Becker L. Impact of informed consent requirements on cardiac arrest research in the United States: exception from consent or from research? *Resuscitation* 2004; 62: 3–23.

46. Mosesso VN, Jr., Brown LH, Greene HL, et al. Conducting research using the emergency exception from informed consent: the Public Access Defibrillation (PAD) Trial experience. *Resuscitation* 2004; 61: 29–36.

47. Sterz F, Singer EA, Bottiger B, et al. A serious threat to evidence based resuscitation within the European Union. *Resuscitation* 2002; 53: 237–8.