

Lucyna Graf, Mariola Śleziona

Studia Doktoranckie, Katedra Filozofii i Nauk Humanistycznych,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

DYLEMATY ZWIĄZANE Z SEDACJĄ PALIATYWNĄ STOSOWANĄ U CHORYCH U SCHYŁKU ŻYCIA

Dilemmas related to palliative sedation in the group of end-of-life patients

Streszczenie

Wstęp

Opieka paliatywna ma zapewnić właściwy komfort życia oraz umierania, przede wszystkim poprzez złagodzenie cierpienia, pacjentom, u których działania medyczne stały się nieskuteczne. W sytuacji, kiedy cierpienie jest nie do zniesienia, opieka paliatywna oferuje leczenie „ostatniego rzutu”, czyli sedację paliatywną, polegającą na intencjonalnym podaniu choremu leków sedatywnych zmniejszających stopień świadomości, aż do wywołania snu, w celu opanowania cierpienia wywołanego dolegliwościami, które są odporne na jakiegokolwiek inne leczenie.

Przegląd

Artykuł oparty jest na przeglądzie piśmiennictwa w celu przedstawienia ważnych kwestii związanych z aspektami etycznymi występującymi w sedacji paliatywnej. Poruszono dylematy dotyczące kontrowersji związanych ze stosowaniem sedacji paliatywnej, a mianowicie porównania sedacji do eutanazji, twierdzenia, że sedacja skraca życie, stosowania w sedacji „zasady podwójnego skutku”, łagodzenia cierpienia egzystencjonalnego oraz kontrowersji dotyczących stosowania bądź niestosowania sztucznego odżywiania i nawadniania w czasie sedacji.

Wnioski

Konieczne są wytyczne dotyczące stosowania sedacji paliatywnej oraz szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek z uwzględnieniem praktycznych aspektów sedacji paliatywnej.

Słowa kluczowe: sedacja, opieka paliatywna, dylematy etyczne

Abstract

Objective

Palliative care is supposed to provide patients with a comfortable life and death; it is applied when medical intervention ceases to be effective, and is used to alleviate patients' suffering. When the patient cannot endure his or her suffering anymore, palliative care provides "last resort" treatment, which is palliative sedation under which the sick are given sedative medicaments limiting their awareness and forcing them to sleep in order to control the suffering caused by ailments being resistant to any form of treatment.

Review

The article is based on a review of literature in order to present the most significant issues related to palliative sedation ethics. Dilemmas concerning the controversial use of palliative sedation have been discussed in the article, and more specifically those concerning sedation as compared to euthanasia, a claim that sedation shortens patients' lives, the use of "double effect principle" in sedation, alleviating existential suffering and controversies related to the use of artificial nutrition and hydration during sedation.

Conclusions

What is necessary is guidelines concerning the use of palliative sedation and training intended for doctors and nurses that includes practical aspects of palliative sedation.

Keywords: sedation, palliative care, ethical dilemmas

Wstęp

Teraźniejsza medycyna nastawia się na wyleczenie, lecz niestety pomimo jej postępów, czasem jest nieskuteczna, a medycykom nie udaje się zapanować nad niektórymi objawami. Opieka paliatywna ma zaś na celu łagodzić cierpienia pacjentów dotkniętych zaawansowaną, nieuleczalną i postępującą chorobą, w ostatnich miesiącach czy też tygodniach życia. Kiedy jednak w medycynie paliatywnej standardowe metody leczenia objawowego również nie przynoszą pożądanych efektów, zespół terapeutyczny zajmujący się chorym powinien podejmować decyzje dotyczące zastosowania sedacji paliatywnej, w celu opanowania dolegliwości przykrych dla pacjenta i opornych na inne leczenie. Procedura ta, choć jest akceptowana przez opiekę paliatywną, budzi wątpliwości etyczne [Stachowiak i Mrówczyńska, 2011].

Cel

Celem pracy jest przedstawienie istotnych kwestii związanych z aspektami etycznymi, które występują podczas zastosowania sedacji paliatywnej.

Przegląd

Opieka paliatywna

Opieka paliatywna zajmuje się leczeniem i opieką nad osobami cierpiącymi na choroby przewlekłe, postępujące, zagrażające życiu, w przypadku których medycyna akademicka okazała się być już nieskuteczna. W opiece paliatywnej śmierć oraz proces umierania postrzega się jako naturalny element egzystencji ludzkiej i dąży się do zapewnienia chorym właściwego komfortu życia i umierania poprzez zaspakajanie potrzeb somatycznych, psychosocjalnych i duchowych oraz udzielenia wsparcia chorym i ich rodzinom [Tomczyk i in., 2014].

Leczenie objawowe

Leczenie objawowe stosowane było w czasach starożytnych, przykładem jest opium, które według źródeł stosowane było już 5 tysięcy lat temu jako środek przeciwbólowy. Leczenie objawowe stosuje się w zachorowaniach zarówno lżejszych (na przykład przeziębieniach), jak i ostrych, poważnych (na przykład zawałach serca – przeciwbólowo podawana morfina), ale przede wszystkim w schorzeniach przewlekłych „w różnym okresie zaawansowania i wyleczalności choroby” [Łuczak, 2007]. Leczenie objawowe stanowi istotny element postępowania w leczeniu bólu, duszności i innych uciążliwych objawów. U pacjentów, u których leczenie farmakologiczne jest niewystarczające, stosuje się leczenie bólu z zastosowaniem metod inwazyjnych, do których należy analgezja zewnątrzoponowa ciągła, termolezja, neurolyza. Metody te stosowane są w oparciu o drabinę analgetyczną, gdzie główną rolę odgrywa morfina szybko uwalniająca oraz zmodyfikowane preparaty morfiny. W leczeniu objawowym u chorych onkologicznych, oprócz leczenia bólu stosuje się leki poprawiające łaknienie, środki przeczyszczające, uspokajające, antypsychotyczne, nasenne. Należy zaznaczyć, że leki te podawane są drogą doustną, natomiast w przypadku trudności w połknięciu alternatywą jest droga podskórna lub dożylna. Iniekcje domięśniowe nie są zalecane, aby chorych nie narażać na niepotrzebny ból [Łuczak, 2007].

Leczenie paliatywne

Leczenie paliatywne jest ważną częścią leczenia objawowego, polega na niesieniu ulgi w cierpieniu i uśmierzaniu dolegliwości, poprzez wczesne wykrycie. Zarówno leczenie paliatywne, jak i leczenie objawowe mają podobny zakres działalności, jednak różnią się definicją. Leczenie objawowe jest „postępowaniem ukierunkowanym na uśmierzanie bólu i innych dokuczliwych objawów towarzyszących chorobie nowotworowej oraz innym ostrym i przewlekłym chorobom” [Łuczak, 2007]. Natomiast leczenie paliatywne jest to „postępowanie mające na celu złagodzenie, zmodyfikowanie oznak, w tym objawów postępującej, niepoddającej się leczeniu przyczynowemu choroby nowotworowej lub innej choroby przewlekłej, postępującej o niekorzystnym rokowaniu” [Łuczak, 2007].

Sedacja

Sedacja jest procedurą medyczną, którą wykonuje się przed zabiegami diagnostycznymi lub operacyjnymi, które zwykle wywołują stres i lęk. W ogólnym pojęciu sedacja uspakaja, łagodzi stres, zmniejsza napięcie nerwowe. Sedację można osiągnąć poprzez zastosowanie farmakoterapii, ale także przez techniki relaksacyjne oraz hipnozę. Istnieje wiele odmian sedacji zależnych między innymi od: okresu choroby („sedacja terapeutyczna” i „sedacja paliatywna/terminalna”), od stopnia utraty świadomości („sedacja z zachowaną świadomością”, „sedacja łagodna”, „sedacja nocna”, „sedacja głęboka”) oraz od długości jej stosowania („sedacja czasowa” i „sedacja ciągła”) [Stachowiak i Mrówczyńska, 2011; Tomczyk i in., 2014].

Sedacja paliatywna

Medycyna nastawiona jest na wyleczenie, jednak w sytuacjach, kiedy nie jest to już możliwe, w opiece paliatywnej podejmowane są działania w zakresie leczenia objawowego, by przynieść ulgę w cierpieniach. Z czasem jednak i ten rodzaj leczenia może nie być skuteczny. Wówczas pozostaje tak zwane leczenie „ostatniego rzutu”, czyli sedacja paliatywna, która polega na kontrolowanym ograniczeniu świadomości, dostosowanym do potrzeb łagodzenia cierpienia trudnego do opanowania. Sedacja paliatywna jest procedurą medyczną mającą na celu zmniejszenie cierpienia chorego poprzez opanowanie przykrych dolegliwości, opornych na inne leczenie. Polega ona na podaniu choremu leków sedatywnych powodujących zmniejszenie stopnia świadomości chorego, aż do wywołania snu.

Do sedacji paliatywnej stosuje się łącznie środki nasenne, uspokajające oraz przeciwbólowe, czyli analgetyki, takie jak barbiturany, benzodiazepiny oraz w dużych dawkach morfinę. Intencją stosowania sedacji jest dobierania takich dawek leków, by nie zabijać, lecz przede wszystkim by pacjent nie cierpiał, a śmierć, która nastąpi, była skutkiem rozwoju choroby. W piśmiennictwie międzynarodowym brakuje jednolitej terminologii oraz definicji sedacji paliatywnej. Istnieje co najmniej 37 określeń terminów sedacji w opiece paliatywnej. Najczęściej używane są: *terminal sedation*, *palliative sedation* i *sedation at the end of life*. [Stachowiak i Mrówczyńska, 2011; Tomczyk i in., 2014].

Rodzaje sedacji paliatywnej

Rodzaj sedacji paliatywnej zależy od stopnia zachowania świadomości chorego. Wyróżniamy:

- sedację płytką polegającą na obniżeniu świadomości w taki sposób, aby chory mógł utrzymać kontakt z otoczeniem;
- sedację umiarkowaną polegającą na uspieniu chorego, z możliwością wybudzenia go i nawiązania logicznego kontaktu;
- sedację głęboką polegającą na uspieniu chorego bez możliwości reagowania na bodźce zewnętrzne, lecz z zachowanymi odruchami obronnymi, takimi jak połykanie czy kaszel.

Głębokość sedacji

Efektywne opanowanie przykrych dolegliwości jest możliwe, jeśli zastosuje się odpowiednią głębokość sedacji. Rekomendacja Francuskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (*Societe Francaise d'accompagnement et de soins palliatifs*) wprowadziła pięciostopniową skalę głębokości sedacji:

- pacjent całkowicie świadomy,
- pacjent senny,
- pacjent śpi, ale reaguje na bodźce słowne,
- pacjent śpi, ale reaguje na bodźce dotykowe,
- pacjent śpi i nie reaguje na bodźce z otoczenia

Należy pamiętać, że nie powinno się dążyć do osiągnięcia danego stopnia głębokości sedacji. [Boratyńska, 2015].

Wskazania do sedacji paliatywnej

Sedację paliatywną głównie stosuje się w przypadku występowania objawów wynikających ze stanu fizycznego organizmu, na przykład w przypadku narastającej duszności będącej wynikiem rozsiewu płuc-

nego, oraz w przypadku krwotoku. Ból lub uporczywe wymioty są rzadszym wskazaniem do zastosowania sedacji paliatywnej.

Sedację w opiece paliatywnej najczęściej stosuje się w:

- w procedurach zabiegowych i pielęgnacyjnych – sedacja czasowa (przez 24-48 godz.),
- w opiece nad osobami poparzonymi,
- przy odstawianiu wentylacji mechanicznej u pacjentów wentylowanych mechanicznie w okresie terminalnym,
- sedacja w uśmierzaniu objawów opornych na leczenie w okresie umierania,
- sedacja w stanach nagłych (emergency sedation),
- sedacja w celu zapewnienia pacjentowi czasowego wytchnienia od trudnych do zniesienia objawów (respite sedation),
- sedacja z powodów cierpienia psychicznego i duchowego. Niektórzy badacze twierdzą, że cierpienie fizyczne łączy się z cierpieniem psychicznym, gdyż cierpienie duchowe i psychiczne może być równie szkodliwe jak objawy somatyczne [Stachowiak i Mrówczyńska, 2011; Cherny i Radbruch, 2009].

Rousseau zaleca, aby w podejmowaniu decyzji o zastosowaniu sedacji paliatywnej przyjąć następujące kryteria:

- ostatnie dni życia,
- wyczerpanie się dostępnych metod leczenia, włącznie z leczeniem depresji, delirium i lęku,
- brak wskazań do resuscytacji,
- rozważenie oceny psychologicznej przez doświadczonego klinicystę oraz oceny duchowej – przez doświadczonego klinicystę lub kapelana,
- udokumentowana świadoma zgoda pacjenta,
- ustalone potrzeby nawodnienia i żywienia przed zastosowaniem sedacji,
- rozważenie w niektórych przypadkach sedacji czasowej (respite sedation) [Rousseau, 2004].

Poniżej zostanie szerzej omówiony aspekt dylematów związanych z sedacją z powodu cierpienia.

Kontrowersje etyczne dotyczące sedacji paliatywnej

Do największych kontrowersyjnych pytań związanych ze stosowaniem sedacji w opiece paliatywnej należy pytanie: czy sedacja stosowana w opiece paliatywnej skraca chorym życie i co odróżnia sedację od eutanazji? W odpowiedzi na powyższe pytania pomocny będzie artykuł, w którym Tomczyk i wsp. piszą, że zostały przeprowadzone badania, które dowodzą, iż sedacja stosowana w opiece paliatywnej może skrócić życie. Inne wyniki badań sugerują, że sedacja paliatywna może życie przedłużyć, ale istnieją także badania, które potwierdzają, że sedacja w żaden sposób nie wpływa na długość życia. Naukowcy, badający czy sedacja paliatywna wpływa na długość życia, nie mogą jednoznacznie tego potwierdzić, gdyż interpretacje opublikowanych badań są różne, natomiast z powodu niejednolitej definicji sedacji paliatywnej, różnych wskazań i stopni nasilenia się objawów oraz różnych leków stosowanych do sedacji, porównywanie wyników badań jest niemożliwe.

Należy zaznaczyć, że sedacja paliatywna nie jest równoważna eutanazji. „Według Oxford Textbook of Palliative Medicine celem sedacji terminalnej jest niesienie pacjentowi ulgi i uwolnienie go od niepoddających się leczeniu i niezwykle przykrych dolegliwości. Tym samym zaś sedacja terminalna stanowi element dobrej pozytywnej opieki paliatywnej i nie jest tożsama z eutanazją” [Stachowiak i Mrówczyńska, 2011].

Zatem odróżnieniem sedacji paliatywnej od eutanazji jest przede wszystkim intencja, dlatego ważne jest, by przed podjęciem decyzji o wdrożeniu sedacji paliatywnej wszyscy członkowie zespołu jasno wyrazili swoje intencje, gdyż te nie mogą być jedynie domniemane. Intencje lekarza mogą być wątpliwe w sytuacji, kiedy będzie on twierdził, że wdrożył sedację paliatywną tylko i wyłącznie w celu złagodzenia cierpienia, lecz dawki leków sedatywnych, które podawał, sukcesywnie były przez niego zwiększane, aż do skutku śmierci. Podawanie środków sedatywnych w dużych dawkach w intencji uśmiercenia chorego jest ukrytą formą aktywnej eutanazji. Wątpliwa jest również intencja lekarza, który wdrożył sedację paliatywną na życzenie pacjenta proszącego o śmierć, lecz nie mającego uporczywych objawów. Należy zaznaczyć, że istnieją przesłanki, że lekarze mniej doświadczeni lub wypaleni zawodowo częściej wdrażają sedację paliatywną w sposób niewłaściwy [Tomczyk i in., 2014]. Podczas podejmowania decyzji o wdrożeniu

sedacji paliatywnej ważne jest, by odbywała się dyskusja w zespole, by pacjent i jego bliscy byli rzetelnie poinformowani. Należy wziąć pod uwagę opinię pacjenta i jego bliskich, odnotować decyzję oraz opisać sposób wdrażania sedacji w dokumentacji medycznej. W etyce bardzo istotny jest sposób wdrażania sedacji paliatywnej, znaczenie ma tu wcześniej wspomniana intencja, dawka leku, sposób wdrażania oraz opieka zapewniona choremu. Natomiast do nieetycznych postępowań w opiece paliatywnej nad osobami cierpiącymi, będącymi u schyłku życia, zaliczyć należy także niepodanie leku sedatywnego lub podanie go w zbyt niskiej, nieefektywnej dawce.

Ważnym wyróżnikiem sedacji paliatywnej są stosowane leki, do których należą głównie benzodiazepiny (np. mizadolam), przy których stosowaniu należy monitorować czynności życiowe. Dawki leków w celu zmniejszenia cierpienia są optymalnie dopasowywane. Natomiast w przypadku eutanazji stosuje się środki zwiotczające mięśnie (pankuronium), czy zatrzymujące czynność serca, do których należy chlorek potasu, w przypadku którego oblicza się dawkę śmiertelną. Zasadniczą różnicą między sedacją paliatywną a eutanazją jest to, że sedacja paliatywna jest ulgą w cierpieniu bez zamiaru skrócenia życia, natomiast eutanazja jest skracaniem życia w celu przerwania cierpienia. [Stachowiak i Mrówczyńska, 2011; Tomczyk i in., 2014].

Kolejnym kontrowersyjnym zastrzeżeniem wobec stosowania sedacji paliatywnej jest zasada „podwójnego skutku”. Zasada „podwójnego skutku” obejmuje działania, które mają dwa przewidywalne skutki – dobre i złe, korzystne i niekorzystne. Działania w danej sytuacji powinny wiązać się z wykorzystaniem wszystkich możliwości, by osiągnąć korzystny skutek, natomiast kiedy możliwości te wyczerpią się, zastosowanie działań z „podwójnym skutkiem” powinny być moralnie akceptowane, a intencją tych działań nie może być wywołanie niekorzystnych skutków. W sedacji paliatywnej „dobrym skutkiem” jest ulga w cierpieniu, natomiast „złym skutkiem” jest przyspieszenie śmierci. Sedacja paliatywna jest etycznie akceptowana, jeśli ulga w cierpieniu będąca wskazaniem do sedacji paliatywnej jest czynnością moralnie dobrą, jeśli ulga w cierpieniu nie jest osiągnięta przez przyspieszenie śmierci, jeśli przyspieszenie śmierci nie jest intencją lekarza, który ten „zły skutek” akceptuje, jeśli przyczyną wdrażenia sedacji paliatywnej jest proporcjonalnie ważna racja, czyli złagodzenie cierpienia. Zatem czy śmierć za cenę złagodzenia cierpienia jest zła?

Dyskusyjnym tematem w sedacji paliatywnej jest skutek zaburzenia świadomości, ponieważ chory zostaje pozbawiony autonomii, przez co staje się uzależniony od innych. Można rozważać, że zaburzenie świadomości, a tym samym pozbawienie autonomii („skutek zły”) jest celem zamierzonym, ponieważ celem sedacji paliatywnej jest zaburzenie świadomości. Natomiast, aby czyn ten był etycznie akceptowany, musiałby spełnić warunek „zasady podwójnego skutku”, czyli skutek zły, chociaż przewidywalny, nie powinien być przez sprawcę zamierzony, lecz akceptowany. Zaburzenie świadomości, które przynosi ulgę w cierpieniu, również nie spełnia warunków „zasady podwójnego skutku”, która zakłada, że skutek dobry nie wynika ze skutku złego, gdyż powinien być równoczesny lub wcześniejszy od niego [Tomczyk i in., 2014; Ślipko, 2004; Janikowski, 2013].

Zdaniem wielu specjalistów, kontrowersyjne jest stosowanie sedacji paliatywnej w celu złagodzenia egzystencjonalnego cierpienia, ponieważ trudno jest odróżnić ból od cierpienia oraz brak jest odpowiednich narzędzi do pomiaru i ustalenia, kiedy objawy cierpienia są trudne do wyleczenia. W obrębie bólu totalnego wyróżnia się aspekt fizyczny, społeczny, psychologiczny i duchowy. Jaka jest więc różnica między bólem a cierpieniem? „Cierpienie może mieć sens lub go nie mieć” [Szabat, 2013], natomiast w bólu „nie szuka się sensu, tylko się go uśmierza, lecz” [Szabat, 2013]. Ból można zdefiniować, natomiast cierpienia nie można zdefiniować. Cierpienie jest odczuciem subiektywnym, „to indywidualny ból, jego natężenie, sposób przeżywania” [Szabat, 2013], dlatego to pacjent cierpiący powinien sam podejmować decyzję, czy dany objaw akceptuje, czy też nie, czy chce włączenia sedacji paliatywnej. W praktyce, jeśli pacjent ze względów zdrowotnych (nagły stan) nie jest w stanie określić swojego poziomu cierpienia, to decyzję za niego podejmuje pełnomocnik, rodzina lub zespół terapeutyczny. Cierpienie, choć jest doświadczeniem osobistym, to jednak angażuje aktualnie lub potencjalnie osoby pozostające w różnego rodzaju relacjach z cierpiącym. Dlatego ważne jest określenie intencji i motywu sedacji paliatywnej. Może się okazać, że członkowie rodziny chcą ulżyć w cierpieniu swojemu bliskiemu przez skrócenie mu życia. Warto wiedzieć, że u pacjentów cierpiących psychicznie i duchowo możliwa jest sedacja paliatywna czasowa, to jest od 24

do 48 godzin, aby pacjent mógł odpocząć. Po zakończeniu sedacji czasowej pacjent może po raz kolejny zdecydować o ponowieniu sedacji. Ze względu na niewielką liczbę raportów opartych na doświadczeniu, zaleca się jednak ostrożne podejście do sedacji paliatywnej stosowanej w cierpieniu psychicznym i duchowym [Stachowiak i Mrówczyńska, 2011; Szabat, 2013; Rousseau, 2001].

W sedacji paliatywnej kontrowersyjna jest także kwestia sztucznego nawadniania i żywienia. W praktyce, lekarze w obawie, że sedacja może skrócić życie, utrzymują sztuczne nawadnianie i żywienie, niezależnie od tego, czy istnieją ku temu wskazania, czy też nie. W opiece paliatywnej uznaje się, że sztuczne nawadnianie i żywienie u pacjentów umierających, którzy tracą zdolności połykania, może wywoływać niekorzystne objawy, przez co pogarsza się jakość ich życia, dlatego w postępowaniu medycznym jest ono przeciwwskazane. U pacjentów umierających stosuje się minimalne nawadnianie do czasu kiedy nie ma sygnałów, że przynosi to szkodę pacjentowi. Istnieje jednak obawa, kiedy przy zastosowaniu sedacji paliatywnej zostanie odstawione nawodnienie i żywienie, że to działanie może być uznane za „powolną eutanazję”, która budzi wątpliwości etyczne. W przypadku sedacji paliatywnej stanowisko dotyczące włączenia nawadniania i żywienia nie jest jednoznacznie określone, dlatego decyzje należy podejmować indywidualnie wobec każdego pacjenta, niezależnie od procedur sedacyjnych [Tomczyk i in., 2014; Tomczyk, 2011].

Wnioski

Sedacja paliatywna nadal wywołuje wiele kontrowersji, „zbyt mało jest dyskusji i refleksji zwłaszcza klinicznej, prawnej i etycznej. Nie prowadzi się też badań w tym zakresie, a polskich publikacji jest niewiele. Brakuje również szczegółowych wytycznych dotyczących praktycznego stosowania sedacji paliatywnej” [Tomczyk M. 2011]. Lekarze obawiają się wdrażania sedacji paliatywnej z obawy o skrócenie życia. Nadal mylona jest też sedacja z eutanazją.

Łuczak podkreśla, że „zapropozowanie sedacji paliatywnej pacjentom u schyłku życia jest obowiązkiem lekarza, który powinien znać zasady stosowania sedacji paliatywnej. Natomiast stosowanie każdego ze środków wykorzystywanych w sedacji wymaga od lekarza wiedzy i praktyki w zakresie ich podawania. Niedopuszczalne jest nieinformowanie bardzo cierpiącego chorego i jego rodziny o możliwości zastosowania tego sposobu postępowania, który jest przecież zgodny z Kodeksem Etyki Lekarskiej, etyki katolickiej i polskim prawem”. Dodaje również, że „konieczne jest uwzględnienie praktycznych aspektów sedacji paliatywnej w szkoleniu lekarzy i pielęgniarek, jak również opracowanie polskich wytycznych z tego zakresu” [Tomczyk M. 2011].

Stachowiak i Mrówczyńska trafnie stwierdzili, że celem nie jest ani walka z cierpieniem, ani walka ze śmiercią, ale przywrócenie zdrowia, a jeśli to jest niemożliwe – taka opieka, aby osoba chora jak najlepiej znosiła brzemień swojej choroby oraz kres życia [Stachowiak i Mrówczyńska, 2011].

Piśmiennictwo

1. Boratyńska M. 2015. *Zaprzestanie podtrzymywania życia. Uporczywa terapia. Eutanazja* http://fizjologia.amwaw.edu.pl/dokumenty/2015/fakultet/prawo/eutan_2. [www 1] (dostęp: 02.07.2016).
2. Cherny N.I., Radbruch L. 2009. *The Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care*. Pall Med. 23: 581-593.
3. Janikowski W. 2013. *Zasada podwójnego skutku, zasada moralnej symetrii i kwestia legalizacji eutanazji*. Analiza i Egzystencja. 22: 125-138. cejsh.icm.edu.pl [WWW 2] (dostęp: 02.07.2016).
4. Łuczak J. 2007. *Co to jest leczenie objawowe (paliatywne), opieka paliatywna - hospicyjna i dlaczego warto z nich korzystać?* Przegląd Terapeutyczny. 3: 1-21.
5. Rousseau P. 2001. *Existential suffering and palliative sedation: a brief commentary with a proposal for clinical guidelines*. Am J Hospice Palliat Care. 18: 151-153.
6. Rousseau P. 2004. *Palliative sedation in the management of refractory symptoms*. J Support Oncol. 2: 181-186.

7. Stachowiak A., Mrówczyńska E. 2011. *Sedacja w opiece paliatywnej – nadzieje i zagrożenia*. Medycyna Paliatywna. 1: 1-10.
8. Ślipko T. 2004. *Zarys etyki ogólnej*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
9. Szabat M. 2013. *Elementy filozofii opieki paliatywnej a zagadnienie śmierci*. Warszawa: Wydawnictwo Semper.
10. Tomczyk M. 2011. *Sedacja paliatywna to nie eutanazja*. Służba Zdrowia. 77-84.
<http://carbomedicus.pl/sedacja-paliatywna-to-nie-eutanazja-vt6816.htm>
[WWW 3] (dostęp: 02.07.2016).
11. Tomczyk M., Sopata M.J., Viillard M-L., Beloucif S., Mamzer M-F., Herve C. 2014. *Sedacja paliatywna u dorosłych – wybrane aspekty etyczne*. Medycyna Paliatywna. 6(2): 76-80.