

Wojciech Leppert¹, Jacek Łuczak¹, Piotr Góralski²

¹Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²Katedra Prawa Karnego Materialnego Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego

Wybrane problemy opieki paliatywnej i eutanazji w opiniach lekarzy i studentów medycyny

Selected problems of palliative care and euthanasia in physicians and medical students views

Streszczenie

Wstęp. Wzrastająca liczba chorych w Polsce wymagających opieki paliatywnej wskazuje na konieczność uzyskania przez lekarzy podstawowej wiedzy związanej z opieką paliatywną i problemami etycznymi u schyłku życia. Celem niniejszej pracy było ustalenie stopnia przygotowania z zakresu podstawowych pojęć dotyczących omawianej tematyki, jak również określenie stosunku do problemu eutanazji studentów III roku medycyny oraz lekarzy specjalizujących się w zakresie chorób wewnętrznych.

Materiał i metody. Badania ankietowe z udziałem 401 studentów i 217 lekarzy przeprowadzono po zakończeniu cyklu wykładów dla studentów, dotyczących problemów etyki lekarskiej, w tym wykładu „Lekarz w obliczu umierającego chorego” oraz kursu teoretycznego z zakresu podstaw medycyny paliatywnej dla specjalizujących się lekarzy.

Wyniki. Rezultaty badań wskazują na porównywalne trudności w przekazywaniu niepomyślnych wiadomości o chorobie i rokowaniu przez studentów i lekarzy. Odsetek badanych, gotowych do przekazania pełnych informacji wyniósł wśród studentów 28%, a wśród lekarzy 24%, natomiast chęć uzyskiwania pełnych informacji w tym zakresie wyraziło 84% studentów i 80% lekarzy. Właściwą definicję eutanazji podała 1/3 badanych, zarówno studentów, jak i lekarzy; eutanazji nie dokonałoby 82% studentów oraz 90% lekarzy, natomiast przeciwko jej legalizacji opowiedziało się 67% studentów i 75% lekarzy. Na pytanie dotyczące zasady podwójnego efektu nie odpowiedziało 47% lekarzy i 88% studentów. Najczęstszą odpowiedzią na pytanie o definicję i różnice między bólem a cierpieniem było określenie „nieprzyjemne odczucie, dyskomfort”, bez jednoczesnego rozróżnienia (studenci 21%, lekarze 14%). Dla połowy osób biorących udział w ankiecie (51% studentów, 49% lekarzy) pojęcie opieki paliatywnej oznaczało „opiekę nad nieuleczalnie chorymi ludźmi poprawiającą ich komfort życia”. Dla 37% studentów i 35% lekarzy hospicjum oznacza „miejsce pobytu nieuleczalnie chorych pacjentów”. Za najbardziej preferowany sposób podawania morfiny 70% lekarzy i 23% studentów uznało sposób doustny. Właściwe poglądy, iż nie ma maksymalnej dawki morfiny oraz że zaparcie stolca jest stałym objawem niepożądanym występującym podczas leczenia morfiną, wyrażało odpowiednio 74% i 64% lekarzy oraz 43% i 6% studentów.

Wnioski. Przekazywanie niepomyślnych informacji dotyczących rozpoznania choroby nowotworowej i rokowania stanowi istotną trudność — zarówno dla studentów, jak i lekarzy. Przeprowadzone badanie wskazuje na znaczną nieznaną terminologii z zakresu bioetyki, niewielki odsetek badanych skłonnych do praktykowania eutanazji i większy do zaakceptowania jej legalizacji. W odróżnieniu od studentów większość lekarzy posiada wiedzę dotyczącą leczenia przewlekłego bólu morfiną, sposobu jej podawania oraz niepożądanych objawów przy stosowaniu leku.

Słowa kluczowe: przekazywanie prawdy o nieuleczalnej chorobie, eutanazja, zjawisko podwójnego efektu, opieka paliatywna, morfina

Adres do korespondencji: dr med. Wojciech Leppert
Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej AM
Osiedle Rusa 25A, 61-245 Poznań; e-mail: wojciechleppert@wp.pl



Polska Medycyna Paliatywna 2005, 4, 2, 67-76
Copyright © 2005 Via Medica, ISSN 1644-115X

Abstract

Background. The increasing number of patients demanding palliative care in Poland indicates the necessity of gaining by physicians' basic knowledge concerning palliative care and end-of-life ethical issues. The aim of this study was to evaluate basic knowledge of the end-of-life ethical issues of the 3rd year medical students and trainees at the department of internal medicine and to assess their attitude towards euthanasia.

Material and methods. A questionnaire survey with participation of 401 students and 217 physicians was filled after lectures for students concerning medical ethics, including the lecture "Physician facing dying patient" and after the theoretical course comprising basic palliative medicine for physicians during internal medicine specialty training.

Results. Outcome of the study indicates comparable difficulties in breaking bad news concerning the disease and prognosis in students and physicians. 28% of students and 24% of physicians were ready to reveal full information but the number of surveyed who wanted to be fully informed of their situation was 84% of students and 80% of physicians. 1/3 of the surveyed both students and doctors were able to give appropriate definition of euthanasia, 82% of students and 90% of physicians would not perform euthanasia, 67% students and 75% physicians were against legalization of euthanasia. Regarding the doctrine of double effect 47% doctors and 88% of students gave no response. The most frequent answer for the request of giving the definition and the difference between pain and suffering was "unpleasant feeling, discomfort" without recognizing the difference (students 21%, doctors 14%). For the half of surveyed (51% of students, 49% physicians), the term palliative care meant „care for the non curable people improving their quality of life". 37% of students and 35% of physicians treat hospice as a „place of stay of incurable patients". 70% of doctors and 23% of students indicated oral as the most preferable route of morphine administration. 74% of physicians and 43% of students chose the appropriate statement that there is no maximal dose of morphine and 64% doctors and 6% of students indicated appropriate answer i.e. constipation is a constant side effect of morphine.

Conclusions. Breaking bad news concerning cancer diagnosis and prognosis is a significant difficulty for both students and physicians. This study indicates that there is a significant lack of knowledge of bioethics, small percentage of respondents were tending to practice euthanasia and bigger accepting its legalization. In contrast to students the majority of physicians possess knowledge concerning the route of administration and side effects of morphine in cancer pain treatment.

Key words: breaking bad news, euthanasia, doctrine of double effect, palliative care, morphine

Wstęp

W następstwie rosnącej liczby zachorowań na choroby nowotworowe i inne schorzenia przewlekłe niepoddające się leczeniu przyczynowemu oraz na skutek starzenia się społeczeństwa w Polsce wzrasta liczba osób, które wymagają opieki paliatywnej. Na podstawie liczby zgonów z powodu chorób przewlekłych, sięgającej ponad 300 tys. rocznie, można szacunkowo przyjąć, że opieki takiej wymaga w Polsce co roku przynajmniej 200 tys. chorych. Mimo obserwowanego w ostatnich latach dynamicznego rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej (ponad 500 jednostek zarejestrowanych w 2005 r.) i utworzenia specjalności lekarskiej — medycyny paliatywnej oraz pielęgniarstwa — opieki paliatywnej, sieć ośrodków zapewniających tę opiekę jest niewystarczająca, a dostęp do niej dla wielu chorych jest utrudniony, zwłaszcza w mniejszych miastach i regionach wiejskich. Zarówno studenci medycyny, jak i lekarze powinni znać podstawy medycyny paliatywnej i zasady bioetyki, jednak ze względu na zróżnicowanie programów nauczania dla studentów na uczelniach medycznych oraz zbyt małą liczbę godzin przeznaczoną na kształcenie w zakresie medycyny paliatywnej le-

karzy będących w trakcie specjalizacji pozostaje ona niedostateczna.

Celem pracy było ustalenie stopnia znajomości problematyki z zakresu podstawowych pojęć i zadań opieki paliatywnej oraz bioetyki lekarskiej, jak również określenie postaw w odniesieniu do eutanazji w dwóch grupach ankietowanych — studentów III roku medycyny i stomatologii oraz lekarzy specjalizujących się w dziedzinie chorób wewnętrznych.

Materiał i metody

Opracowana ankieta (w załączeniu) zawierała 13 pytań o różnej konstrukcji, dających możliwość wyboru odpowiedzi (pytania dotyczyły przekonań, sądów, np. stosunku do legalizacji eutanazji, przekazywania prawdy o chorobie i rokowaniu), wyboru prawdziwej odpowiedzi (np. w odniesieniu do sposobu podawania i skutków ubocznych morfiny) oraz odpowiedzi opisowych dotyczących pojęć.

Badaniem objęto 2 grupy osób:

— 401 studentów III roku Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu po odbyciu 20-godzinnego cyklu obowiązkowych wykładów

- z zakresu bioetyki lekarskiej (w latach 2001 i 2002). W ramach zajęć omawiano podstawowe problemy i pojęcia z zakresu etyki lekarskiej, włącznie z omówieniem zasady podwójnego efektu oraz definicji eutanazji; program obejmował również 2-godzinny wykład „Lekarz wobec umierającego chorego”. Zakres szkolenia nie uwzględniał wiedzy dotyczącej sposobu podawania i objawów ubocznych morfiny;
- 217 lekarzy z różnych regionów Polski specjalizujących się w dziedzinie chorób wewnętrznych w 2002 r., odbywających szkolenie na kursach specjalizacyjnych, organizowanych w Krakowie przez „Medycynę Praktyczną”, po odbyciu 18-godzinnego obowiązkowego szkolenia w zakresie medycyny paliatywnej, obejmującego wykłady z zakresu podstaw i zasad tej opieki, problemów etycznych podczas opieki nad chorymi u kresu życia i komunikacji z nimi oraz leczenia bólu nowotworowego i duszności.

Ankiety były anonimowe i wypełniano je bezpośrednio po zakończeniu zajęć, na co przeznaczano 45 minut. Przedtem przedstawiano cel badania, zachęcając ankietowanych do rzetelnej odpowiedzi na wszystkie pytania.

Badanie dotyczyło czterech grup zagadnień:

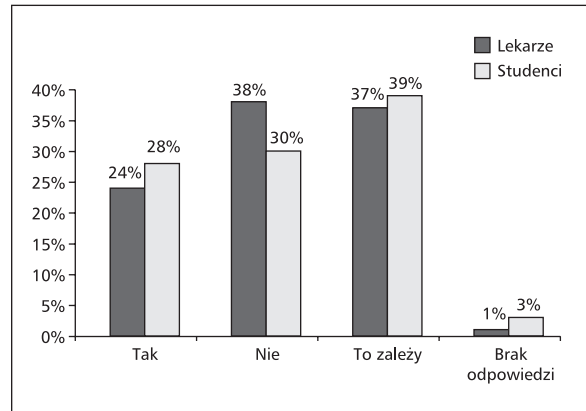
1. Sposobu i zakresu przekazywania niekorzystnych informacji o chorobie i rokowaniu przez lekarzy pacjentom i osobom dla nich najbliższym.
2. Znajomości przez ankietowanych pojęć eutanazji i zasady podwójnego efektu, a także ewentualnej gotowości do osobistego realizowania praktyki eutanazji i kwestii poparcia idei legalizacji eutanazji w Polsce.
3. Zdefiniowania pojęć cierpienia, bólu, opieki paliatywnej i hospicjum.
4. Znajomości podstawowych zasad stosowania morfiny.

Wyniki

Problematyka informowania chorych i rodzin

Na pytanie „Czy zawsze należy przekazywać choremu niekorzystne informacje dotyczące nieuleczalnej choroby i niekorzystnego rokowania?” pozytywnie odpowiedziało 24% lekarzy i 28% studentów, a przeciwnego zdania było 38% lekarzy i 30% studentów; 37% lekarzy i 39% studentów uzależniało podjęcie takiej decyzji od różnych okoliczności, do których zaliczono głównie ocenę, czy treść przekazanych informacji wpłynie niekorzystnie na zdolność pacjenta do dalszej walki z chorobą (ryc. 1).

Kolejne pytanie brzmiało: „Komu należy przekazywać niepomyślne informacje w pierwszej kolejno-



Rycina 1. Czy zawsze należy przekazywać choremu niekorzystne informacje dotyczące nieuleczalnej choroby i niekorzystnego rokowania?

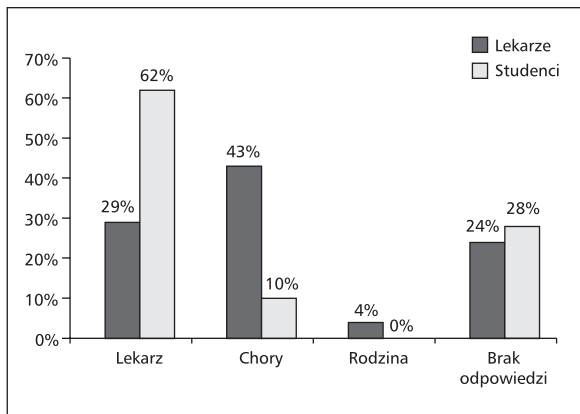
Figure 1. Breaking bad news concerning the disease and prognosis — should the patient always be informed?

ści?”. Zdaniem większości badanych niepomyślne informacje najpierw powinni poznać chorzy (53% lekarzy i 55% studentów). Według 28% lekarzy oraz 32% studentów złe wiadomości należy przekazywać w pierwszej kolejności osobom bliskim choremu. Wybór, czy złe informacje należy przekazać choremu, czy też osobom mu bliskim zależy — zdaniem 10% badanych lekarzy i 12% studentów — od wielu czynników, które należy rozważyć przed podjęciem decyzji. Za najważniejsze z nich uznano wiek chorego i stan jego zdrowia psychicznego.

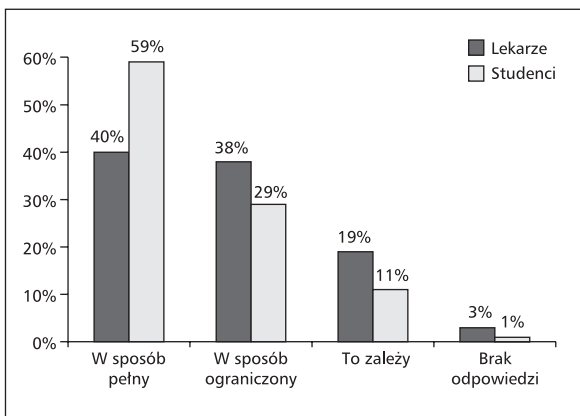
Z przedstawionym problemem łączyło się kolejne pytanie: „Kto ma decydować o tym, komu należy przekazywać niepomyślne informacje?”. W tym przypadku różnice zdań w obu grupach ankietowanych osób były znaczne. Lekarze wskazywali, że taką decyzję powinien podejmować przede wszystkim chory (43%), a rzadziej lekarz (29%) lub rodzina (4%). Z kolei większość studentów była zdania, że to lekarz powinien decydować o tym, komu należy przekazywać niepomyślne informacje (62%), rzadziej pacjent (10%) (ryc. 2).

Na pytanie o sposób przekazywania niepomyślnych informacji 40% lekarzy i 59% studentów odpowiedziało, że należy podawać je w pełnym zakresie, natomiast 38% lekarzy i 29% studentów uznało, iż chorego należy informować tylko w ograniczonym zakresie; 19% lekarzy i 11% studentów uzależniało decyzje w tej sprawie od wielu okoliczności, do których przede wszystkim zaliczono stan psychiki pacjenta według oceny lekarza (ryc. 3).

Na pytanie „Czy gdybyś był chory na nieuleczalną chorobę, to chciałbyś znać rozpoznanie i rokowanie w pełnym czy ograniczonym zakresie?” zdecydowana większość lekarzy (80%) i studentów (84%) odpowiedziała, że chciałaby znać pełny zakres nieko-



Rycina 2. Kto ma decydować o tym, komu należy przekazywać niepomyślne informacje?
Figure 2. Who should decide who is to be informed about the bad news?



Rycina 3. Jak należy przekazywać niepomyślne informacje?
Figure 3. The ways of breaking bad news?

rzystnego rokowania. Nie w pełni świadomymi swego stanu wolałoby pozostać 14% studentów i 14% lekarzy. Na to pytanie nie potrafiło udzielić odpowiedzi 6% lekarzy i 2% studentów.

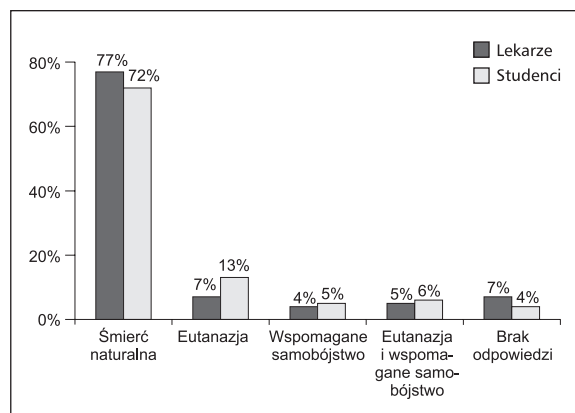
Problematyka eutanazji i zasada podwójnego efektu

Na pytanie „Co oznacza słowo eutanazja?” 36% lekarzy oraz 37% studentów odpowiadało, że chodzi o „zabójstwo, względnie skrócenie życia, przyspieszenie śmierci osoby nieuleczalnie chorej za jej zgodą (na jej prośbę lub życzenie)”. Znaczącą liczbę stanowiły według lekarzy inne określenia eutanazji: „dobra (godna) śmierć” — 12%, „bezbolesne skrócenie życia chorej nieuleczalnie osobie” — 11%, „zabójstwo (morderstwo)” — 6%, „pomoc w umieraniu” — 5%, „zabójstwo na życzenie” — 5%. Studenci określali eutanazję jako „skrócenie życia osoby nieuleczalnie chorej” (12%), 5% podawało, że słowo eutanazja to z greckiego: „dobra śmierć”, 4%

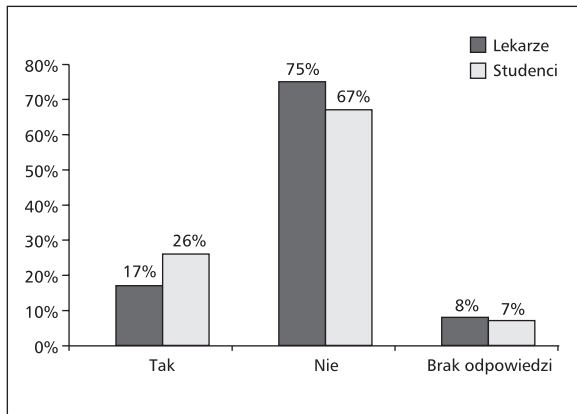
studentów określało eutanazję jako zabójstwo, jednak bez dodania motywu zabójcy, jakim jest współczucie. Lekarze posługiwali się określeniami, takimi jak: „samobójstwo nieuleczalnie chorego człowieka”, „dobre umieranie”, „proces umierania podlegający kontroli farmakologicznej, prowadzony przez osoby drugie na prośbę chorego” lub też „świadome użycie czynności o podwójnym skutku w celu przerwania życia ludzkiego na prośbę chorego”.

Na pytanie: „Czy podjąłbyś decyzję o dokonaniu eutanazji lub wspomaganego samobójstwa?” zdecydowana większość lekarzy (90%) i studentów (82%) odpowiedziała negatywnie, a 5% lekarzy i 12% studentów zadeklarowało możliwość dokonania eutanazji lub wzięcia udziału we wspomaganym samobójstwie chorego. Na to pytanie nie potrafiło odpowiedzieć 5% lekarzy i 6% studentów.

W bardziej szczegółowym pytaniu: „Czy gdyby Ciebie lub bliską Tobie osobę dotknęła nieuleczalna, postępująca, zagrażająca życiu choroba, chciałbyś mieć prawo wyboru: śmierci naturalnej, eutanazji czy wspomaganego samobójstwa?” autorzy zamierzali skonfrontować ogólny stosunek do eutanazji z hipotetyczną sytuacją dokonania osobistego wyboru w stosunku do siebie lub kogoś bardzo bliskiego. W perspektywie nieuleczalnej choroby prawo do śmierci naturalnej deklarowało 77% lekarzy i 72% studentów. O eutanazji i wspomaganym samobójstwie w przedstawionej sytuacji myślało 5% lekarzy i 6% studentów; 7% lekarzy i 13% studentów rozważało możliwość eutanazji, a znacznie mniej ankietowanych myślało o pomocy w samobójstwie (4% lekarzy i 5% studentów) (ryc. 4).



Rycina 4. Czy gdyby Ciebie lub osobę Tobie bliską dotknęła nieuleczalna, postępująca, zagrażająca życiu choroba, chciałbyś mieć prawo wyboru: śmierci naturalnej, eutanazji czy wspomaganego samobójstwa?
Figure 4. If you or your relatives had been incurably ill, would you have demanded to have an opportunity to choose between natural death, euthanasia or assisted suicide?



Rycina 5. Czy jesteś za przyzwoleniem i niekaralnością eutanazji lub wspomaganego samobójstwa?

Figure 5. Do you support legalization of euthanasia or assisted suicide?

Odrębnym zagadnieniem było ustalenie postaw osób z obu badanych grup do kwestii legalizacji eutanazji i wspomaganego samobójstwa. Na pytanie „Czy jesteś za przyzwoleniem i niekaralnością eutanazji lub wspomaganego samobójstwa?” negatywnie odpowiedziało 75% lekarzy i 67% studentów. Za legalizacją obu form eutanazji opowiedziało się 17% lekarzy i 26% studentów (ryc. 5).

Z punktu widzenia etyki lekarskiej oraz zasad odpowiedzialności karnej istotną rolę odgrywa znajomość przez lekarzy zasady podwójnego efektu. W ankietach sformułowano następujące polecenie: „Opisz na czym polega zasada podwójnego efektu”. Definicji nie podało 47% lekarzy i 88% studentów. W grupie ankietowanych lekarzy padały następujące odpowiedzi: „jest to spowodowanie śmierci jako skutku ubocznego wywołanego przez lek podany w dobrej intencji” — 19%, „jest to wywołanie jakiegokolwiek niezamierzonego skutku ubocznego przez podany lek” — 23%, „jest to każde zachowanie o podwójnym skutku — dobrym i złym” — 11%. Odpowiedzi studentów przedstawiały się następująco: „jest to zawsze zachowanie o podwójnym efekcie — dobrym i złym” — 5%, „jest to wywołanie jakiegokolwiek skutku ubocznego przez działanie leku lub zabieg medyczny” — 4%, „jest to podanie pacjentowi leku przeciwbólowego przyspieszającego śmierć” — 3%.

Pojęcia cierpienia, bólu, opieki paliatywnej i hospicjum

Kolejny zakres tematyczny badań obejmował stosunek osób ankietowanych do pojęć opieki paliatywnej, instytucji z nią związanych, jakimi są hospicja, oraz zasadniczego przedmiotu działań opieki hospicyjnej, który stanowią m.in. pojęcia cierpienia i bólu pacjentów nieuleczalnie chorych.

Jedno z poleceń w ankiecie sformułowano następująco: „Podaj własną definicję cierpienia i bólu”. Najczęściej podawaną definicją było określenie „nieprzyjemne odczucie, dyskomfort”, bez jednoczesnego rozróżnienia między bólem i cierpieniem lub wskazania jego skutków w życiu pacjenta (14% lekarzy, 22% studentów). Inne, częściej występujące wypowiedzi to: „Ból jest doznaniem fizycznym, natomiast cierpienie stanowi połączenie fizycznego bólu z doznaniem duchowymi, psychicznymi” — 13% lekarzy, 17% studentów; „Ból ma charakter fizyczny, cierpienie to doznanie psychiczne” — 12% lekarzy, 15% studentów; „Ból i cierpienie to doznania skupiające całą uwagę chorego, uniemożliwiające jego normalne życie” — 12% lekarzy, 16% studentów.

Kolejne polecenie zawarte w ankiecie brzmiało: „Podaj definicję opieki paliatywnej”. Dla 49% lekarzy i 51% studentów pojęcie to oznaczało „opiekę nad nieuleczalnie chorymi ludźmi poprawiającą komfort ich życia”. Zdaniem 9% lekarzy chodziło o „zespół działań medycznych i psychologicznych stosowanych wobec nieuleczalnie chorych”. Według 6% lekarzy jest to „pomoc udzielana nieuleczalnie chorym w każdej sferze ich życia przy udziale rodziny, a także opieka nad nią”, 4% było zdania, że „jest to leczenie pacjenta z chorobą nowotworową”, a 3% — „opieka nad przewlekle chorym”. Studenci podawali następujące definicje: „opieka koncentrująca się na leczeniu bólu i wsparciu psychicznym” — 9%, „pomoc w łagodnym, bezbolesnym umieraniu” — 5%, „wszystkie sposoby i zabiegi lecznicze stosowane w celu uśmierzenia bólu” — 6%, „opieka nad terminalnie chorymi polegająca na łagodzeniu objawów choroby bez leczenia przyczynowego” — 4%, „opieka nad osobami chorymi, kalekami, które nie są w stanie bez niej funkcjonować” — 2%.

Z poprzednim poleceniem wiązało się kolejne pytanie: „Z czym kojarzy Ci się słowo hospicjum?”. Dla 35% lekarzy oraz 37% studentów oznacza ono „miejsce pobytu nieuleczalnie chorych pacjentów”. Lekarze wyrażali również opinię, że chodzi tu o „określoną formę pomocy i opieki nad nieuleczalnie chorymi ludźmi” — 18%. Inne skojarzenia dotyczyły „godnego umierania” — 6%, „osób zajmujących się nieuleczalnie chorymi” — 6%, „umierających pacjentów” — 3%, „śmierci” — 3% oraz „domu, ciepła, gościny i ludzkiego dobra” — 4%. Studenci podawali następujące rodzaje skojarzeń: „forma pomocy i opieki nad nieuleczalnie chorymi” — 9%, „godne umieranie” — 9%, „pacjenci umierający” — 5%, „szpital zajmujący się nieuleczalnie chorymi” — 4%, „fizyczne i psychiczne przygotowanie do śmierci” — 4%, „śmierć” — 2%. Wśród lekarzy rzadziej występowały następujące skojarzenia: „rozgo-

ryczeni ludzie”, „pokora wobec życia”, „słabo wyposażony szpital, w którym nie umiera się godnie”, a wśród studentów dla porównania: „opieka nad chorymi prowadzona przez osoby duchowne”, „przytułek dla starych, odrzuconych przez rodziny ludzi”, „wolontariat”, „miejsce bezpłatnej opieki”, a nawet „łacińskie określenie jakiejś rośliny”.

Podstawowe zasady podawania morfiny

Ostatnią część ankiety poświęcono badaniu znajomości podstawowych zasad podawania chorym jednego z powszechnie stosowanych opioidów, jakim jest morfina, oraz wiedzy na temat występowania niepożądanych działań tego leku.

Na pytanie „Jak najlepiej podawać morfinę: doustnie, podskórnie, domięśniowo czy dożylnie?” lekarze odpowiedzieli następująco: doustnie — 70%, doustnie i podskórnie — 7%, podskórnie — 5%, doustnie, podskórnie i dożylnie — 3%. Wszystkie wymienione odpowiedzi jako prawidłowe zaznaczyło 2% badanych lekarzy. Wśród studentów 23% wskazało na doustny sposób podawania morfiny jako najbardziej preferowany, drogę dożylną — 33%, podskórną — 12%; podobnie 12% uważało domięśniowe podawanie morfiny za najwłaściwsze.

Na pytanie „Czy nie należy nigdy przekraczać pewnych, określonych dawek morfiny?” twierdząco odpowiedziało 12% lekarzy i 51% studentów. Do poglądu, którego treścią jest stwierdzenie, że nie ma maksymalnej dawki morfiny, której nie można przekroczyć, przychyliło się 74% lekarzy i 43% studentów.

W ankiecie postawiono również pytanie dotyczące niepożądanych działań wywołanych przez morfinę: „Które z wymienionych skutków wywołuje z reguły morfina: oszołomienie, depresję oddechową, zaparcie stolca czy uzależnienie psychiczne?”. Większość lekarzy (64%) i niewielu studentów (6%) wskazało właściwą odpowiedź, tj. zaparcie stolca. Zdaniem 5% lekarzy i 25% studentów morfina wywołuje z reguły wszystkie wymienione rodzaje skutków ubocznych. Pozostały odsetek odpowiedzi na to pytanie stanowiły kombinacje kilku wskazanych w ankiecie skutków działania morfiny; odpowiedzi nie udzieliło 17% lekarzy i 12% studentów.

Ostatnie pytanie zadane w ankiecie brzmiało: „Czy morfinę należy przepisywać tylko tym chorym, którzy niedługo umrą?”. Negatywnej odpowiedzi udzieliło 82% lekarzy i 85% studentów. Konieczność podawania morfiny wyłącznie chorym nieuleczalnie deklarowało 3% lekarzy i 8% studentów.

Dyskusja

Problematyka przekazywania chorym niepomysłnych informacji o stanie zdrowia stanowi istotne zagadnienie w opiece paliatywnej. Rozwój tej dziedziny medycyny spowodował, iż coraz częściej problem przekazywania informacji o rozpoznaniu i rokowaniu znajduje odzwierciedlenie w prowadzonych badaniach — zarówno wśród ogółu społeczeństwa, jak i lekarzy czy studentów [1]. Przeprowadzone badania wskazują na coraz częstsze pozytywne opinie społeczeństwa, dotyczące potrzeby informowania pacjentów o chorobie nowotworowej, zarówno przy korzystnym, jak i niekorzystnym rokowaniu, choć w tym drugim przypadku są one rzadsze [2]. Odsetek lekarzy, którzy w niniejszej ankiecie zawsze informowaliby chorych o niekorzystnym rokowaniu, wyniósł 24%, przy czym 40% przekazywałoby niekorzystne informacje w pełnym zakresie, 38% — w częściowym, a 19% — zależnie od okoliczności, głównie stanu psychicznego chorego. W badaniu [3] 3% lekarzy przy niekorzystnym rokowaniu przekazałoby całą prawdę choremu, a 76% w takim stopniu, aby pozostawić pacjentowi nadzieję. Bardzo wielu (84%) badanych lekarzy w innym doniesieniu [4] uznało, że należy informować chorego o złym rokowaniu, 4% było przeciwnego zdania, a 11% nie wyraziło swojej opinii.

W naszej ankiecie odsetek studentów medycyny, którzy zawsze informowaliby chorych o niekorzystnym rokowaniu, wyniósł 28%, przy czym 59% studentów uznało, że informacje te należy przekazywać w pełnym zakresie, 29%, że w zakresie ograniczonym, a 11% uzależniło ilość przekazanych informacji od okoliczności. W doniesieniu Matejuk i wsp. [4] około 80% studentów medycyny (V i VI roku) przekazałoby informację pacjentowi o złym rokowaniu, a po 10% nie poinformowałoby chorych i nie miało zdania na ten temat. W innym badaniu [5] przy niekorzystnym rokowaniu całą prawdę przekazałoby choremu 7% polskich studentów, 42% niemieckich i 4% białoruskich; prawdę w stopniu pozwalającym na zachowanie nadziei — odpowiednio: 53%, 33% i 78%, tylko gdy chory tego chce — 31%, 23% i 13%, a 9%, 2% i 7% studentów nie ujawniałoby niekorzystnego rokowania.

W badaniu [4] 73% chorych, 85% lekarzy, 81% studentów i 68% mieszkańców stwierdziło, iż lekarz niezależnie od pomyślności rokowania powinien udzielać rzetelnej informacji o stanie zdrowia chorego. Prawdę o niepomysłnym rokowaniu chciałyby znać 73% chorych, 82% lekarzy, 80% studentów i 78% mieszkańców, przy czym 90% studentów i 76% mieszkańców uznało, że należy informować zarówno chorego, jak i wskazaną przez niego osobę. W an-

kiecie przeprowadzonej przez autorów niniejszego opracowania 80% lekarzy i 84% studentów chciało by znać pełen zakres niekorzystnego rokowania. O ile w cytowanym badaniu [4] lekarze i studenci są skłonni zarówno informować chorych, jak i samemu oczekiwać informacji o niekorzystnym rokowaniu, o tyle w wynikach naszej ankiety istnieje rozbieżność między odsetkiem lekarzy i studentów skłonnych do informowania chorych (odpowiednio: 61% i 67%) a chęcią bycia poinformowanym w szerszym zakresie o niekorzystnym rokowaniu (odpowiednio: 80% i 84%).

Kolejnym zagadnieniem była problematyka eutanazji. Choć większość ankietowanych, zarówno studentów, jak i lekarzy, podawała określenia eutanazji spójne z definicją, to jednak sens niewielu wypowiedzi był zgodny z treścią art. 150 § 1 kodeksu karnego, tj. zabójstwo człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego. Postawione w ankiecie pytanie: „Czy podjąłbyś decyzję o dokonaniu eutanazji lub wspomaganego samobójstwa?” wymuszało zajęcie osobistego stanowiska w tej sprawie. Wiąże się to z oceną moralną czynu, który w Polsce jest prawnie zakazany. Na pytanie o możliwość dokonania eutanazji lub wspomaganego samobójstwa zdecydowana większość lekarzy (90%) i studentów (82%) odpowiedziała negatywnie. Możliwość dokonania eutanazji lub wzięcia udziału we wspomaganym samobójstwie chorego zadeklarowało 5% lekarzy i 12% studentów, a 5% lekarzy i 6% studentów nie udzieliło odpowiedzi. Na pytanie „Czy jesteś za przyzwoleniem i niekaralnością eutanazji lub wspomaganego samobójstwa?” negatywnie wypowiedziało się 75% lekarzy i 67% studentów. Za legalizacją obu form eutanazji opowiedziało się 17% lekarzy i 26% studentów.

W Polsce istnieje niewiele danych dotyczących problematyki stosunku do eutanazji studentów kierunków medycznych i lekarzy. We wspomnianym wcześniej badaniu ankietowym [4], w którym podjęto problematykę opieki paliatywnej i eutanazji oraz zasad informowania o chorobie nowotworowej, przeprowadzonym wśród 30 pacjentów Hospicjum Domowego w Białymstoku, 70 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i pracowników Szpitala Klinicznego w Białymstoku, 60 studentów V roku i 60 studentów VI roku Wydziału Lekarskiego wspomnianej uczelni oraz 50 mieszkańców województwa podlaskiego, na pytanie o prawną legalizację eutanazji w Polsce ogółem 53% badanych było przeciw, 31% za, 16% nie miało zdania, za legalizacją eutanazji opowiadały się najczęściej osoby młode — poniżej 35 rż. Najczęściej przeciw eutanazji wypowiedzieli się sami chorzy (73%) i lekarze (55%), a rzadziej studenci (45%) i mieszkańcy (48%). Możliwość dokonania eutanazji na własnej

osobie w przypadku nieuleczalnej choroby brało pod uwagę 9% lekarzy, blisko 20% studentów i 42% mieszkańców; większość badanych odrzuciła taką możliwość lub nie miała zdania na ten temat. W badaniu ankietowym przeprowadzonym wśród 100 studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Poznaniu (wszyscy wyznania rzymskokatolickiego) [6] eutanazji było przeciwnych 100% badanych, 5% ankietowanych wskazało na wiek, koszty leczenia i potrzeby innych jako na możliwe bariery dla zaprzestania leczenia nieuleczalnie chorych do końca życia.

Ciekawe obserwacje poczyniono w badaniu studentów medycyny Śląskiej Akademii Medycznej, których pytano „Czy jesteś za eutanazją?” [7]. Badanie przeprowadzono wśród studentów II i IV roku medycyny przed wykładem dotyczącym problematyki opieki i medycyny paliatywnej, w którym m.in. przedstawiono argumenty przeciwko eutanazji, oraz po nim. Okazało się, że liczba zwolenników i przeciwników eutanazji oraz wahających się uległa po zajęciach znaczącej zmianie na korzyść przeciwników eutanazji. Ogółem spośród 431 badanych przed wykładem zwolennicy eutanazji stanowili 39%, wahający się — 11%, przeciwnicy — 50%, a po wykładzie odpowiednio: 29%, 8% i 63%.

Problematykę eutanazji ciągle porusza się na forum publicznym. Można zaobserwować tendencję do legalizacji eutanazji i samobójstwa wspomaganego przez lekarzy, co wprowadzono w Holandii i w Belgii (eutanazja) oraz w stanie Oregon w Stanach Zjednoczonych (samobójstwo wspomagane przez lekarza). Zdecydowanym przeciwieństwem tego postępowania są opieka paliatywna i hospicyjna, dla których inspirację w Polsce stanowią w znacznym stopniu wartości chrześcijańskie [8]. Rozwój opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce i innych krajach może stać się barierą dla rozszerzania prawnej legalizacji eutanazji [9–11]. Temu celowi służą liczne działania podejmowane w naszym kraju, o czym świadczy m.in. Deklaracja Toruńska (grudzień 2003 r.), w której środowisko związane z opieką paliatywną i hospicyjną w Polsce zdecydowanie sprzeciwia się legalizacji eutanazji. Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej powołało specjalną grupę badawczą, zajmującą się problemami etycznymi w opiece paliatywnej, w szczególności zagadnieniem eutanazji [12]. Należy podkreślić, że kodeks etyki lekarskiej wyraźnie sprzeciwia się eutanazji (art. 31: „Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji”) [13]. Przeciw eutanazji wypowiada się Kościół Katolicki [14, 15] oraz Rada Europy i Europejski Trybunał Praw Człowieka [16]. Zgodnie z artykułem 150 § 1 kodeksu karnego eutanazja w Polsce jest karana („Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem

współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”).

Z punktu widzenia etyki lekarskiej oraz odpowiedzialności karnej istotną rolę odgrywa znajomość przez lekarzy zasady podwójnego skutku. Wiąże się ona m.in. ze stosowaniem leków uśmierających ból i podawanych w celu wywołania sedacji. Celem takiego postępowania jest uśmierzenie trudnego do opanowania bólu, łagodzenie nasilonej duszności, lęku i innych trudnych do kontroli objawów występujących w zaawansowanym okresie nieuleczalnej choroby [17]. Lekarz może stosować silne analgetyki opioidowe w celu uśmierzenia bólu oraz inne leki, by łagodzić duszność lub pozostałe dokuczliwe objawy ze świadomością, iż działania niepożądane podawanych środków mogą przyspieszyć śmierć chorego. Jeżeli lekarz podaje te leki zgodnie z przyjętymi zasadami dotyczącymi ich stosowania — w intencji niesienia ulgi w cierpieniu, a nie skrócenia życia — a objawy niepożądane leków mogą przyczynić się do skrócenia życia pacjenta, to zasada ta wyklucza bezprawność czynu, który nie stanowi eutanazji. Stosowanie analgetyków opioidowych uśmierających ból i silnie działających leków w celu wywołania sedacji jest często konieczne dla zmniejszenia cierpienia chorego [18]. W niniejszej ankiecie 19% lekarzy prawidłowo opisało zasadę podwójnego efektu — „spowodowanie śmierci jako skutku ubocznego wywołanego przez lek podany w dobrej intencji”; od odpowiedzi uchyliło się 47% lekarzy i 88% studentów, co wskazuje na słabą znajomość pojęcia, zwłaszcza wśród drugiej grupy ankietowanych.

Kolejnym zagadnieniem była znajomość pojęcia opieki paliatywnej. Dla 49% lekarzy i 51% studentów pojęcie to oznaczało „opiekę nad nieuleczalnie chorymi ludźmi poprawiającą komfort ich życia”. Pozostały odsetek lekarzy i studentów podawał inne definicje opieki paliatywnej. Warto przytoczyć aktualną definicję opieki paliatywnej według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*): „Opieka paliatywna to zespół działań mających na celu poprawę jakości życia chorych i rodzin, zmagających się z problemami związanymi z chorobą zagrażającą życiu, poprzez zapobieganie i łagodzenie cierpienia, dzięki wczesnemu wykryciu, dokładnej ocenie i leczeniu bólu oraz innych objawów fizycznych, problemów psychosocjalnych i duchowych” [19, 20]. W cytowanym wcześniej badaniu [4] pojęcie opieki paliatywnej znało 100% badanych lekarzy i studentów medycyny oraz 25% mieszkańców województwa podlaskiego. Podawane przez badanych definicje bólu znacząco różniły się od definicji Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (IASP, *International Association for the Study of Pain*) [21].

Ostatnia część ankiety dotyczyła znajomości podstawowych zasad podawania i objawów ubocznych morfiny. Na pytanie „Jak najlepiej podawać morfinę: doustnie, podskórnie, domięśniowo czy dożylnie?” lekarze odpowiadali: doustnie — 70%, doustnie i podskórnie — 7%, podskórnie — 5%, doustnie, podskórnie i dożylnie — 3%, a wszystkie odpowiedzi zaznaczyło 2% badanych lekarzy. Wśród studentów 23% wskazało na drogę doustną (droga najczęściej preferowana), 33% na dożylną, 12% na podskórną i również 12% na domięśniową, która nie jest zalecana [22]. W badaniu przeprowadzonym wśród studentów VI Roku Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu przed rozpoczęciem zajęć z zakresu opieki paliatywnej 29% badanych stwierdziło, iż morfina najczęściej podawana jest drogą doustną [23].

Na pytanie „Czy nie należy nigdy przekraczać pewnych, określonych dawek morfiny?” twierdząco odpowiedziało 12% lekarzy i 51% studentów. Do właściwego poglądu, że nie ma maksymalnej dawki morfiny, przychyliło się 74% lekarzy i 43% studentów. W pytaniu o objawy uboczne morfiny („Które z wymienionych skutków morfiny z reguły wywołuje: oszołomienie, depresję oddechową, zaparcie stolca czy uzależnienie psychiczne?”) 64% lekarzy i 6% studentów wskazało właściwą odpowiedź — zaparcie stolca. Według 5% lekarzy i 25% studentów morfina wywołuje z reguły wszystkie wymienione objawy uboczne; pozostały odsetek odpowiedzi stanowiły kombinacje kilku podanych działań niepożądanych, a odpowiedzi nie udzieliło 17% lekarzy i 12% studentów. W cytowanym wcześniej badaniu przeprowadzonym wśród studentów VI roku medycyny [23] 71% osób wskazało na zaparcie stolca jako główny objaw uboczny morfiny, a 21% obawiało się depresji oddechowej. W badaniu ankietowym dotyczącym znajomości stosowania opioidów u chorych z bólem nowotworowym, przeprowadzonym wśród wszystkich lekarzy rodzinnych w dwóch województwach, uzyskano 51% odpowiedzi (195 ankiet) [24]. Na 5 pytań (1 prawidłowa odpowiedź spośród 4 dla każdego pytania) uzyskano średnio $2,2 \pm 1,4$ właściwych odpowiedzi, przy czym więcej trafnych odpowiedzi udzielali młodszy lekarze z krótszym stażem od chwili uzyskania specjalizacji, lepszym dostępem do ośrodka opieki paliatywnej i umiejętnością leczenia bólu przebijającego.

Na ostatnie pytanie („Czy morfinę należy przepisywać tylko tym chorym, którzy niedługo umrą?”) negatywnej odpowiedzi udzieliło 82% lekarzy i 85% studentów, a konieczność podawania morfiny wyłącznie chorym nieuleczalnie deklarowało 3% lekarzy i 8% studentów. Uzyskane odpowiedzi wyraźnie różnicują lekarzy i studentów — znajomość zasad podawania morfiny i objawów ubocznych jest zna-

cząco lepsza wśród lekarzy, co może się wiązać zarówno z odbytymi szkoleniami przed- i podyplomowymi, jak również z nabytym doświadczeniem w pracy z chorymi z bólem nowotworowym, wymagającymi podawania morfiny, która jest nadal najczęściej stosowanym silnym analgetykiem opioidowym w leczeniu bólu nowotworowego, zalecanym przez Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej [25].

Wnioski

1. Odpowiedzi ankietowanych studentów i lekarzy wskazują na istotną trudność, jaką jest przekazywanie niełatwych do zaakceptowania przez chorych informacji dotyczących rozpoznania choroby nowotworowej, a w szczególności niepomyślnego rokowania.
2. Wyniki ankiety wskazują na ograniczoną znajomość kluczowych problemów opieki paliatywnej oraz terminologii związanej z etyką lekarską u lekarzy specjalizujących się w chorobach wewnętrznych, a zwłaszcza u studentów III roku medycyny i stomatologii, co może ulec zmianie po odbyciu obowiązkowych zajęć z zakresu medycyny paliatywnej na V i VI roku.
3. Za przyzwoleniem i niekaralnością eutanazji lub wspomaganego samobójstwa opowiedziało się 17% lekarzy i 26% studentów, natomiast dokończyli ich 5% lekarzy i 12% studentów.
4. Konieczna jest ciągła edukacja w zakresie opieki paliatywnej — zarówno lekarzy, jak i społeczeństwa — w celu zapewnienia właściwego rozwoju tej ważnej dziedziny medycyny, zwłaszcza wobec prób legalizacji eutanazji.
5. Wskazane jest dokonanie oceny dotychczasowej różnorodnej zawartości programowej szkolenia w zakresie medycyny paliatywnej i bioetyki, w odniesieniu do edukacji przed- i podyplomowej, prowadzonej w różnych uczelniach medycznych oraz dążenie do opracowania i wdrożenia jednolitego programu kształcenia studentów i lekarzy w tym zakresie.

Piśmiennictwo

1. Sępióło A. Problemy przekazywania niepomyślnych informacji pacjentom z chorobą nowotworową w Polsce i na świecie. *Psychoonkologia* 1998; 2: 69–73.
2. Jokiel M. Zmiany w opinii publicznej o informowaniu pacjentów o rozpoznaniu choroby nowotworowej w latach 1976, 1986 i 1990. *Nowotwory* 1996; 46: 235–240.
3. Juczyński Z., Szamburska J., Czechowicz E. Informowanie o chorobie nowotworowej w opinii i praktyce lekarskiej. *Nowotwory* 1997; 47: 43–57.
4. Matejuk A., Mikołajczyk E., Lewko A. i wsp. Opieka paliatywna czy eutanazja — postrzeganie problemu przez pacjentów, lekarzy, studentów medycyny i mieszkańców województwa podlaskiego. *Onkol. Pol.* 2003; 6 (1): 29–33.
5. Juczyński Z., Schwarz R., Nojek T. Informowanie o chorobie nowotworowej w opinii polskich, niemieckich i białoruskich studentów medycyny. *Psychoonkologia* 2002; 6 (3): 47–52.
6. Kwapiszewski J., Maćkowiak Z., Popow T. Wartości komunitarystyczne w świadomości studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu. W: *Kształcenie i doskonalenie zawodowe pielęgniarzek i położnych: standardy opieki w pielęgniarstwie: wdrażanie projektów promocji zdrowia. Materiały konferencyjne. Konferencja nt. kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarzek i położnych, standardów opieki pielęgniarstwiej i wdrażania programów promocji zdrowia*, Poznań 7–8.05.1999: 69–73.
7. Reczek L. Student medycyny Śląskiej Akademii Medycznej wobec problemu eutanazji. *Psychoonkologia* 1998; 2: 37–50.
8. Patyjewicz L. Ideał dobrego lekarza jako obrońcy życia. W: *Eutanazja a opieka paliatywna: aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne. Sympozjum: Eutanazja: perspektywa religijno-medyczno-prawna, etyka u kresu życia*. Lublin 22–23.03.1996: 98–106.
9. Łuczak J. Opieka paliatywna u chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową. *Nowiny Lekarskie* 1990; 2: 37–48.
10. Kujawska-Tenner J. Eutanazja i opieka paliatywna i hospicyjna. *Nowotwory* 1996; 46: 764–771.
11. Łuczak J. Etyka w opiece paliatywnej. W: *Eutanazja a opieka paliatywna: aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne. Sympozjum: Eutanazja: perspektywa religijno-medyczno-prawna, etyka u kresu życia*. Lublin 22–23.03.1996: 29–60.
12. Materstvedt, L.J., Clark D., Ellershaw J. i wsp. Euthanasia and physician — assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Eur. J. Palliat. Care* 2003; 10 (2): 63–66.
13. Kodeks Etyki Lekarskiej, tekst jednolity ze zmianami uchwalonymi przez III Krajowy Zjazd Lekarzy, Warszawa 12–14 grudnia 1993. Oficyna wydawnicza Naczelnej Izby lekarskiej, Warszawa 1994.
14. Jan Paweł II. *Evangelium vitae*. Rzym 1995.
15. Biesaga T. Eutanazja — śmierć godna czy niegodna? *Medycyna Praktyczna* 2005; 4 (170): 22–25.
16. Coblenz C., Ellenberg E., Guerrier M., Hirsch E. Legal matters concerning euthanasia at European level. *Eur. J. Palliat. Care* 2005; 12 (2): 69–73.
17. Radbruch L. Reflections on the use of sedation in terminal care. *Eur. J. Palliat. Care* 2002; 9 (6): 237–239.
18. Thorns A. A review of the doctrine of double effect. *Eur. J. Palliat. Care* 1998; 5 (4): 117–120.
19. National cancer control programs: policies and managerial guidelines. Wyd. 2. World Health Organization, Geneva 2002. (www.who.int/cancer)
20. Sepúlveda C., Marlin A., Yoshida T., Ullrich A. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *J. Pain Symptom. Manage.* 2002; 24 (2): 91–96.
21. IASP Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes of usage. *Pain* 1980; 8: 249–252.
22. Kujawska-Tenner J., Łuczak J., Okupny M., Kotlińska A., Dangel T. *Zwalczanie bólów nowotworowych*. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1994.
23. Orońska A., Woźniak S.P. What 6th year medical students know about cancer pain treatment. Abstracts of the 9th Congress of the European Association for Palliative Care, Aachen, Germany, 8–10 April 2005. *Eur. J. Palliat. Care, Hayward Medical Communications* 2005: 41–42.
24. Buczkowski K., Krajnik M., Budzyński J., Chlabicz S. Znajomość zasad leczenia opioidami bólu nowotworowego wśród lekarzy rodzinnych województwa kujawsko-pomorskiego i podlaskiego. *Polska Medycyna Paliatywna* 2004; 3 (4): 335–342.
25. Zalecenia European Association for Palliative Care: Zastosowanie morfiny i alternatywnych opioidów w leczeniu bólu nowotworowego. Tłumaczenie: Leppert W. *Medycyna Praktyczna* 2001; 12 (130): 165–179.

Załącznik — ankieta

1. Czy zawsze należy przekazywać choremu niepomyślne informacje dotyczące nieuleczalnej choroby i niekorzystnego rokowania?
2. Komu należy przekazywać niepomyślne informacje w pierwszej kolejności:
 - a) rodzinie,
 - b) choremui kto ma o tym decydować?
3. Jak należy przekazywać te niepomyślne informacje:
 - a) w ograniczonym zakresie,
 - b) w pełnym zakresie.
4. Czy gdybyś był chory na nieuleczalną chorobę, chciałbyś znać rozpoznanie i rokowanie:
 - a) w ograniczonym zakresie,
 - b) w pełnym zakresie.
5. Co oznacza słowo eutanazja?
6. Czy podjąłbyś decyzję o dokonaniu eutanazji lub wspomaganego samobójstwa:
 - a) tak,
 - b) nie.
7. Czy gdyby Ciebie lub bliską Tobie osobę dotknęła nieuleczalna, postępująca, zagrażająca życiu choroba, chciałbyś mieć prawo wyboru:
 - a) śmierci naturalnej,
 - b) eutanazji,
 - c) wspomaganego samobójstwa.
8. Czy jesteś za przyzwoleniem i niekaralnością eutanazji lub wspomaganego samobójstwa? Jeśli tak, określ ich warunki.
9. Opisz, na czym polega zasada podwójnego efektu.
10. Podaj własną definicję cierpienia i bólu.
11. Podaj definicję opieki paliatywnej.
12. Z czym Ci się kojarzy słowo hospicjum?
13. W odniesieniu do stosowanej długotrwanie morfiny w celu leczenia bólu i/lub duszności zaznacz kółkiem odpowiedzi prawidłowe:
 - a) morfinę najlepiej podawać:
 - doustnie,
 - podskórną,
 - domięśniowo,
 - dożylnie,
 - b) nie należy nigdy przekraczać pewnych, określonych dawek morfiny,
 - c) morfina z reguły wywołuje:
 - oszołomienie,
 - depresję oddechową,
 - zaparcie stolca,
 - uzależnienie psychiczne,
 - d) morfinę należy przepisywać tylko tym chorym, którzy niedługo umrą.