



VIA MEDICA

www.fn.viamedica.pl

Anna Kliś

Stacja Dializ Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej

# Opieka paliatywna wobec pacjentów dializowanych w polskich realiach — obowiązek czy możliwość?

## Palliative care towards dialysis patients in the Polish reality — the obligation or the possibility?

### ABSTRACT

The aim of the palliative care is improvement the quality of life of patients with advances chronic disease and their families facing problems associated with life-threatening illness through relief of physical, psychosocial and spiritual suffering. Patients with chronic kidney disease should be provided with such a care on account of the limited survival time,

appearing of many problems and the high mortality rate. For providing the holistic care in dialysis patients it is necessary to develop the programs of renal supportive/palliative care. However terminally ill patients should have access for the home and full-time palliative care.

**Forum Nefrologiczne 2012, vol. 5, no 3, 254–258**

**Key words: palliative/supportive care, dialysis patient**

### WSTĘP

Opieka paliatywna często bywa kojarzona wyłącznie z pacjentami z chorobami onkologicznymi. Tymczasem, zgodnie z **definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization) z 2002 roku**, termin „**opieka paliatywna**” oznacza postępowanie z pacjentem z zaawansowaną chorobą przewlekłą, którego głównym celem jest poprawa jakości życia chorego i jego rodziny poprzez wczesne dokonywanie rozpoznań, zapobieganie cierpieniu i zwalczanie go, staranne badanie i leczenie bólu oraz rozwiązywanie innych problemów — fizycznych, psychosocjalnych i duchowych [1]. Dopiero kilka lat po ustanowieniu tego terminu Narodowy Fundusz Zdrowia dostosował kryteria kwalifikacji do opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce, które obecnie obejmują także niewydolność nerek w okresie schyłkowym [2].

Przewlekła choroba nerek (CKD, *chronic kidney disease*), mimo ciągłego doskonalenia technik nerkozastępczych, wciąż pozostaje chorobą nieuleczalną o charakterze przewlekłym, z którą wiąże się wielokrotnie wyższe ryzyko zgonu niż u osób zdrowych w tym samym wieku [3]. Dlatego pacjent z CKD powinien być objęty szeroko pojętą opieką paliatywną, której zasadniczym zadaniem, oprócz wydłużenia życia, jest poprawa jego jakości poprzez zagwarantowanie wielospecjalistycznej całościowej opieki. Wielu autorów proponuje stosowanie pojęcia „**opieka wspierająca**”, określającego holistyczne podejście do pacjenta na każdym etapie choroby — od jej diagnostyki, poprzez leczenie, aż do okresu umierania [4, 5]. Powody, dla których opieka wspierająca powinna być oferowana pacjentom z CKD, przedstawiono w tabeli 1.

Przewlekłe chory, jakim jest pacjent z CKD, na każdym etapie swojej choroby — od

**Adres do korespondencji:**  
mgr Anna Kliś  
Stacja Dializ  
Szpital Wojewódzki  
al. Armii Krajowej 101  
43–316 Bielsko-Biała  
tel.: (033) 810 25 00  
e-mail: akliis@tlen.pl

**Tabela 1.** Przyczyny objęcia opieką wspierającą pacjentów z przewlekłą chorobą nerek (źródło [5])

Ograniczone przeżycie
Znaczny odsetek chorych w podeszłym wieku
Narastająca liczba pacjentów niesprawnych i obciążonych licznymi schorzeniami towarzyszącymi
Częste i długie hospitalizacje
Liczne objawy: ból, świąd, zmęczenie, negatywne emocje
Zła jakość życia
Problem nierozpoczynania i wstrzymania dializoterapii
Problemy opieki u kresu życia nad chorym i jego rodziną

diagnostyki, poprzez leczenie zachowawcze, nerkozastępcze (z przeszczepieniem nerki włącznie), do okresu terminalnego — wymaga stałego wsparcia, obejmującego objawy fizyczne, psychiczne, socjalne i duchowe. To wsparcie powinno być również oferowane rodzinie i przyjacielom pacjenta, gdyż oni także muszą dostosować się do nowej, trudnej i nieznannej sytuacji. Rodzina i bliscy stanowią układ wspierający pacjenta, wpływają na jego stosunek do życia i akceptację choroby. Dlatego niezwykle ważne jest nawiązanie kontaktu między personelem a znaczącymi dla chorego osobami, w celu wzajemnej współpracy, wsparcia oraz edukacji dotyczącej opieki nad chorym oraz stworzenia możliwości przejmowania opieki nad nim w trudnych chwilach [6, 7]. Sytuacje „kryzysowe”, które w życiu pacjenta są wydarzeniami wymagającymi szczególnego wsparcia, wymieniono w tabeli 2.

## ZINTEGROWANY MODEL OPIEKI WSPIERAJĄCEJ

W zintegrowanym modelu opieka wspierająca powinna być równoznaczna z wielowymiarowym podejściem grupy specjalistów zabiegających o dobro chorego i jego najbliższych, udzielona w podstawowym zakresie przez specjalistę nefrologa oraz lekarza rodzinnego, pielęgniarkę nefrologiczną i pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) [8]. Opieka paliatywna wymaga wiedzy i umiejętności praktycznych z wielu dziedzin medycyny i psychologii oraz umiejętności komunikowania się i właściwych cech osobowościowych. Personel oddziałów nefrologicznych i stacji dializ powinien współpracować ze szpitalnymi wspierają-

**Tabela 2.** Sytuacje w okresie przewlekłej choroby nerek wymagające szczególnego wsparcia (źródło [5])

Rozpoznanie przewlekłej choroby nerek
Rozpoczęcie dializoterapii
Okres 4–6 miesięcy od rozpoczęcia dializoterapii i długi czas dializoterapii („zespół wypalenia”)
Hospitalizacje/zabiegi chirurgiczne, w tym zabieg przeszczepienia nerki
Zmiana przepisu terapii w ramach tej samej metody/zmiana metody leczenia
Zmiana ośrodka dializ, w tym przejście z ośrodka pediatrycznego do ośrodka dializ dla dorosłych
Powikłania/pogorszenie stanu zdrowia

cymi zespołami opieki paliatywnej, jeżeli takie istnieją w danej jednostce leczniczej. Natomiast pacjent z CKD powinien mieć również dostęp do specjalistycznej opieki paliatywnej, w tym opieki hospicyjnej, zarówno domowej, jak i stacjonarnej, zwłaszcza u schyłku życia.

Pacjenci z CKD cierpią z powodu wielu objawów związanych z chorobą zasadniczą, takich jak: zmęczenie, bezsenność i/lub nadmierna senność, świąd, objawy dyspeptyczne, biegunki, zaparcia czy zaburzenia funkcji seksualnych. Ból zgłasza 30–50% dializowanych chorych, a jego przyczyną są najczęściej: osteodystrofia nerkowa, artropatia amyloidowa, kalcyfilaksja, choroba niedokrwienne kończyn dolnych, niedokrwienne neuropatia i zespół podkradania związane z obecnością przetoki tętniczo-żylniej. Ból związany z nakłuwaniem przetoki może również wpływać negatywnie na jakość życia. Niewydolność krążenia powszechnie występująca zarówno u osób w podeszłym wieku, jak i u chorych długo dializowanych, objawia się narastającą dusznością [5]. Chorym często towarzyszą lęk i depresja, które mogą wynikać z ogromu współistniejących objawów i chorób towarzyszących oraz poczucia utraty kontroli nad własnym życiem spowodowanego uciążliwością dializoterapii. Zmiana ról społecznych, poczucie bycia ciężarem dla rodziny czy obawa przed odrzuceniem przyczyniają się do utrzymywania się dyskomfortu psychicznego, który może prowadzić do wrogości i agresji w stosunku do otoczenia [9]. Uczucie frustracji i beznadziejności pogłębia brak wsparcia i zrozumienia ze strony najbliższych, co prowadzi do zniechęcenia, braku współpracy z personelem medycznym, konfliktów oraz nieprzestrzegania diety i nieprzyjmowania leków [7].

Poznanie problemów pacjenta stanowi podstawę w zindywidualizowanej opiece

▶▶Opieka paliatywna oznacza postępowanie z pacjentem z zaawansowaną chorobą przewlekłą, którego głównym celem jest poprawa jakości życia chorego i jego rodziny poprzez wczesne dokonywanie rozpoznań, zapobieganie cierpieniu i zwalczanie go, staranne badanie i leczenie bólu oraz rozwiązywanie innych problemów◀◀

▶▶Rodzina i bliscy stanowią układ wspierający pacjenta, wpływają na jego stosunek do życia i akceptację choroby◀◀

**Tabela 3.** Program opieki wspierającej/paliatywnej dla pacjentów z przewlekłą chorobą nerek (źródło [5])

Prowadzenie profesjonalnego programu edukacji wraz z właściwą informacją dostarczaną pacjentom i jego rodzinie na różnych etapach choroby. Wspomaganie samostanowienia chorego o sposobie leczenia, wspieranie rodziny
Wdrożenie koncepcji zintegrowanej opieki (bliscy chorego, lekarz i pielęgniarka POZ, ośrodek pomocy społecznej/pracownik socjalny, psycholog, opiekun duchowy, zespół opieki paliatywnej, rehabilitant) w celu poprawy jakości życia
Wnikliwa ocena objawów oraz ustalenie protokołów ich leczenia (np. bólu, depresji)
Ustalenie postępowania w okresie umierania chorego, jak również w przypadku nierozpoczynania lub wstrzymania dializoterapii (komunikacja z chorym i jego rodziną, leczenie objawowe u kresu życia, opieka hospicyjna, opieka nad osieroconymi)
Stała ocena jakości zarówno życia, jak i umierania chorych oraz ich satysfakcji z opieki medycznej
Stale szkolenie personelu medycznego oddziałów nefrologicznych w zakresie opieki wspierającej/paliatywnej (z uwzględnieniem zasad komunikacji z chorym i rodziną) dotyczącej chorych leczonych zachowawczo i nerkoza- stępczo

▶▶W celu zapewnienia całościowej opieki, ze szczególnym uwzględnieniem leczenia objawów fizycznych oraz wsparcia psychosocjalnego i duchowego, w ośrodkach prowadzących pacjentów z CKD powinny być rozwijane programy nefrologicznej opieki wspierającej/paliatywnej◀◀

▶▶Model opieki nad terminalnie chorymi wiąże się z przyjęciem zasady akceptacji nieuchronności śmierci, prowadzącej do zapewnienia pacjentom dobrej jakości życia i związanej z tym dobrej jakości umierania◀◀

wspierającej. Na jakość życia wpływa ponadto sposób zachowania personelu medycznego, w tym także sposób udzielania informacji. W każdej stacji dializ, poradni nefrologicznej czy na oddziale nefrologicznym powinien być opracowany program edukacji, zwłaszcza przeddializacyjnej, umożliwiający uzyskanie rzetelnej informacji na temat metod leczenia nerkozastępczego oraz konsekwencji odmówienia dializoterapii, z omówieniem wdrażanych wówczas procedur opieki paliatywnej. Pacjent powinien zdecydować o sposobie terapii bądź jej odrzuceniu i niezależnie od decyzji personel ma obowiązek udzielenia mu wsparcia. Podczas dializoterapii konieczna jest stała i właściwa komunikacja z chorym, dzięki której może on na bieżąco kontrolować stan swojego zdrowia i ma możliwość przygotowania się do ewentualnej zmiany sposobu leczenia oraz wpływania na decyzje medyczne, także w terminalnej fazie choroby. Możliwość niejako kontrolowania sytuacji poprawia jakość życia pacjentów oraz ich bliskich [5].

W celu zapewnienia całościowej opieki, ze szczególnym uwzględnieniem leczenia objawów fizycznych oraz wsparcia psychosocjalnego i duchowego, w ośrodkach prowadzących pacjentów z CKD powinny być rozwijane **programy nefrologicznej opieki wspierającej/paliatywnej**. Aspekty takich programów przedstawiono w tabeli 3.

### **PROBLEMY ETYCZNE W OPIECE PALIATYWNEJ/WSPIERAJĄCEJ**

Opieka paliatywna łączy się z koniecznością podejmowania trudnych decyzji i rozwiązywania licznych problemów etycznych, które dotyczą zarówno specyfiki relacji między personelem medycznym a pacjentem, mówie-

nia prawdy, poufności, poszanowania niezależności pacjenta, kwestii wyrażania zgody i odmowy leczenia, jak i najtrudniejszych zagadnień związanych z podejmowaniem decyzji o przerywaniu leczenia. Model opieki nad terminalnie chorymi wiąże się z przyjęciem **zasady akceptacji nieuchronności śmierci**, prowadzącej do zapewnienia pacjentom dobrej jakości życia i związanej z tym dobrej jakości umierania. Chęć ratowania życia ludzkiego za wszelką cenę może prowadzić do stosowania nieskutecznego już leczenia czy zabiegów medycznych, tak zwanej **uporczywej terapii**, czyli terapii niedającej szans zrealizowania zamierzonego celu terapeutycznego.

Podejmowanie decyzji o rezygnacji z leczenia jest jednym z najtrudniejszych zagadnień etycznych dotyczących problematyki końca życia i opiera się na kryteriach obiektywnych (wiedza medyczna i doświadczenie) oraz subiektywnych (ocena moralna: zasady deontologiczne, własny system wartości, kwestie kulturowe, religia; poszanowanie woli chorego i jego prawa do godnego umierania). Najważniejsze zasady bioetyczne w 1994 roku przedstawili Beauchamp i Childress [10]; należą do nich: **poszanowanie autonomii, czynienie dobra, nieszkodzenie i sprawiedliwość**. Decyzje etyczne muszą być również podejmowane w zgodzie z obowiązującym prawem.

W opiece paliatywnej szczególnie ostrożnie należy wyważać korzyści i uciążliwości leczenia. Należy również unikać nieskutecznego leczenia czy interwencji częściowo skutecznych, ale ostatecznie przynoszących choremu szkodę (np. wydłużenie cierpienia). Określenie koniecznych interwencji jest zindywidualizowanym procesem i zależy od pacjenta, jego stanu i rozpoznania oraz od okoliczności, w jakich się znajduje. Decyzje dotyczą najczęściej

takich procedur, jak resuscytacja krążeniowo-oddechowa, antybiotykoterapia, chemio- i radioterapia paliatywna czy przetaczanie krwi.

Decyzję o daremności leczenia podejmuje lekarz, ale powinien ją skonsultować w gronie wielospecjalistycznego zespołu sprawującego opiekę nad chorym. Decyzja taka łączy się z wieloma obawami i trudnościami wynikającymi z powołania do ratowania życia, możliwości popełnienia błędu, łatwości kontynuowania terapii daremnej w porównaniu z godzeniem się z nieuchronnością śmierci, ewentualnego konfliktu z wolą bliskich chorego czy też z konieczności uwzględniania aspektu ekonomicznego. Wszystkie te kwestie powodują brak poczucia bezpieczeństwa zarówno moralnego, jak i prawnego, bowiem w naszym kraju niepodjęcie działań medycznych może grozić odpowiedzialnością prawną i posądzeniem o działania eutanatyczne. Należy jednak wyraźnie odróżnić eutanazję od decyzji o rezygnacji z pewnych zabiegów medycznych, które nie przyniosą już efektu terapeutycznego, a będą uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny [10–13].

Postępowanie w okresie umierania obejmuje kwestie związane ze wstrzymaniem dializoterapii jako metody o znamionach terapii uporczywej u kresu życia. W Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii istnieją wytyczne dotyczące takiej procedury, a wstrzymanie dializ oznacza wdrożenie intensywnego postępowania objawowego [1]. W Polsce rozmowy z chorym i jego rodziną na temat wyboru zachowawczego leczenia CKD oraz omawianie warunków wstrzymania dializoterapii należą do rzadkości. Nie ma również prawnych rozwiązań w tym zakresie, a specjalistyczna opieka paliatywna u kresu życia jest rzadko oferowana.

W opiece paliatywnej istotne są także prawa umierającego pacjenta. Do podstawowych należą: **prawo do uzyskania opieki medycznej, prawo do zachowania godności ludzkiej, prawo osobowego wsparcia, prawo do zniesienia bólu i ulgi w cierpieniu, prawo do informacji, prawo do samookreślenia się i prawo do odmowy leczenia**. Ważną kwestią jest poszanowanie woli chorego z uwzględnieniem zasady poufności, czyli realizacja prawa pacjenta do autonomii. Kompetentny pacjent otoczony opieką wspierającą może zgłaszać żądania na każdym etapie choroby i może odmówić leczenia w każdej jego fazie. Należy przy tym uzgadniać z chorym i jego bliskimi priorytety i cele postępowania, bez zatajania informacji, z którymi chory chce się zapoznać [1, 14].

Na świecie pacjenci zdolni do działań prawnych mają prawną możliwość spisywania, na wypadek utraty zdolności podejmowania decyzji, szczegółowych dyspozycji odnośnie do kontynuacji i przerwania terapii w przyszłości (tzw. **testament życia**) lub udzielenia osobie bliskiej prawnego pełnomocnictwa do podejmowania decyzji w sprawach postępowania medycznego. Poza kwestią przestrzegania prawa pacjenta do autonomii, oświadczenia woli mają ważne znaczenie praktyczne w opiece paliatywnej, ponieważ chory bardzo często traci możliwość podejmowania samodzielnej decyzji wskutek postępu choroby czy też prowadzonego leczenia [11]. Niestety, w Polsce kwestia „testamentu życia” i jego respektowania nie doczekała się jeszcze regulacji prawnych.

W opiece wspierającej postępowanie medyczne należy łączyć z nawiązaniem szczególnych relacji z chorym, w myśl zasady towarzyszenia choremu. Podstawą do rozważań etycznych w opiece paliatywnej powinno być przyjęcie faktu, że **nieuleczalnie lub terminalnie chory człowiek** nie jest pacjentem, dla którego nic więcej nie można zrobić i nie należy niepotrzebnie przedłużać jego życia, **lecz jest osobą, która jest zdolna do samego końca realizować swoje życie**. Problemy etyczne opieki paliatywnej dotyczą zatem nie tylko trudnych decyzji, ale również jakości wzajemnych stosunków między personelem a pacjentem, zapewniających ciągłość opieki, otwartość, zaufanie i wiarygodność. Szacunek i ochrona godności osób chorych terminalnie i umierających wymaga stosownej opieki w odpowiednim otoczeniu, umożliwiającej choremu umieranie z godnością, dlatego poza **etyką zasad** nieodłączna w działaniach opieki paliatywnej jest **etyka troski**, uwzględniająca psychofizyczne i duchowe potrzeby umierającego pacjenta [12].

Do niedawna ogromnym problemem w opiece paliatywnej było leczenie przeciwbólowe i zwiększanie dawek leków, aż do dawek toksycznych. Obecnie leczenie przeciwbólowe prowadzi się zgodnie z obowiązującą tak zwaną **drabiną leczenia bólu WHO (drabina analgetyczna)**, stopniowo zwiększając dawki lub zmieniając rodzaj środka przeciwbólowego, zgodnie z zasadą stopniowości leczenia. Problemem staje się korzystanie z sedacji kontrolowanej, gdy po wyczerpaniu wszystkich możliwości terapeutycznych, w celu ulżenia pacjentowi w cierpieniu, znosi się okresowo jego świadomość za pomocą środków farmakologicznych [5].

►► Postępowanie w okresie umierania obejmuje kwestie związane ze wstrzymaniem dializoterapii jako metody o znamionach terapii uporczywej u kresu życia ◀◀

►► Należy wyraźnie odróżnić eutanazję od decyzji o rezygnacji z pewnych zabiegów medycznych, które nie przyniosą już efektu terapeutycznego, a będą uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny ◀◀

## OPIEKA PALIATYWNA WOBEC PACJENTÓW Z CKD

Otoczanie opieką umierających z CKD jest trudne dla personelu medycznego i wymaga ciągłej edukacji. Model specjalistycznego kształcenia nefrologicznego, zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek, poza specyfiką pacjentów z chorobami nerek, leczenia objawów somatycznych i psychicznych, powinien obejmować również zasady opieki wspierającej/paliatywnej nad pacjentem umierającym i jego bliskimi, komunikacji, problemy etyczne i prawne dializy oraz transplantacji i leczenia zachowawczego. Współpraca w multidyscyplinarnym zespole terapeutycznym i praktyczne przygotowanie do radzenia sobie w sytuacjach trudnych powinny być szeroko omówione. Konieczna jest również zmiana mentalności, ukierunkowanie działań na człowieka, a nie na przywracanie zdrowia za wszelką cenę.

Obowiązujące w Polsce regulacje prawne i etyczne nakładają na personel medyczny obowiązek udzielenia opieki wspierającej/paliatywnej dializowanemu pacjentowi [13, 14]. Czy jest ona jednak możliwa, gdy w wielu poradniach nefrologicznych nie prowadzi się edukacji przeddializacyjnej ze względu na ograniczenia zatrudnienia, a zespoły terapeutyczne na stacjach dializ często składają się wyłącznie z lekarzy i pielęgniarek? Trudno w takich warunkach mówić o opiece holistycznej czy multidyscyplinarnej, a tym samym — o opiece wspierającej/paliatywnej. Coraz częściej jednak temat ten jest poruszany na wystąpieniach konferencyjnych i na łamach polskich czasopism medycznych. Świadczy to nie tylko o rosnącym zapotrzebowaniu na tego typu opiekę, ale również o potrzebie pogłębienia wiedzy wśród lekarzy i pielęgniarek oraz konieczności opracowania odpowiednich procedur postępowania z pacjentem z CKD.

### STRESZCZENIE

Celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia pacjentów z zaawansowaną, przewlekłą chorobą oraz ich rodzin poprzez zapobieganie cierpieniu i zmniejszanie go, z uwzględnieniem wczesnego wykrywania, oceny i leczenia bólu oraz innych objawów fizycznych, psychosocjalnych i duchowych. Pacjenci z przewlekłą chorobą nerek powinni być objęci taką opieką ze względu na ograniczony czas

przeżycia, występowanie wielu problemów i wysoki wskaźnik śmiertelności. W celu zapewnienia całościowej opieki nad dializowanym pacjentem należy rozwijać programy nefrologicznej opieki wspierającej/paliatywnej. Natomiast chorzy w stanie terminalnym powinni mieć dostęp do domowej i stacjonarnej opieki paliatywnej.

**Forum Nefrologiczne 2012, tom 5, nr 3, 254–258**

**Słowa kluczowe: opieka paliatywna/wspierająca, pacjent dializowany**

## Piśmiennictwo

1. Lichodziejewska-Niemierko M. Opieka paliatywna nad chorym z przewlekłą chorobą nerek. *Med. Paliat. Prakt.* 2007; 1: 61–65.
2. Zarządzenie nr 53/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa. Dostępne na: <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12&artnr=3354>
3. Ansell D., Feest T. The Fourth Annual Report. UK Renal Registry 2002
4. Buss T., Lichodziejewska-Niemierko M. Opieka paliatywna w Polsce — od idei do praktyki (również lekarza rodzinnego). *Forum Med. Rodz.* 2008; 2: 277–285.
5. Lichodziejewska-Niemierko M., Majkovicz M., Pietrzak B. Opieka wspierająca nad chorym leczonym metodami nerkozastępczymi. W: Rutkowski B. (red.). *Leczenie nerkozastępcze*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007; 573–579.
6. Keirse M. *Życie z chorobą*. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2007; 67–100.
7. Niewiadomska J. Psychologiczne problemy pacjentów leczonych hemodializami a poprawa jakości życia z uwzględnieniem podawania erytropoetyny. *Nefrol. Dial. Pol.* 2003; 7: 25–27.
8. Lichodziejewska-Niemierko M. Integracja opieki paliatywnej z innymi specjalnościami medycznymi — opinie nefrologów. *Med. Paliat. Prakt.* 2008; 2: 131–136.
9. Zawadzka B. Sytuacja psychologiczna chorych dializowanych i rola psychologa w ich adaptacji do leczenia. *Nefrol. Dial. Pol.* 2005; 9: 63–66.
10. Fry S.T., Johnstone M.-J. *Etyka w praktyce pielęgniarskiej. Zasady podejmowania decyzji etycznych*. Wydawnictwo Makmed, Warszawa–Lublin 2009.
11. Kinghorn S., Gaines S. (red.). *Opieka paliatywna*. Wyd. I. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012.
12. Chyrowicz B. (red.). *Przedłużanie życia jako problem moralny*. Suchorzewska J., Basińska K., Olejniczak M. *Trudne decyzje wobec umierającego człowieka — refleksje klinicysty*. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2006; 8: 56–76.
13. Szewczyk K. *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
14. Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. DzU nr 159 z 2012 r.