

## Terapia daremna w opinii pielęgniarek

### Therapy futile in the opinion of nurses

MARIOLA RYBKA<sup>1,2</sup>, WIOLETTA PYTEL<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu

<sup>2</sup> Szpital Lipno Sp. z o.o. Zakład opiekuńczo-leczniczy

<sup>3</sup> Szpital Wielospecjalistyczny im. Dr Ludwika Błażka w Inowrocławiu

#### Streszczenie

**Wstęp.** Uporczywa terapia, czyli długotrwałe i intensywne leczenie, nieprzynoszące poprawy stanu pacjenta, stanowi wyzwanie nie tylko dla pacjentów, ale również dla personelu medycznego, w szczególności dla pielęgniarek. Wykonywanie codziennych obowiązków w warunkach dużej presji czasowej, ciągłego stresu oraz konieczności podejmowania trudnych decyzji związanych z udziałem w procesie terapeutycznym pacjentów, może prowadzić do pojawienia się dylematów etycznych. W pracy pielęgniarskiej etyka odgrywa kluczową rolę, gdyż stanowi ona fundament norm postępowania i decyzji podejmowanych przez pracowników służby zdrowia.

**Cel.** Celem badań było poznanie opinii pielęgniarek na temat terapii daremnej

**Materiały i metody.** Badaniem objęto grupę 100 pielęgniarek/rzy aktywnych zawodowo pracujących w oddziale Intensywnej Terapii i Opieki Paliatywnej w Szpitalu w Inowrocławiu. Wiek respondentów mieścił się 25 do 60 r.ż. Metodą wykorzystaną w powyższej pracy był sondaż diagnostyczny. Narzędziem badawczym był kwestionariusz konstrukcji własnej składający się z 27 pytań zamkniętych. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Państwowej Uczelni Zawodowej we Włocławku, uchwał numer 32/22

**Wyniki.** Respondenci potwierdzili występowanie zjawiska prowadzenia uporczywej terapii stosowanej wobec pacjentów przewlekle chorych oraz z chorobą nowotworową. 93% ankietowanych poprawnie definiuje pojęcie uporczywej terapii. Uzyskane wyniki wskazują, że 70% ankietowanych uznaje ograniczenie lub zaprzestanie terapii daremnej za etyczne oraz  $\frac{3}{4}$  badanych wskazuje, że terapia daremna ma negatywny wpływ zarówno na pacjenta, jak i jego bliskich.

**Wnioski.** Współczesne osiągnięcia nauk medycznych i technicznych pozwalają na długotrwałe, sztuczne podtrzymywanie życia tylko nie zawsze jest to zgodne z zasadami etyki. Pielęgniarki podczas pracy zawodowej wielokrotnie napotykały sytuacje przekroczenia granicy przynoszącej pozytywny efekt terapeutyczny i rozpoczęcia uporczywej terapii.

**Słowa kluczowe:** uporczywa terapia, opieka, etyka

### Summary

**Introduction.** Persistent therapy, i.e., long-term, and intensive treatment, which does not bring improvement of the patient's condition, is a challenge not only for patients, but also for medical staff, especially for nurses. Performing daily duties under high time pressure, constant stress and the need to make difficult decisions related to the participation of patients in the therapeutic process may lead to ethical dilemmas. Ethics plays a key role in nursing work, as it is the foundation of standards of conduct and decisions made by health professionals.

**The aim.** The aim of the study was to find out the opinions of nurses about futile therapy.

**Materials and methods.** The study covered a group of 100 professionally active nurses working in the Intensive Care and Palliative Care ward at Hospital in Inowrocław. The age of the respondents ranged from 25 to 60 years old. The method used in the above study was a diagnostic survey. The research tool was a self-constructed questionnaire consisting of 27 closed questions. The study was approved by the Bioethics Committee of the State Vocational University in Włocławek, Resolution No. 32/22

**Results.** Respondents confirmed the occurrence of persistent therapy applied to chronically ill patients and patients with cancer. 93% of respondents correctly define the concept of persistent therapy. The obtained results indicate that 70% of the respondents consider limiting or discontinuing futile therapy as ethical, and  $\frac{3}{4}$  of the respondents indicate that futile therapy has a negative impact on both the patient and his relatives.

**Conclusions.** Modern achievements of medical and technical sciences allow for long-term, artificial life support, but it is not always compliant with the principles of ethics. During their professional work, nurses often encounter

situations of crossing the border that brings a positive therapeutic effect and starting persistent therapy.

**Keywords:** persistent therapy, care, ethics

## Wstęp

W polskiej literaturze medycznej termin „terapia uporczywa” jest używany w kontekście końca życia i odnosi się do działań medycznych podejmowanych w celu przedłużenia życia pacjenta, niezależnie od szans na jego poprawę czy odwrotnego wyniku. Jednakże, w krajach zachodnich, w tym w publikacjach anglojęzycznych, termin „terapia uporczywa” jest rzadziej stosowany, a zamiast tego preferowane jest pojęcie „terapia daremna” (ang. futile therapy), które bardziej precyzyjnie opisuje prowadzone działania medyczne [1]. Termin „terapia daremna” określa działania medyczne, które mimo podjęcia działań terapeutycznych nie przynoszą zamierzonego rezultatu, czyli celu terapeutycznego. Oznacza to, że leczenie jest pozbawione sensu, nieuzasadnione, bezowocne i nie prowadzi do uzyskania korzyści dla pacjenta [1,2]. W polskiej literaturze medycznej termin „terapia uporczywa” jest używany w kontekście końca życia i odnosi się do działań medycznych podejmowanych w celu przedłużenia życia pacjenta, niezależnie od szans na jego poprawę czy odwrotnego wyniku. Jednakże, w krajach zachodnich, w tym w publikacjach anglojęzycznych, termin „terapia uporczywa” jest rzadziej stosowany, a zamiast tego preferowane jest pojęcie „terapia daremna” (ang. futile therapy), które bardziej precyzyjnie opisuje podejmowane działania medyczne [1].

Leksykalne znaczenie słowa „daremny” oznacza „nie dający rezultatu, nie dający żadnych wyników”, a „uporczywy” to przymiotnik oznaczający „trudny do usunięcia, utrzymujący się długo lub ciągle powtarzający się”. W przeciwieństwie do określenia „uporczywy”, termin „daremny” ukierunkowany jest bezpośrednio na cel działania. Oznacza to działanie, które nie prowadzi do uzyskania zamierzonego rezultatu, czyli celu terapeutycznego, co sprawia, że jest bez sensu i nieuzasad-

nione. Termin „terapia daremna” dla lekarza określa działania, które nie skutkują uzyskaniem zamierzonego celu terapeutycznego, mimo że zostały podjęte. W intensywnej terapii głównym celem jest zwykle przeżycie chorego i odwrócenie niewydolności jego narządów w celu wypisu z oddziału, więc działaniem daremnym jest leczenie, które nie prowadzi do uchylenia niebezpieczeństwa zagrażającego pacjentowi. Działaniem daremnym można uznać także leczenie, które nie prowadzi do uratowania życia pacjenta, a jedynie podtrzymuje je, mimo że nie daje rezultatu wobec nadchodzącej śmierci [2].

W kontekście terapii paliatywnej, gdzie celem jest poprawa jakości życia pacjenta w zaawansowanym stadium choroby, termin „terapia daremna” jest również stosowany w odniesieniu do działań medycznych, które nie przynoszą żadnych korzyści, a jedynie powodują ból i cierpienie pacjenta. W takim przypadku lekarze i personel medyczny skupiają się na łagodzeniu bólu, zapewnieniu komfortu oraz wsparciu emocjonalnym pacjenta i jego bliskich [3].

Jednym z najważniejszych aspektów etycznych związanych z uporczywą terapią jest zagadnienie uzasadnionego ryzyka. Pielęgniarki są zobowiązane do podejmowania decyzji, które są najlepsze dla pacjenta i nie szkodzą mu w żaden sposób. W przypadku uporczywej terapii decyzja o kontynuowaniu leczenia pacjenta, mimo braku wyraźnej poprawy jego stanu zdrowia, może być uważana za kontrowersyjną. Dlatego też pielęgniarki muszą dokładnie ocenić ryzyko i korzyści związane z uporczywą terapią i podejmować decyzje na podstawie najlepszych dostępnych danych medycznych oraz w oparciu o swoją wiedzę i doświadczenie. Kolejnym ważnym aspektem etycznym jest zagadnienie autonomii pacjenta. W przypadku uporczywej terapii, pacjent często nie jest w stanie samodzielnie podejmować decyzji dotyczących swojego leczenia. W takim przypadku pielęgniarki muszą działać w najlepszym interesie pacjenta, jednocześnie szanując jego godność i autonomię. Dlatego też pielęgniarki muszą dokładnie wyjaśnić pacjentowi wszelkie możliwe skutki uboczne i korzyści związane z uporczywą terapią i przeprowadzić z nim szczegółową rozmowę na temat jego prefe-

rencji i celów terapeutycznych [3]. Uporczywa terapia to działania medyczne/terapeutyczne, które mają na celu przedłużenie życia pacjenta, nawet gdy jego stan jest krytyczny i szanse na osiągnięcie optymalnego stanu zdrowia jest znikome. Najczęściej dotyczy to pacjentów hospitalizowanych w oddziałach intensywnej terapii oraz opieki paliatywnych. Stosowanie owej terapii budzi jednak wiele kontrowersji. Prowadzi do przedłużania cierpienia pacjenta, wydłużenia czasu pobytu pacjenta na oddziale intensywnej terapii lub oddziale paliatywnym, co z kolei zwiększa koszty leczenia i obciążenie personelu medycznego. Z tego powodu, zawsze warto przeprowadzić szczegółową rozmowę z pacjentem oraz rodziną, aby przedstawić aktualny stan kliniczny i zaproponować zasady i metody działań terapeutycznych by uniknąć stosowania uporczywej terapii.

Prawne aspekty uporczywej terapii dotyczą regulacji i zasad postępowania medycznego w przypadku chorych wymagających intensywnej terapii, ale dla których dalsze leczenie może być nieskuteczne lub szkodliwe [4].

Pacjent ma prawo do zgody lub odmowy leczenia, a także do informacji na temat swojego stanu zdrowia i proponowanej terapii. Podopieczny ma również prawo do godnej opieki medycznej, jak również do decydowania o swoim życiu i śmierci, w tym do odmowy niepotrzebnego przedłużania życia. Ma prawo do opieki paliatywnej, która zapewni mu maksymalny komfort i godność w ostatnim okresie życia.

Według etyki medycznej, lekarz ma obowiązek stosować tylko takie leczenie, które jest skuteczne i bezpieczne dla pacjenta, a jednocześnie ma prawo odmówić dalszej terapii, gdy ta jest już bezcelowa lub szkodliwa dla pacjenta. Lekarz powinien działać zgodnie z zasadami dobroczynności, nieszkodzenia, autonomii i sprawiedliwości.

W Polsce regulacje prawne dotyczące uporczywej terapii znajdują się w Kodeksie Etyki Lekarskiej oraz ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z tymi przepisami, lekarz ma obowiązek działać w najlepszym interesie pacjenta, stosując tylko takie leczenie, które jest uzasadnione medycznie. W przypadku braku szans na skutecz-

ne leczenie, lekarz może odmówić dalszej terapii, zawsze jednak z poszanowaniem godności pacjenta i jego prawa do opieki paliatywnej [4].

W naszym kraju, decyzja o zastosowaniu uporczywej terapii jest uzależniona od zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, w przypadku, gdy pacjent nie jest w stanie wyrazić swojej woli. Zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry, lekarz ma obowiązek informować pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego o charakterze proponowanego leczenia, w tym o jego skutkach ubocznych i o sposobie jego realizacji. W przypadku, gdy lekarz i pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy nie są zgodni co do podejmowania uporczywej terapii, wówczas decyzję podejmuje sąd opiekuńczy. Sąd taki podejmuje decyzję w oparciu o opinię zespołu biegłych, którzy wykonają badania i sporządzą ekspertyzę.

## **Cel**

Celem badań było poznanie opinii personelu pielęgniarskiego na temat stosowania terapii daremnej.

## **Materiał i metody**

Badaniem objęto grupę 100 pielęgniarek/rzy aktywnych zawodowo pracujących w oddziale Intensywnej Terapii i Opieki Paliatywnej w Szpitalu Wielospecjalistycznym im. Dr Ludwika Błażka w Inowrocławiu. Wiek respondentów mieścił się 25 do 60 lat. Metodą wykorzystaną w powyższej pracy był sondaż diagnostyczny. Narzędziem badawczym był kwestionariusz konstrukcji własnej składający się z 27 pytań zamkniętych. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Państwowej Uczelni Zawodowej we Włocławku numer 32/22.

Uzyskane wyniki zostały przedstawione w formie tabel oraz interpretacji graficznej, określone zostały korelacje pomiędzy zmiennymi za pomocą współczynnika korelacji liniowej Pearsona. W ramach części ilościowej badań, kluczowe obliczenia i generowanie wykresów zostały wykonane z wykorzystaniem programu Microsoft Excel. W celu przeprowadzenia bardziej zaawansowanej analizy statystycznej w części ja-

kościowej, zastosowano dodatek Analysis ToolPak, dostępny w pakiecie Microsoft Office. Dzięki temu dodatkowi możliwe było obliczenie miar statystycznych, takich jak np. współczynnik korelacji liniowej Pearsona.

## Wyniki

W badaniu brało udział 100 pielęgniarek/rzy czynnych zawodowo. Największą grupę 89% stanowiły kobiety, natomiast 11% stanowili mężczyźni. Co do wieku respondentów biorących udział w badaniu największą grupę (39%) stanowiły osoby będące w przedziale wiekowym 55-60 lat, w wieku 45-50 lat to grupa 27%, 45-50-latkowie (18%), 35-40-latkowie (12%) i 25-30 -latkowie (4%). Wśród ankietowanych wykształcenie wyżej drugiego stopnia posiadało 50% respondentów, 36% badanych posiadało wykształcenie średnie, a co dziesiąta osoba wskazała na posiadanie wykształcenia licencjata. Na 100 osób biorących udział w badaniu 54 osoby pracowały w oddziałach Intensywnej Opieki Medycznej, a pozostałe w oddziale opieki paliatywnej. W zakresie stażu pracy największą grupę stanowiły osoby posiadające od 20 do 30 lat stażu pracy (42%). Drugą najliczniejszą grupą były osoby, które przepracowały ponad 30 lat (35%), a 19% dotyczyło osób o stażu od 10-20 lat. Zaledwie 4% to osoby o najmniejszym 5-letnim doświadczeniem zawodowym.

Wszyscy ankietowani (100%) potwierdzili, że w swoim życiu spotkali się z terminem „uporczywa terapia”. Temat uporczywej terapii jest często poruszany przez 41% ankietowanych, ale prawie połowa z nich uważa, że jest to rzadkie zjawisko (48%), a 8% ankietowanych często rozmawia o uporczywej terapii. 60,58% uczestników badania definiowała „uporczywą terapię” jako stosowanie procedur mających za zadanie podtrzymanie funkcji życiowych osób, które są nieuleczalnie chore, przedłużając tym samym ich cierpienie i naruszając ich godność osobistą. Dla 70% ankietowanych ograniczenie lub zaprzestanie terapii daremnej jest uznawane za etyczne. Tylko 6% ankietowanych jest przeciwnego zdania, natomiast prawie co czwarta osoba (24%) wskazywała, że nie ma zdania na ten temat. Ponad połowa ankietowanych

(65%) jest zdania, że terapia daremna ma negatywny wpływ zarówno na pacjenta, jak i jego bliskich. Tylko 11% ankietowanych jest przeciwnych temu i dostrzega w niej pozytywy. Prawie jedna czwarta respondentów (24%) nie ma wyrobionej opinii na ten temat. Podczas wykonywania codziennych obowiązków zawodowych zdecydowana większość badanych, bo aż 88% wielokrotnie uczestniczyła w sytuacjach związanych ze stosowaniem uporczywej terapii. Prawie połowa odpowiedzi ankietowanych (53,45%) wskazała, że najczęstszą formą ograniczenia terapii daremnej w ich miejscu pracy jest jedynie zakaz podejmowania resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Natomiast niemal jedna trzecia odpowiedzi respondentów (32,76%) zwraca uwagę na to, że najczęściej dochodzi do niepodjęcia nowych procedur lub nierozpoczynania i nierozszerzania kolejnego etapu leczenia, który ma znamiona nieskutecznej terapii. Większość zaznaczanych odpowiedzi (69,23%) klasyfikuje stosowanie terapii daremnej jako nieetycznej i łamiącej prawo do godnej śmierci. Zdecydowana większość ankietowanych (77%) opowiada się za wprowadzeniem „testamentu życia” do polskiego ustawodawstwa, który pozwoliłby pacjentom wyrazić swoją wolę w kwestii podtrzymywania czynności życiowych w przypadku utraty świadomości. Natomiast co 4 badana osoba nie ma na ten temat wyrobionego zdania.

## Dyskusja

Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują, że osoby wykonujące zawód pielęgniarki – pielęgniarza w zdecydowanej większości (93%) potrafili prawidłowo zdefiniować termin terapii daremnej, pomimo że 92% z nich nie miało szkoleń związanych z tą tematyką w miejscu pracy. Dodatkowo z przeprowadzonej analizy, stwierdzono, że istnieje niska, dodatnia korelacja ( $p=0,36$ ) między czynnościami niezwiązanymi z terapią daremną, a poziomem świadomości respondentów na temat jej definicji. Wyniki te sugerują, że prawidłowa znajomość terminu terapii daremnej ma istotny wpływ na to, czy personel jest w stanie zidentyfikować czynności, które z nią nie są powiązane. Zauważono również, że ankietowani, którzy nie potrafili poprawnie zdefiniować terminu tera-



pii daremnej, mieli trudności we wskazaniu, jakie czynności nie stanowią jej części. Porównywalne wyniki uzyskali Bazaliński, Marciniec, Sałacińska i inni w swoim badaniu z 2016 roku, w którym przebadali 100 pielęgniarek/rzy pracujących w OAIT, gdzie 87% badanych poprawnie zdefiniowało termin „terapia daremna” [5]. Z jednej strony, większość ankietowanych (70%) uważa, że ograniczenie lub zaprzestanie terapii daremnej jest etyczne, co może sugerować negatywną ocenę tej terapii. Z drugiej strony, ponad połowa respondentów (65%) uważa, że terapia daremna ma negatywny wpływ na pacjenta i jego bliskich, a tylko 11% dostrzega w niej pozytywy. W związku z czym zależność między etycznym podejściem do ograniczenia lub zaprzestania terapii daremnej a negatywnym postrzeganiem jej wpływu na pacjenta i jego bliskich sugeruje, że pielęgniarki raczej negatywnie oceniają terapię daremną. Warto jednak pamiętać, że opinie na temat etyczności terapii daremnej są silnie związane z postrzeganiem jej wpływu na pacjenta i jego bliskich, co może wpłynąć na subiektywność ocen.

W swojej pracy dotyczącej aspektów etycznych końca życia Niemiec wskazuje, że wiele osób postrzega decyzję o zaprzestaniu uporczywej terapii jako formę bierną eutanazji [6]. Jednakże wyniki powyższych badań przeciwstawiają się temu pogładowi, ponieważ 26,92% ankietowanych jest przeciwna stosowaniu eutanazji, uznając ją za nielegalną, jednocześnie popierając decyzję o zaprzestaniu terapii daremnej.

Powyższe wyniki, które wskazują na to, że większość ankietowanych uznaje zaprzestanie terapii daremnej za etyczne, mogą być uzasadnione faktem, że takie postępowanie nie oznacza rezygnacji personelu medycznego z opieki nad pacjentem. Potwierdza to stanowisko prezentowane przez Küblera, Siewierta, Durek i innych w wytycznych konsultanta krajowego w dziedzinie intensywnej terapii zgodnie z którymi zmienia się jedynie cel postępowania, którym staje się zapewnienie optymalnego komfortu i minimalizacja bólu czy niepokoju pacjenta, poprzez stosowanie leczenia paliatywnego [2]. W tym kontekście pielęgniarki, jako osoby bezpośrednio odpowiedzialne za opiekę nad pacjentem, zdają sobie sprawę, że kontynuowanie terapii daremnej nie

przyniesie korzyści dla pacjenta, a wręcz może wpłynąć negatywnie na jego stan i jakość życia. Dlatego też, choć nie jest to decyzja łatwa i jednoznaczna, pielęgniarki nie określają zaprzestania terapii daremnej jako nieetycznej. W badaniach respondenci potwierdzili, że uporczywa terapia zaprzecza godnej śmierci oraz jest niezgodna z etyką pielęgniarską [7]. Spójne stanowisko z wynikami badań ma Kościół Katolicki. W Katechizmie Katolickim można przeczytać, że zaprzestanie kosztownych zabiegów medycznych, ryzykownych lub niewspółmiernych działań medycznych może być uprawnione. Stanowi to odmowę uporczywej terapii i jest usprawiedliwione w świetle Kościoła [8]. Również Jan Paweł II w encyklice przedstawia bardzo wyraźnie stanowisko wobec daremnej terapii. „Istnieje oczywiście powinność moralna leczenia się i poddawania się leczeniu, ale taką powinność trzeba określać w konkretnych sytuacjach: należy ocenić czy stosowane środki lecznicze są proporcjonalne do przewidywanej poprawy zdrowia [9]. Zaprzestanie prowadzenia uporczywej terapii według Dangel to zaprzestanie agresywnego, daremnego a często szkodliwego leczenia, a ukierunkowanie się na prowadzenia działań opieki paliatywnej jest powinnością lekarzy i pielęgniarek [10]. Wprowadzenie leczenia paliatywnego nie wiąże się z zaprzestaniem sprawowania opieki nad pacjentem umierającym. Wdrożenie opieki paliatywnej zapewnia pacjentowi leczenie bólu, pielęgnację, zaspokojenie potrzeb fizycznych jak i psychicznych oraz możliwość godnej śmierci. Ważnym aspektem i sprawiającym problemy etyczne prowadzenia daremnej terapii jest przedłużająca się agonia pacjenta. Badania w powyższej pracy przedstawiają zdanie respondentów, że uporczywa terapia przedłuża agonię. Roguska w swoich badaniach potwierdza słuszność tego twierdzenia. Ankietowani w publikacji Roguskiej twierdzą, że prowadzenie daremnej terapii wzmacnia cierpienie pacjenta i przedłuża jego umieranie [4].

Analiza dostępnej literatury dotycząca przedmiotowego tematu w połączeniu z uzyskanymi wynikami badań własnych wskazują na pojawiające się dylematy etyczne w pracy pracowników medycznych. Każdy z nas ma prawo do życia, które jest powiązane z prawem do god-

nej śmierci. Sprzeciwianie się śmierci i uznanie tylko prawa do życia powodują chęć jego przedłużenia za wszelką cenę.

### **Wnioski**

1. Pomimo, że w zdecydowanej większości ankietowani potrafili prawidłowo zdefiniować termin „terapii daremnej” to warto zauważyć, że prawie wszyscy z nich nie mieli szkoleń związanych z tą tematyką w miejscu pracy.
2. Wszyscy ankietowani potwierdzili, że spotkali się z terminem „uporczywa terapia”, to tylko 41% z nich porusza ten temat w swojej pracy.
3. Wdrażanie działań terapeutycznych, które nie dają możliwości poprawy stanu zdrowotnego mają znamiona uporczywej terapii co jest niezgodne z zasadami kodeksu etyki zawodowej.
4. Prowadzenie uporczywej terapii przysparza pacjentowi cierpienia oraz przedłuża proces umierania.

### **Zalecenia dla praktyki pielęgniarstwiej.**

Udział pielęgniarki w opiece nad pacjentami szczególnie tymi przebywającymi w oddziałach intensywnej terapii oraz oddziale paliatywnym poprzez stały kontakt z cierpieniem i umieraniem ma wpływ na pojawianie się dylematów etyczno-moralnych. Stałe i systematyczne udział w szkoleniach uzupełnianie wiedzy z dziedziny etyki pozwala w sytuacjach wątpliwych podejmować słuszne decyzje, które nie naruszają zasad moralnych oraz prawnych. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki jest swoistym drogowskazem w rozwiązywaniu dylematów moralnych.

### **Bibliografia / Bibliography:**

1. Sobański P. Czym jest uporczywa terapia. Polskie Towarzystwo Bioetyczne. 2009:1-5.
2. de Walden-Gałuszko K. O uporczywej terapii. [w:] Budziński R. (red.) Uporczywa terapia we współczesnej medycynie. Pelplin 2016:13-15

3. Dębska G., Merklinger-Soma M., Cepuch G. Emocje jako element postawy towarzyszący pielęgniarce w kontakcie z pacjentem umierającym. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2010;1-2(30-31):65-70.
4. Roguska B. Zaniechanie uporczywej terapii a eutanazja. *Centrum Badań Opinii Społecznej 2013* (online). [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K\\_003\\_13.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_003_13.PDF) data pobrania 03.01.2023
5. Bazaliński D., Marciniak I., Sałacińska I., Przybek-Mita J., Więch P. Doświadczenie uporczywej terapii w pracy pielęgniarek pracujących w oddziałach intensywnej terapii – doniesienie wstępne. *Anestezjologia i Ratownictwo*. 2018;12:52-61.
6. Niemiec M. Aspekty etyczne dotyczące końca życia. *Medycyna paliatywna w praktyce*. 2016;10(1):1-7.
7. Dobrowolska B. Kodeksy etyki zawodowej pielęgniarek. [w:] Wrońska I., Mariański J.(red.) *Etyka w pracy pielęgniarstwie*. Czelej, Lublin 2002:203-211,234-238.
8. Biesag T. Kościół wobec uporczywej terapii. *Medycyna Praktyczna* 2005;11:60-69.
9. Jan Paweł II. *Encyklika Evangelium Vitae*, Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej, Wrocław 1995:118-123,128-137.
10. Dangel T., Grenda R., Kaczkowski J., Pawlikowski J., Rawic M., Sawicka E. Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. *Wytyczne dla lekarzy Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci* 2011.

Imię i nazwisko autora do korespondencji:

**MARIOLA RYBKA**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych  
we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu  
ul. Obrońców Wisły 1920 r. 21/25  
87 800 Włocławek  
e-mail: mariola.rybka@pans.wloclawek.pl

Konflikt interesów: Nie

Finansowanie: Nie

Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy:

**MARIOLA RYBKA** <sup>D-F</sup>

**WIOLETTA PYTEL** <sup>A-C</sup>

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych,  
D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu,  
F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Data otrzymania: 29.07.2023

Data akceptacji: 10.09.2023