

PAWEŁ J. PAWLICA¹MARIA CAŁKA^{2,3}

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

¹Studium Doktoranckie Wydziału Lekarskiego w Katowicach²Katedra Psychiatrii i Psychoterapii, Klinika Psychiatrii i Psychoterapii³Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu

ul. Ziołowa 45/47, Katowice 40-635

e-mail: pawelpawllica@vp.pl

ZAGADNIENIE UPORCZYWEJ TERAPII W ASPEKCIE MEDYCZNYM, ETYCZNYM, PRAWNYM I HUMANISTYCZNYM

THE ISSUE OF PRESERVED THERAPY IN MEDICAL, ETHICAL, LEGAL AND HUMANISTIC ASPECTS

STRESZCZENIE

JEDNĄ z naczelných wartości najistotniejszych dla nowożytnej medycyny jest prymat ochrony zdrowia i życia człowieka. W praktyce klinicznej, najczęściej w chorobach przewlekłych personel medyczny dochodzi w trakcie hospitalizacji chorego do kresu jego sił witalnych. W sytuacji takiej decyzja o dalszym postępowaniu zmierza w stronę walki o życie dostępnymi środkami albo zaprzestania takowych, które mogą mieć znamiona uporczywej terapii (terapii daremnej). W stanie terminalnym lekarz może nie wdrożyć metod i środków terapeutycznych, będących poza podstawowym leczeniem, takim jak, nawadnianie chorego, stosowanie środków przeciwbólowych, uspokajających i antybiotyków mogą niepotrzebnie przedłużyć agonię pacjenta. Chory jako pełnoprawny podmiot korzysta w takim momencie z należnego mu prawa do godnej śmierci. Akty prawa stanowionego oraz Kodeks Etyki Lekarskiej zezwalają na zaniechanie uporczywej terapii. Praca ta stanowi szkic i głos w często kontrowersyjnej dyskusji dotyczącej uporczywej terapii. Autorzy analizują zagadnienie stosowania terapii daremnej z perspektywy medycznej, prawnej, etycznej i humanistycznej na podstawie przeglądu wybranej literatury naukowej.

SŁOWA KLUCZOWE: uporczywa terapia, śmierć, leczenie terminalne.

ABSTRACT

The one of the prime values for the modern medicine is human health and life. In clinical practice, especially at long-time chronic diseases the most important working conditions of medical personnel occur during hospitalization to the end of the patient's strength. In the case of approaching or stopping the therapy. In the state of the terminal life time physician may not use at the health organisation therapeutic methods like, hydration of the patient, used analgesics, sedatives and antibiotics which unnecessary prolongate the agony of the patient. Patient as a full-fledged subject at that moment use the right to a dignified death. Law acts and the Code of Medical Ethics allow for abandoning persistent therapy. This study is a sketch and a voice in the often controversial discussion about preserved therapy, the authors analyze its use from a medical, legal, ethical and humanistic perspective based on a review of a selected scientific literature.

KEY WORDS: preserved therapy, death, terminal treatment.

WPROWADZENIE

POSTĘPOWANIE z pacjentami w stanie krytycznym wiąże się z rozważeniem potencjalnych korzyści wynikających z zaawansowanego wsparcia ich życia w celu zachowania jego jakości, uniknięcia bezcelowych środków medycznych i racjonalnego wykorzystania tych zasobów (CRUZ I IN., 2015).

Czy społeczeństwo jest w stanie pogodzić sprzeczne tendencje z porządku normatywnego i opisowego: z jednej strony, etyczne, deklarowane zobowiązania wobec specyficznych potrzeb swych umierających członków, a z drugiej, obserwowane przez socjologów coraz skuteczniejsze wypieranie tematu śmierci oraz śmiertelnie chorych z dyskursu publicznego? Za jeden z przejawów tej sprzeczności uznać można presję społeczną wobec lekarzy do bardziej energicznego i aktywnego (a czasem nadgorliwego) leczenia pacjentów terminalnych (tendencja do czynienia wszystkiego, co w danym momencie możliwe, mimo, iż nie zmienia to sytuacji chorego, umierającego człowieka), co może obrazować ogólniejszy trend samego różnicowania społecznych zobowiązań ze względu na przypisywanie członkom społeczności określonej roli. Niesie to za sobą ważne konsekwencje: rola chorego wiąże się wszak z określonymi prawami i obowiązkami (NOYES I CLANCY, 2016).

Badanie pt. „Nasze postawy wobec umierania i śmierci” pokazało, że od czasu do czasu (38%) lub często (25%) zdarza się Polakom myśleć o śmierci. Warto zaznaczyć, że 34% ankietowanych rozmawia na temat śmierci i umierania. Istotne pytanie w tym badaniu dotyczy bezpośredniego kontaktu z osobą umierającą. Aż 94% ankietowanych odpowiedziało twierdząco na pytanie: czy kiedykolwiek widział(a) Pan(i) w domu lub szpitalu ciało osoby zmarłej? Zaskakujące może być to, że połowa z osób badanych była przy czyjejś śmierci. Z badań CBOS wynika, że wszyscy,

którzy mają styczność ze śmiercią, częściej o niej myślą. Pojęcie „godna śmierć” respondentom z Instytutu Pomnika Centrum Zdrowia Dziecka kojarzy się z możliwością przerwania uporczywej terapii (JANUSZEWSKA I IN., 2016).

Dziś, osoby terminalnie chore, które, m. in. ze względu na wyjątkowe potrzeby opiekuńcze, przebywają w hospicjach, szpitalach mogą być skazane na „duchową izolację” i umieranie z dala od bliskich. Ich śmierć nie raz traktowana jest przez opinię publiczną jako porażka, przegrana walka, co uwidaczniają nagłówki prasowe sugerujące to w przypadku śmierci osób znanych. Tendencje te, z psychologicznego i socjologicznego punktu widzenia, mogą prowadzić do deprecjacji zarówno umierających, jak i ich bliskich, mogą być więc niekorzystne dla całej społeczności. Być może społeczne niedocenywanie roli umierającego to powód tego, że rolę osoby umierającej przemianowano na rolę osoby chorej (NOYES I CLANCY, 2016).

Niniejsza praca jest szkicem podejmującym zagadnienie daremnej/uporczywej terapii z perspektywy metaprzekmiotowej będąc zarazem głosem w dyskusji, która co jakiś czas pojawia się z różnym natężeniem w społeczeństwie i wśród przedstawicieli środowiska medycznego oraz nauk humanistycznych.

POJĘCIA WYSTĘPUJĄCE

— W DYSKURSIE NA TEMAT —

DAREMNEJ TERAPII

Swoistą „pułapką” dyskursu nad (nie)etycznością stosowania terapii daremnej może być chaos pojęciowy. Definicji terapii daremnej jest wiele a pojęcia pomocnicze, którymi posługują się adwersarze zdają się być niejednoznaczne oraz zabarwione wartościująco.

Wyrażenia „uporczywa terapia” (ang.

overzealous) w kontekście stanów terminalnych relatywnie często używa się w polskiej literaturze, w piśmiennictwie anglojęzycznym autorzy posługują się raczej zwrotem: „terapia daremna” (ang. futile, od łac. futilis – kruchy, nietrwały, nikły, marny, próżny, czczy, daremny, lada jaki (SŁOWNIK, 2007).

W języku polskim przymiotnik „daremny” oznacza: „nie dający żadnych wyników”. Logicznie rzecz ujmując, daremne mogą być działania a nie wyniki tych działań (jeśli działanie skutkuje jakimś wynikiem – nie jest daremne). A więc, zgodnie z powyższym rozumowaniem, daremność terapii wiąże się z jej bezowocnością, brakiem rezultatów, a w dalszej kolejności z czymś bezsensownym, nie wartym podjęcia wysiłku (SŁOWNIK J.POL.).

Termin „terapia daremna” odnosi się więc wprost do celów działania medycznego, przez co, z punktu widzenia praktyki medycznej, często oceniany jest jako bardziej przydatny niż zwrot „terapia uporczywa” (KÜBLER I IN., 2014).

„Uporczywy”, z kolei, to trudny do usunięcia, utrzymujący się długo lub ciągle powtarzający się trudny do usunięcia, nawracający”. Niektórzy autorzy z zakresu nauk prawnych stoją jednak na stanowisku, że terminy te: „uporczywy”, „daremny” mogą być stosowane zamiennie (SZEROCZYŃSKA, 2013).

Wieloznaczność terminu „uporczywy” uwidoczni kontekst intensywnej terapii, w ramach której do daremnych praktyk moglibyśmy zaliczyć podtrzymywanie czynności narządów. O braku jakich korzyści terapeutycznych w tym przypadku mówimy? W odniesieniu do pacjenta przebywającego na Oddziale Intensywnej Terapii, chodzić mogłoby o jego przeżycie, odwrócenie niewydolności narządowej by mógł on z Oddziału Intensywnej Terapii zostać po prostu wypisany. Za daremne można by w tym przypadku uznać takie działania, które nie uchylają niebezpieczeństwa utraty życia

– a zatem sztuczne podtrzymywanie życia, które oddała śmierć, ale jej nie uchyła, może, w tym kontekście, uchodzić za daremne. Badacze wskazują jednak, że dane z praktyki życiowej osłabiają takie wydedukowane konkluzje, gdyż bywają tacy pacjenci, którzy przebywają na OIT wiele dni, lub nawet miesiące, poddawani są licznym, powtarzającym się, „uporczywym” zabiegom ratującym życie, którzy mogą w końcu wyzdrowieć i którzy zdrowieją (KÜBLER I IN., 2014). Każde z omówionych pojęć ma swoją historię, której nie sposób tu przytoczyć a która zabarwia je emocjonalnie, sprawiając, że ludzie przypisują owym pojęciom, nie techniczne znaczenia a emocjonalne sensory. W mowie potocznej słowa takie jak: „eutanazja”, czy „uporczywa terapia” są najczęściej pozbawionymi rzeczywistego znaczenia hasłami, które mają budzić określone pozytywne, bądź negatywne skojarzenia wspierając określony światopogląd. W dyskursie bioetycznym sprawa definiowania daremnej terapii, podobnie jak eutanazji, staje się oddzielnym problemem badawczym.

OPIEKA HUMANITARNA

I UMIERANIE W GODNOŚCI

W stanach terminalnych norma kodeksowa nakazuje lekarzowi objęcie pacjenta opieką humanitarną, czyli ludzką, a więc dostrzeżenie w pacjencie człowieka i traktowanie go jak człowieka – jako całość, niesprowadzalną do swych części: sfery psychofizycznej a także duchowej i społecznej. Każda z tych sfer jest ważna, są one ze sobą połączone i wzajemnie na siebie oddziałują. Ból fizyczny wywołuje emocje, na przykład strach; uśmierzenie bólu daje radość; lęk potęguje ból, poczucie bezsensu życia wywołuje objawy somatyczne, osamotnienie wzmagają cierpienie psychiczne i fizyczne. Na całościowe, holistyczne podejście do pacjenta zwróciły uwagę prekursorzy współczesnej medycyny paliatywnej. Cicely Saunders jako

młoda pielęgniarka (a potem lekarka) po rozmowach z umierającym Dawidem Taśmą, polskim Żydem stwierdziła, że człowiek potrzebuje opieki całościowej ponieważ cierpi jako całość, tzn. totalnie. Elizabeth Kübler-Ross dostrzegła niedoceniane dotąd pozafizyczne aspekty cierpienia i umierania po rozmowach z pacjentami, które przeprowadziła, przełamując opór władz szpitalnych, uważających, że w dobrze zorganizowanej placówce nie powinno być osób zagrożonych bezpośrednią śmiercią (KUĆ, 2016).

Zapewnienie godnych warunków chorowania i umierania należy do zasady opieki podstawowej, zgodnie z którą lekarz powinien zadbać też o higienę pacjenta, uśmierzyć jego ból i inne przykre dolegliwości, w tym duszność, nudności, suchość w jamie ustnej itd. oraz zaspokoić głód i pragnienie. Zwłaszcza to ostatnie budzi pytania natury etycznej; czy można odstąpić od karmienia, pojenia i nawadniania pacjenta, szczególnie w sposób sztuczny (przez zgłębnik żołądkowy lub dożylnie), kiedy pacjent nie odczuwa już pragnienia ani łaknienia? Najprostszą odpowiedź daje definicja terapii uporczywej, zgodnie z którą karmienie i nawadnianie powinno być obowiązkowe, o ile służy dobru pacjenta (BOŁOZ I KRAJNIK, 2008). Są więc takie sytuacje medyczne, w których karmienie i pojenie nie będzie w interesie pacjenta, a u osoby w stanie agonalnym może nawet zwiększyć cierpienie. Im bliżej śmierci pacjenta, tym bardziej odstąpienie od sztucznego karmienia może być dozwolone. Intencją lekarza nie może być skrócenie życia pacjenta, ale zmniejszenie jego cierpienia przy respektowaniu faktu zbliżania się do kresu życia (KUĆ, 2016).

Opieka paliatywna oznacza opiekę skoncentrowaną na pacjencie i jego rodzinie, która optymalizuje jakość ich życia poprzez przewidywanie, zapobieganie i leczenie cierpienia. Opieka paliatywna w całym kontinuum choroby obejmuje zaspokajanie fizycznych, in-

telektualnych, emocjonalnych, społecznych i duchowych potrzeb oraz ułatwianie pacjentowi autonomii, dostępu do informacji i wyboru (DAHLIN, 2013). Dlatego aby postępowanie z chorym było uznane za etycznie uzasadnione i zgodne z filozofią opieki paliatywnej należy przeprowadzić ocenę proporcjonalności interwencji medycznych. W fazie terminalnej chorób ograniczających życie ocena taka, może pomóc w decyzji o wdrożeniu lub rezygnacji z interwencji medycznych. Lekarz ma moralny obowiązek starać się zastosować proporcjonalne działania medyczne, a pacjent je zaakceptować. Autonomia pacjenta będąca o wiele ważniejsza od autonomii lekarza, nawet jeśli pacjent podejmie decyzję, która powoduje poważne dylematy etyczne lekarza, lekarz musi postępować zgodnie z wolą pacjenta. Rezygnacja z interwencji nieproporcjonalnej powinna być podejmowana na życzenie chorego w celu przyspieszenia jego śmierci. Zasada świętości życia chorego, w obecnym rozumieniu nie oznacza przymusu przedłużania go za wszelką cenę (BUCZKOWSKI I KRAJNIK, 2003).

GRANICE LECZENIA

OKREŚLANIE etycznych granic interwencji medycznych i stopień ich akceptacji przez lekarzy i „laików” jest procesem społecznym. Przebiega on w historycznie zmieniającym się środowisku kulturowym – w Polsce jest to krąg kultury zachodniej. Obecnie na dyskusję nad ustalaniem omawianych ograniczeń najistotniejszy wpływ mają; 1) rosnący w społeczeństwach Zachodu strach przed śmiercią; 2) wiara w medycynę jako naukę, będąca w dużej mierze funkcją trwogi przed śmiercią; 3) dualistyczne ujęcie człowieka, zgodnie z którym „składa się” on z dwu „części” – maszyny ciała i niematerialnego ducha (psychiki, jaźni). Dla lekarzy intensywnej terapii, a także opieki paliatywnej, najważniejsze są dwie pierwsze granice – skończoność ludzkiego

życia i jego kruchość, w literaturze bioetycznej nazywana podatnością na zranienie (SZEWCZYK, 2007).

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na pojęcie ortotanazji, które funkcjonuje zarówno w medycynie, jak i doktrynie prawa karnego jako zaprzestanie przedłużania życia pacjenta, co do którego w świetle aktualnego stanu wiedzy medycznej istnieje niewątpliwe przekonanie o niecelowości dalszego utrzymywania go przy życiu za pomocą środków określanych mianem nadzwyczajnych, co zwykle oznacza zezwolenie na postęp procesu umierania zdążającego do nieuchronnej śmierci. (MAJSK, 1999).

W świetle Kodeksu Etyki Lekarskiej również dopuszcza się możliwość powstrzymania się od zabiegów resuscytacyjnych zgodnie z zapisem w artykule 32: „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych” (KEL, 2004). Należy podkreślić, że obowiązujące przepisy prawne dotyczące wdrażania reanimacji są niejednoznaczne i w interesie zarówno chorych i lekarzy leży ich uregulowanie. Bardzo ważną rolę w uporządkowaniu kwestii decyzji o niepodejmowaniu resuscytacji odegrało wprowadzenie przed 30 laty protokołu DNR (do- not- resuscitate) „nie podejmuj resuscytacji”, przy czym pełne omówienie tego zagadnienia wymaga odrębnej publikacji (ANDRUSZKIEWICZ I IN., 2006).

REZYGNACJA Z UPORCZYWEJ TERAPII W WYBRANYCH KONTEKSTACH ETYCZNO- PRAWNYCH

prawnego punktu widzenia godność człowieka stanowi fundamentalne zagadnienie, jej poszanowanie jest bowiem punktem wyjścia dla podmiotowego traktowania każdej osoby.

Na wagę tego dobra wskazuje podniesienie go do rangi konstytucyjnej. Zgodnie bowiem z art. 30 Konstytucji RP, przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych (KUBIAK, 2016).

Na podstawie art. 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej przerwanie uporczywej terapii jest dopuszczalne. Artykuł ten dopuszcza zaniechanie działań medycznych w przypadku, gdy rokowania są oczywiście złe. W przypadku oceny medycznej, decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną przez niego szans leczniczych. Inaczej sytuacja wygląda w przypadku sprzeciwu pacjenta na dalszą terapię bądź też wycofania zgody na leczenie, albowiem to pacjent w takim przypadku decyduje o dalszej terapii. Lekarz powinien taką decyzję pacjenta uszanować (ŚLIWKA I GAŁĘSKA- ŚLIWKA, 2012).

Zarówno zaniechanie leczenia jak i przeprowadzenia zabiegu bez zgody pacjenta zostały przez ustawodawcę spenalizowane. Szczególną uwagę należy w tym miejscu poświęcić regulacji zawartej w art. 150 Kodeksu Karnego (k.k.). Jest to przestępstwo które polega na pozbawieniu człowieka życia. Czynność sprawcza jest więc identyczna jak w wypadku przestępstwa określonego w art. 148§1 k.k. Jednakże od eutanazji należy odróżnić zachowanie prowadzące do ulżenia cierpieniu chorego, nawet gdy w konsekwencji doprowadzą one do jego śmierci, jeśli tylko o możliwości wystąpienia takich skutków pacjent został należycie poinformowany. Zauważyć należy wyjątkowe położenie pokrzywdzonego- postawionego w szczególnej sytuacji zdrowotnej, wpływającej na jego stan psychiczny, wzbudzającej u sprawcy uczucie litości i na tej podstawie żądającego skrócenia jego życia. Jednocześnie podkreślenia wymaga fakt, iż żądania nie należy utożsamiać ze zgodą. To pacjent musi wyjść z inicjatywą,

w sposób aktywny wpływać na sprawcę przestępstwa. Żądanie, będące przejawem tej inicjatywy nie może być konsekwencją przymusu zewnętrznego, musi zostać wyrażone dobrowolnie (KUJAWA, 2009).

PODSUMOWANIE

Oczywistym celem szeroko pojętej opieki nad przewlekle chorym, wobec niemożności jego wyleczenia, jest poprawa funkcjonowania i przedłużenie życia przez zastosowanie nowoczesnych technik i sposobów terapii. We współczesnym „społeczeństwie życia” często jednak zapomina się o drugim aspekcie postępowania z człowiekiem chorym, czyli o uldze w cierpieniu, zapewnieniu dobrej jakości życia oraz najbardziej właściwej opieki w okresie umierania chorego (BUSS I LICHODZIEJEWSKA- NIEMIERKO, 2008). W fazie leczenia terminalnego pacjent i jego rodzina wspólnie potrzebują wieloaspektowej opieki w codziennej egzystencji. Wsparcie psychiczne odbywa się dwutorowo. Z jednej strony mamy możliwość prowadzenia instytucjonalnego wsparcia realizowanego przez psychologów klinicznych, psychoonkologów i dedykowany tym zadaniom personel. Wsparcie nieinstytucjonalne to opieka realizowana przez rodzinę i najbliższych pacjenta. Obok opieki fizycznej i psychicznej ważna jest również opieka duchowa. Należy podkreślić za Małgorzatą Krajnik, że coraz więcej jest dowodów naukowych wskazujących na to, że integracja duchowości z innymi aspektami opieki nad chorym, poprawia skuteczność działań medycznych oraz wpływa na to, jak chory radzi sobie w chorobie. Do zadań lekarza i rodziny terminalnie chorych należy łagodzenie cierpienia fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego. To podejście bliskie jest filozofii opieki paliatywnej (KRAJNIK, 2016). Wyniki badań BORJI I IN. (2018), wskazują, że interwencja duchowa zmniejszyła poziom lęku u opiekunów pacjen-

tów. Natomiast duchowa opieka i nauki religijne sprawiają, że autonomiczny układ nerwowy reaguje poprzez generowanie pozytywnych emocji (SALIMI I IN., 2017).

Sytuacje końca życia są tematami trudnymi, które często odsuwamy „na potem” albo wykluczamy je całkowicie z naszej świadomości, a przecież śmierć – jakkolwiek paradoksalnie i nielogicznie to brzmi, jest częścią życia. Najwięcej otuchy i wsparcia dla umierających mających świadomość nieuchronności swego życia daje im obecność bliskich i towarzyszenie w chorobie. Wielowymiarowa problematyka towarzysząca zagadnieniu uporczywej terapii pozwala wysnuć wnioski, iż terapia daremna nie stanowi porażki medycyny, ponieważ w sytuacjach terminalnych godność człowieka, a szczególnie wola umierającego nakazują mu szacunek i zgodę na zakończenie leczenia, mimo, iż decyzja taka jest często trudnym doświadczeniem dla lekarza i personelu medycznego oraz bliskich chorego. Wszelkie działania medyczne stosowane u chorych w stanie terminalnym nie powinny pod żadnym pozorem stać się pretekstem do eksperymentowania najnowszej aparatury medycznej i/ lub leków w takim momencie.

LITERATURA

Kodeks Etyki Lekarskiej. Tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy.

ANDRUSZKIEWICZ P., KAŃSKI A., SICIŃSKI M., GELO R., KONOPKA P. 2006. Dylemat współczesnej medycyny: czy resuscytacja jest zawsze uzasadniona? CPR: it is always justified? Anestezjologia Intensywna Terapia. 3, 184-188.

BOŁOZ W., KRAJNIK M. I IN. 2008. Definicja uporczywej terapii. Konsensus Polskiej

Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*. 2, 77–78.

BORJI M., MOUSAVIMOOGHADAM S.R., SALIMI E., OTAGHI M., AZIZ Y. 2018. The Impact of Spiritual Care Education on Anxiety in Family Caregivers of Patients with Heart Failure. *Journal of Religion and Health*. 239, 1- 9.

BUCZKOWSKI K., KRAJNIK M. 2003. Postępowanie lekarza rodzinnego wobec chorych na raka w ostatnich dniach życia. *Polska Medycyna Paliatywna*. 2, 241-250.

BUSS T., LICHODZIEJEWSKA- NIEMIERKO M. 2008. Opieka paliatywna w Polsce- od idei do praktyki (również lekarza rodzinnego). *Forum Medycyny Rodzinnej*. Tom 2 4, 277- 285.

CRUZ V.M., CAMALIONTE L., CARUSO P. 2015. Factors Associated With Futile End-Of-Life Intensive Care in a Cancer Hospital. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 3, 329–334.

DAHLIN C. 2013. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. National Consensus Project for Quality Palliative Care. 3, 9.

JANUSZEWSKA A., ZARZEKA A., IWANOW L., PANCZYK M., GOTLIB J. 2016. Próba analizy poziomu wiedzy i postaw pracowników Kliniki Intensywnej Terapii Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” wobec prowadzenia uporczywej terapii u dzieci [ATTEMPT AT ANALYSIS OF THE LEVEL OF KNOWLEDGE AND ATTITUDES TOWARDS PERSISTENT THERAPY IN CHILDREN AMONG THE STAFF OF THE INTENSIVE THERAPY DEPARTMENT, CHILDREN’S MEMORIAL

HEALTH INSTITUTE]. *Pielęgniarstwo polskie*. 3, 389–396.

KRAJNIK M., PUCHALSKI CH. M. 2016. Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta. *Medycyna Praktyczna*. 5, 122–124.

KUBIAK R. 2016. Prawo pacjenta do intymności i poszanowania godności. Część II. *Medycyna Paliatywna*. 8, 173–181.

KUJAWA M. 2009. Zaniechanie uporczywej terapii w prawie polskim. *Prawo i Medycyna*. 1, 46- 48.

KUĆ D. 2016. Kodeks Etyki Lekarskiej: odcinek 34: Co robić, kiedy „nie da się nic zrobić”- opieka nad człowiekiem umierającym. *Medycyna Praktyczna*. 5, 113–115.

KÜBLER K., SIEWIERA J., DUREK G., KUSZA K., PIECHOTA M., SZKULMOWSKI Z. 2014. Guidelines regarding the ineffective maintenance of organ functions (futile therapy) in ICU patients incapable of giving informed statements of will. *Anaesthesiology Intensive Therapy*. 46, 215–220.

MAJSAK M. 1999. Ortotanazja (poglądy personelu medycznego i stanowisko doktryny). *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii*. 49, 135-148.

NOYES R., CLANCY J. 2016. The Dying Role: Its Relevance to Improved Patient Care. *Psychiatry*. 79, 199-205.

SALIMI T.T.H., SHOKRIPOUR S., ASHRAFI H. 2017. Wpływ terapii grupami samopomocy duchowej na oczekiwaną długość życia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca: próba edukacyjna. *The Journal of Rafsanjan*

University of Medical Sciences. 10, 917-928.

Słownik łacińsko-polski. Tom II. Warszawa. Wydawnictwo Naukowe PWN. 2007. 626.

Słownik Języka Polskiego. Warszawa. Wydawnictwo Naukowe PWN: <https://sjp.pwn.pl>.

ŚLIWKA M., GAŁĘSKA- ŚLIWKA A. 2012. Prawo do godnej śmierci pacjentów niezdolnych do podjęcia decyzji, *Medycyna Paliatywna w Praktyce*. 1, 18.

SZEROCZYŃSKA M. 2013. Odstąpienie od uporczywej terapii – de lege lata i de lege ferenda. *Medycyna Paliatywna*. 2, 31–40.

SZEWczyk K. 2007. Granice intensywnej terapii i ich wyznaczniki. Limits of intensive therapy and their determinants. *Anestezjologia Intensywna Terapie*. 1, 50- 54.