

MAŁGORZATA OLSZEWSKA

Hospicjum jako miejsce holistycznej opieki

Hospice as a Place of the Holistic Care

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Toruniu, Zespół Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II, Hospicjum „Światło”, Toruń

Streszczenie

Rozwój opieki paliatywno-hospicyjnej jest dla polskiego systemu opieki zdrowotnej szansą na uzdrowienie zdehumanizowanego systemu, w którym na pierwszy plan wysuwa się nie człowiek, ale jego choroba i różnorakie dysfunkcje. Holistyczny model postrzegania człowieka, opieka sprawowana przez interdyscyplinarny zespół, tj. pracowników medycznych skoncentrowanych na potrzebach zdrowotnych pacjenta oraz pracowników niemedycznych, zaspokajających różnego rodzaju potrzeby pacjenta i jego bliskich, które nie są bezpośrednio związane z procesem leczenia, mają niezwykle znaczenie dla podnoszenia jakości opieki i komfortu chorych. Integracja doświadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej, jej swoistej filozofii postrzegania chorego i jego rodziny oraz doświadczeń na polu wolontariatu z całościowym systemem opieki nad osobami starszymi, przewlekle chorymi i niesamodzielnymi jest dziś niezwykle ważnym zadaniem. Dzieląc się swoją wiedzą medyczno-pielęgniarską oraz doświadczeniami zespołowej opieki i jej koordynacji przedstawiciele opieki paliatywno-hospicyjnej mogą w znaczący sposób przyczynić się do podniesienia jakości opieki w instytucjach ochrony zdrowia (szpitalach, domach opieki, oddziałach geriatrycznych) oraz pomocy społecznej (domowej opiece nad przewlekle chorym, domach pomocy społecznej) (Piel. Zdr. Publ. 2014, 4, 2, 177–182).

Słowa kluczowe: opieka paliatywno-hospicyjna, opieka holistyczna, zespół interdyscyplinarny.

Abstract

A rapid development of hospice-palliative care is a great chance for the Polish healthcare to purge dehumanized system, where an illness and its various dysfunctions, not a patient, play the main role. An extraordinary meaning to increase the quality of hospice-palliative care and patient's comfort includes not only the holistic way of patients' apprehension, but also the care which is given by an interdisciplinary team of medical and non-medical workers. They not only concentrate on a patient's curative needs, but also satisfy all requirements both of the patient and their family. Nowadays an extremely important mission is to associate the experiences of hospice-palliative care, with its specific philosophy of perceiving patients and their family, with the voluntary experience in the comprehensive care system rendered to elder, chronically ill and challenged people. The hospice-palliative care workers can remarkably contribute to the increase of the quality of care in healthcare institutions (e.g. hospitals, nursing homes, geriatric wards) by sharing their medical knowledge and their experience in working and coordinating as a team (Piel. Zdr. Publ. 2014, 4, 2, 177–182).

Key words: hospice-palliative care, holistic care, interdisciplinary team.

Dynamiczny rozwój medycyny i opieki paliatywno-hospicyjnej rozpoczął się w latach 60. XX w., ale jego korzenie sięgają jednak znacznie dalej. Pierwsze formy opieki nad ludźmi u kresu życia tworzone już w starożytności, dopiero jednak chrześcijaństwo, podkreślając idee miłości bliźniego, nadało tej myśli charakter instytucjonalny [1]. W Polsce rozwój medycyny i opieki paliatywno-hospicyjnej trwa od ok. 30 lat. Swoje źródło opieka paliatywna upatruje w ruchu hospicyjnym.

Niniejszy artykuł ma na celu przedstawienie osoby Cicely Saunders – twórcy idei opieki paliatywno-hospicyjnej, jej autorską analizę systemu opieki oraz wagę zagadnienia opieki nad osobami u kresu życia. Rozważania te stały się punktem wyjścia analizy dzisiejszego rozumienia definicji opieki paliatywno-hospicyjnej, jej wymiarów, holistycznego charakteru i ogólnych zasad postępowania.

Cicely Saunders (1918–2005) – twórca idei opieki paliatywno-hospicyjnej

Twórcą i propagatorem nowoczesnej koncepcji opieki paliatywno-hospicyjnej wg badaczy zagadnienia jest jednogłośnie Cicely Saunders – angielska pielęgniarka. W 1967 r. Saunders założyła w Londynie Hospicjum im. Św. Krzysztofa, które z czasem stało się placówką wzorcową dla wielu podobnych sobie instytucji.

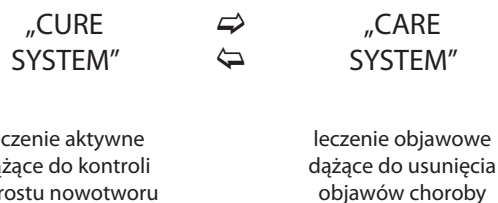
O potrzebie powstania takiej placówki przekonała się w czasie swojej wieloletniej pracy pielęgniarskiej, a następnie lekarskiej. Inspiracją do podjęcia decyzji o jej zbudowaniu było dla Saunders zetknięcie się z doświadczeniem osamotnienia i lęku przed śmiercią jednego z jej podopiecznych, nieuleczalnie chorego na raka Polaka – Dawida Taśmy [2]. Na skutek podejmowanych z nim rozmów pojawiła się myśl, że jest konieczne stworzenie miejsca, w którym umierający – wolni od bólu i innych uciążliwych dolegliwości – będą mogli spędzić swoje ostatnie chwile. Taśma, który ofiarował na ten cel wszystkie swoje oszczędności stał się pierwszym darczyńcą i fundatorem powstałego w zamysłach Cicely Saunders hospicjum. „Kiedy mówiąc o zapisaniu niewielkiej sumy pieniędzy – wspomina Saunders – stwierdził: będą oknem w Twoim domu – miał na myśli otwartość, początkowo rozumianą jako otwartość wobec świata, która z czasem zaczęła obowiązywać nie tylko wobec pacjentów i ich rodzin, ale również pomiędzy nami” [3].

Centrum opieki nad umierającymi w Londynie stało się ośrodkiem dydaktycznym i naukowym. Obecnie instytucja ta jest uważana za wzorcową i pełni rolę światowego centrum szkoleniowego. Zasady wprowadzone przez Cicely Saunders stały się z czasem podstawą do rozwoju tego typu opieki na całym świecie.

„Cure system” vs. „care system”

Saunders, oceniając ówczesny system leczenia, wyróżniła dwa działy organizujące jego pracę – „cure system” oraz „care system”. Pierwszy zmierza do eliminacji choroby i przywrócenia zdrowia, drugi natomiast ma na celu podjęcie działań terapeutycznych usuwających uciążliwe objawy choroby. W normalnej praktyce, praca w ramach przedstawionych działów powinna się uzupełniać i przenikać (ryc. 1) [4].

Zgodnie z jej diagnozą zarówno w wielkości społecznych nakładów, jak i postawach personelu



Ryc. 1. Model systemu opieki zdrowotnej

Fig. 1. Health care system model

medycznego wobec pacjentów, których wyleczenie nie jest możliwe istnieje jednak wyraźna przewaga „cure” [4]. Praca hospicjum (w ramach owego dychotomicznego podziału) należy według Saunders do „care system”. Jej rewolucyjny charakter polega na ustawieniu priorytetu opieki w stosunku do pacjentów, którym nie można przywrócić zdrowia. Postulowana przez Saunders opieka powinna zapewnić choremu możliwie najlepszą jakość życia, rozumianą jako maksymalny komfort fizyczny i psychiczny. Systematyczne, oparte na poważnej pracy klinicznej leczenie objawowe jest warunkiem niezbędnym dla takiego stanu rzeczy. Podstawowym celem tak rozumianej opieki jest przeprowadzenie chorego przez terminalny okres choroby z minimalną liczbą dolegliwości, w sposób pozwalający zachować mu godność [5].

Saunders podkreślała, że „(...) postawa wobec umierającego chorego w znacznym stopniu odzwierciedla własną postawę w ogóle wobec ludzi, a także (...) własny pogląd na znaczenie życia” [6]. Podkreślała jak istotne znaczenie w tego typu placówkach ma atmosfera troskliwości, bezpieczeństwa, gościnności i życzliwej obecności – jak wielką ulgę przynosi ona umierającym ludziom. Jako pionierka wskazała na bezcelowość uporczywie stosowanego, energicznego i aktywnego leczenia w chwili, gdy pacjent bardzo się już oddalił. Z niesłyszana determinacją, przez świadectwo swojego życia, wskazywała na skutki wynikające z przedłużania życia i przedłużania umierania.

Opieka w pedagogicznym ujęciu ma charakter ciągły i bezinteresowny. Obejmuje jednostki niezdolne do samodzielnego życia, urzeczywistnia się we względnie stałym układzie – stosunku opiekuńczym, jest oparta na odpowiedzialności opiekuna za podopiecznego. Zdzisław Dąbrowski wskazuje, że opieka w szerokim znaczeniu to: „konieczna aktywność jej podmiotu wobec zależnego asymetrycznie przedmiotu, polegająca na ciągłym i bezinteresownym zaspokajaniu jego potrzeb i kompensowaniu niezdolności do samodzielnego sterowania lub samozachowania” [7].

Analizując zagadnienie działań opiekuńczych pod względem stopnia zaspokojenia potrzeb opiekuńczych Dąbrowski wyróżnia kilka podzakresów

opieki międzyludzkiej, tj. działalności opiekuna (jednostki lub grupy opiekunów) ukierunkowanej na zaspokajanie ponadpodmiotowych potrzeb podopiecznego. Opieka paliatywno-hospicyjna, zgodnie z przyjętą przez Dąbrowskiego typologią, wpisuje się w obszar opieki leczniczej, a więc aktywności mającej na celu zaspokajanie ponadpodmiotowych potrzeb chorobowych lub traumatycznych podopiecznych – chorych.

Opieka paliatywna a opieka hospicyjna

Jadwiga Pyszkowska powołując się na definicję Światowej Organizacji Zdrowia z 2002 roku, określa opiekę paliatywną jako postępowanie mające na celu poprawę jakości życia chorych i ich rodzin w obliczu problemów związanych z nieuleczalną chorobą. Szczególnie istotne jest tu zapobieganie i leczenie bólu oraz innych objawów fizycznych, a także rozwiązywanie problemów psychosocjalnych i duchowych chorego. Definicja ta podkreśla wielowymiarowość ludzkiej kondycji. Wskazuje, że masksymalizacja jakości życia – zarówno pacjenta, jak i jego rodziny – jest ostatecznym celem działań terapeutycznych [8].

W Rekomendacji Rec (2003) 24. Komitetu Ministrów dla państw członkowskich Rady Europy dotyczącej organizacji opieki paliatywnej jest napisane, że opieka paliatywna (*pallium* – maska, płaszcz) oznacza opiekę „maskującą” skutki nieuleczalnej choroby, rozumianą jako swoiste otulenie płaszczem osamotnionych chorych, którym nie może już pomóc medycyna ukierunkowana na wyleczenie [9].

Opieka hospicyjna jest pierwszą, najbardziej rozpowszechnioną formą opieki nad umierającymi. „Hospicjum zajmuje się specjalistyczną pomocą ciężko chorym i cierpiącym głównie z powodu zaawansowanej choroby nowotworowej, ale nie tylko. W sytuacji, w której jest niemożliwe wyleczenie, a przedłużanie życia staje się bezsensowne i kiedy śmierć i umieranie są nieuniknione, hospicjum ma na celu zapewnienie jak najlepszej opieki medycznej, pielęgniarstwa, psychologicznej i pastoralnej. Ich celem jest wsparcie chorego, a także rodziny chorego w okresie choroby, umierania i żałoby” [10].

Zarówno zespoły opieki paliatywnej, jak i zespoły opieki hospicyjnej realizują ten sam typ opieki. Do ich zadań należy: leczenie bólu, duszności, nudności, wymiotów i innych dokuczliwych objawów, łagodzenie lęku i depresji, przeciwdziałanie izolacji i osamotnieniu, a także ofiarowywanie duchowego wsparcia [11]. Z tego też właśnie powodu w literaturze tematu występuje pisownia: opieka paliatywna (hospicyjna), opieka paliatywna/hospicyjna, opie-

ka paliatywno-hospicyjna. Podobne ujęcie tematu obserwuje się w polskim systemie legislacyjnym, w którym dokumenty prawne dotyczące świadczeń gwarantowanych udzielanych pacjentom chorującym na nieuleczalną, postępującą, niepoddającą się leczeniu przyczynowemu i ograniczającą życie chorobę integrują działania opieki paliatywnej i opieki hospicyjnej (np. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, Dz. U. 2013 poz. 1347).

Różnice w nazewnictwie wynikają z odmiennego ustosunkowania się do kryterium, jakim jest podmiot prowadzący opiekę. Opieka paliatywna jest kojarzona z oficjalnymi, odpowiedzialnymi za jej realizację strukturami służby zdrowia. Z pojęciem „hospicjum” natomiast są kojarzone organizacje społeczne lub religijne [1]. W niniejszym artykule mając na uwadze obszar realizacji działań, pojęcia te są używane łącznie.

Wymiary opieki paliatywno-hospicyjnej

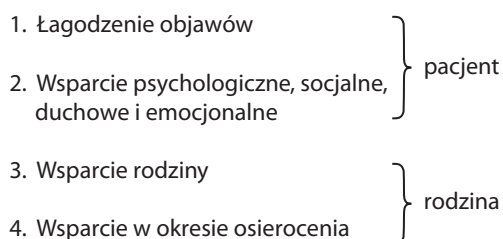
Źródłem cierpienia osoby chorej są wszystkie doświadczenia, które obniżają jakość jej życia i dezintegrują życie człowieka. Dotyczą nie tylko ciała (ból fizyczny, objawy somatyczne), ale wszystkich obszarów jego egzystencji, w tym: myśli, emocji, więzi socjalnych, sytuacji finansowej i nade wszystko zranionej duchowości (ból egzystencjalny) [12].

Świadomość wielowymiarowości kondycji człowieka implikuje w opiece paliatywno-hospicyjnej holistyczną perspektywę rozpoznania potrzeb każdego chorego. Zapewnienie całościowej opieki z uwzględnieniem komponentów fizjologicznych, psychologicznych, społecznych i egzystencjalnych jest jednym z podstawowych wyznaczników tego podejścia [13].

W najszerszym znaczeniu holizm (*hólos* – cały) oznacza postrzeganie i analizę określonego obszaru badawczego uwzględniające wszystkie możliwe jego aspekty i ich powiązania. Orientacja holistyczna czerpie swoje inspiracje z psychologii postaci, organizacji i koncepcji systemowych. W ujęciu holistycznym człowiek jest jednością psychofizyczną, doświadcza świata całym sobą, we wszystkich sferach swojego funkcjonowania [14, 15].

Wspominana wyżej Rekomendacja Rec (2003) 24. Komitetu Ministrów dla państw członkowskich Rady Europy wskazuje na 4 podstawowe wymiary opieki paliatywno-hospicyjnej. Należą do nich: łagodzenie objawów, wsparcie psychologiczne, socjalne, duchowe i emocjonalne, wsparcie rodziny, a także wsparcie w okresie osierocenia [8].

Dwa pierwsze wymiary, tj. łagodzenie objawów, a także wsparcie psychologiczne, socjalne, duchowe i emocjonalne uwzględniają potrzeby chorego. Dwa pozostałe wymiary: wsparcie rodziny oraz wsparcie w okresie osierocenia uwzględniają potrzeby rodziny pacjenta (ryc. 2). Zadaniem interdyscyplinarnego zespołu jest równoległe realizowanie wszystkich 4 wymiarów działań.



Ryc. 2. Wymiary opieki paliatywno-hospicyjnej

Fig. 2. Dimensions of palliative and hospice care

Doświadczenie kresu życia jest niezwykle stresujące zarówno dla samego chorego, jak i dla jego rodziny. Nakłada to na zespół sprawujący opiekę obowiązek ciągłej uwagi, życzliwego pochylenia się nad chorym. Bardzo duże znaczenie ma również skierowanie całej uwagi i posiadanych możliwości na zminimalizowanie przykrych doświadczeń chorego, tak by mógł skupić się wyłącznie na swoich bliskich i sprawach z nimi związanych. Niedopuszczalne jest, by pacjent odczuwał możliwe do zmniejszenia, negatywne skutki swojej choroby, zarówno w sferze somatycznej, jak i sferze psychologicznej, emocjonalnej lub społecznej.

Utrata równowagi emocjonalnej na skutek nieoczekiwanego i potencjalnie szkodliwego zdarzenia bądź trudnego okresu przejściowego w toku rozwoju jest w literaturze tematu nazywana „kryzysem” [16]. Doświadczenie choroby bliskiej osoby bezsprzecznie można zaliczyć do tej kategorii. Kryzys choroby wprowadza nową jakość we wzajemne relacje domowego życia. W związku z jego zaistnieniem zmienia się dotychczasowy rytm życia, pełnione role i zadania, zachodzi konieczność przeorganizowania wielu spraw. Pojawia się lęk, niepewność, bezsilność, a także fizyczne i emocjonalne przeciążenie, które w przyszłości może być przyczyną chorób somatycznych. Choroba jednego z członków rodziny bardzo obciąża cały system rodzinny, dlatego w literaturze tematu często nazywać go „pacjentem drugiego rzutu” [17]. Oznacza to, że wymaga on, podobnie jak sam chory, dużej uwagi i troski zespołu sprawującego opiekę.

Wsparcie osób, które znajdują się w bliskim otoczeniu chorego i na których jednocześnie spoczywa ciężar opieki ma na celu m.in. nauczanie ich praktycznej pomocy choremu oraz przekazanie kon-

kretnych informacji przydatnych w codziennej pielęgnacji. Ważne jest również udzielenie wsparcia emocjonalnego, pomoc w adaptacji do trudnego procesu umierania, a także przygotowanie do sytuacji straty i przeżywania żałoby. Efektywne poradzenie sobie z tymi doświadczeniami wymaga wiele wysiłku.

Opieka paliatywno-hospicyjna wspiera więc rodzinę w opiece nad chorym przez edukację z zakresu leczenia dolegliwości, profilaktyki przeciwodleżynowej, pojenia i karmienia chorego, regulacji wypróżnień, organizacji wsparcia psychologicznego, socjalnego, informacyjnego itp. [18].

Wsparcie w osieroceniu jest zarówno w dostępnej literaturze, jak i przytaczanej już Rekomendacji Rec (2003) 24. Komitetu Ministrów dla państw członkowskich Rady Europy traktowane jako podstawowy element programów opieki paliatywno-hospicyjnej. Zagadnienia związane ze stratą, osieroceniem i żałobą powinny być na uwadze zespołu sprawującego opiekę od chwili jej zapoczątkowania. Członek rodziny, mając poczucie, że jego najbliższy otrzymał dostateczną opiekę, miał sposobność wyrażenia swoich lęków i otrzymał wsparcie, ma nieporównywalnie większe szanse poradzenia sobie z żalem po stracie bliskiej osoby, aniżeli w sytuacji nieotrzymania takiego wsparcia [19].

Ogólne zasady postępowania w opiece paliatywno-hospicyjnej

Cechą typową dla opieki paliatywno-hospicyjnej są charakterystyczne zasady postępowania. Opierają się one na empatii, życzliwości i serdeczności zarówno dla samego chorego, jak i jego rodziny. Zmierzają do zapewnienia ulgi w cierpieniu przy poszanowaniu i zaakceptowaniu człowieka cierpiącego niezależnie od reprezentowanych przez niego poglądów, poziomu wykształcenia, trybu życia, wyznawanej religii lub jakichkolwiek innych czynników [11].

Ogromne znaczenie ma tu również wsparcie chorego w chwili, kiedy traci dotychczasowy status życiowy [20]. Poprawa jakości życia, rozumiana jako usunięcie lub zmniejszenie dolegliwości fizycznych i psychicznych oraz łagodzenie cierpień duchowych, jest warunkiem koniecznym do wdrożenia tak rozumianego wsparcia.

Niezwykle ważna dla skutecznego i niewypalającego realizowania działań terapeutycznych jest akceptacja cierpienia i nieuniknionej śmierci. Śmierć jest integralną częścią każdego życia. Zaakceptowanie tej rzeczywistości otwiera zarówno dla samego chorego, jak i dla towarzyszących mu osób, przestrzeń szczeremu i autentycznemu bycia

razem. Umożliwia również powstrzymanie się od podejmowania nadzwyczajnych działań medycznych w czasie agonii chorego. Niejednokrotnie na skutek przedłużania procesu umierania są one dla chorego źródłem dodatkowego cierpienia [21].

Z uwagi na swój wieloaspektowy charakter opieka paliatywno-hospicyjna powinna być sprawowana przez zespół złożony ze specjalistów różnych zawodów. Do grona pracowników medycznych skoncentrowanych na potrzebach zdrowotnych pacjenta można zaliczyć m.in.: lekarzy, pielęgniarki, opiekunów medycznych, rehabilitantów. Grupę pracowników niemedycznych, tj. zaspokajających różnorakie potrzeby pacjenta i jego bliskich, niezwiązane bezpośrednio z procesem leczenia, tworzą w ośrodkach paliatywno-hospicyjnych: psychologowie, pedagodzy, pracownicy socjalni, a także kierownicy duchowi właściwi dla wyznania chorego [22].

Działania interdyscyplinarnego zespołu muszą opierać się na ścisłej współpracy z rodziną chorego. Nie wyręczają rodziny w realizacji obowiązków opiekuńczych, lecz pomagają jej w ich wypełnieniu. Wyraża się to m.in. w instruktażu dotyczącym sposobu pielęgnacji, leczenia i zachowywania się wobec chorego lub w okresowym odciążeniu od obowiązków, zwłaszcza gdy rodzina jest przemęczona. Istotne jest tu również udzielanie wsparcia psychicznego i duchowego bądź pomoc w załatwieniu spraw bytowych, np. w uzyskaniu zasiłku [17].

W literaturze przedmiotu można odnaleźć wiele zasad organizujących pracę w sferze opieki paliatywno-hospicyjnej. Jako zbiór takich zasad z pewnością można uznać podane przez Jacka Łuczaka główne cechy opieki paliatywno-hospicyjnej. Autor ten stwierdza, że ta forma opieki ceni życie, uznając umieranie za proces naturalny, nie przyspiesza ani nie opóźnia zgonu i jest przeciwna eutanazji. Niezwykle istotne jest w tym wymiarze łagodzenie bólu, duszności oraz innych dokuczliwych objawów, przy jednoczesnym zaspokajaniu potrzeb psychicznych, duchowych i socjalnych zarówno chorego, jak i jego rodziny. System udzielanego wsparcia nie może chorego ograniczać, ale zapewnić aż do śmierci warunki do maksymalnie aktywnego trybu życia [23].

Podsumowanie

Dr Saunders podczas wizyty w Polsce w 1978 r. mówiła: „Myślę, że najważniejszą rzeczą, którą robimy jest próba interpretacji pewnych zjawisk dotyczących umierających ludzi (...). Dziś w wielu wspaniałych wyposażonych szpitalach zostawia się umierających chorych na łasce maszyn i aparatów do intensywnej terapii. Coraz bardziej zaciera się i sens śmierci, i szansa przeżywania procesu umie-

rania w obecności kochających najbliższych (...). Jestem zdania, że nie jesteśmy powołani do walki o życie chorego, jeśli ta walka tylko wzmacnia jego cierpienie. Mamy obowiązek walczyć o życie, nie zaś o przedłużanie umierania” [4].

Model opieki wypracowany przez ruch hospicyjny w znaczący sposób pobudził zmianę mentalności w rozwijających się społeczeństwach. Sprowokował je do zainteresowania się tematem godności człowieka w perspektywie śmierci i umierania, do podjęcia dyskusji na ten temat.

Inicjatywa Cicely Saunders okazała się niezwykle cenna i potrzebna w sytuacji, gdy rzesze ludzi umierało w trudnych warunkach, bez właściwej opieki. Umierający chory dzięki jej staraniom, znalazł się w centrum zainteresowania lekarza, pielęgniarek, całego dbającego o niego zespołu. Zaczął być postrzegany przez pryzmat jego własnej, niepowtarzalnej historii życia oraz wielkiego zadania, jakim jest człowieczeństwo, a nie tylko przez pryzmat choroby i czekającej go rychło śmierci.

Brytyjskie doświadczenia zainicjowały w latach 80. XX w. zmiany w stosunku do osób u kresu życia również w Polsce. Znaczącą rolę wolontaryjnych działań zespołów opieki domowej dostrzegł w tamtym czasie Jan Paweł II, czemu dał wyraz podczas wizyty w 1987 r., wypowiadając słowa: „Z uznaniem myślę o hospicjum, które rozpoczęło swoją służbę w Gdańsku i promieniuje na inne miasta” [24]. Promocja współpracy wolontariuszy i profesjonalistów, ludzi o motywacji religijnej i humanistycznej, a także dobra współpraca ochrony zdrowia, pomocy społecznej, związków wyznaniowych i wolontariatu sprawiły, że Polska jako lider tego rodzaju opieki w Europie Środkowo-Wschodniej znajduje się w tym zakresie również w czołówce krajów całej Europy. W przygotowanym przez Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej (EAPC) „Atlasie opieki paliatywnej w Europie EAPC” (stan na 2013 r.) jest napisane, że w Polsce na milion mieszkańców działa 12–16 jednostek opieki paliatywno-hospicyjnej. Umiejscawia nas to, obok Wielkiej Brytanii, Szwecji, Holandii i Austrii, w grupie europejskich krajów znajdujących się na drugim miejscu co do dostępności świadczeń z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej [25].

Doświadczenia i dobre praktyki zdobyte przez lata w ośrodkach opieki domowej, stacjonarnej, dla dorosłych i dla dzieci powinny zostać wykorzystane do rozwijania tego rodzaju opieki w środowiskach lokalnych, gdzie liczba osób przewlekłe chorych i starszych, niesamodzielnych i wymagających opieki nieustannie się zwiększa. Holistyczna opieka u kresu życia nie może być bowiem przywilejem dla wybranej grupy pacjentów, lecz powinna być prawem każdej osoby ludzkiej oraz sposobem działania instytucjonalnej i domowej opieki w naszym kraju [1].

Piśmiennictwo

- [1] **Krakowiak P.:** Wolontariat w opiece u kresu życia. Wyd. Naukowe UMK, Toruń 2012, s. 50–53, 127–134, 246–278.
- [2] **Sikorska E.:** Narodziny i rozwój współczesnej opieki hospicyjnej na świecie. [W:] W stronę człowieka umierającego. Red.: Drążkiewicz J. Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1989, s. 76.
- [3] **Saunders C.:** Historia ruchu hospicyjnego. Nowotwory 1993, 1, 43.
- [4] **Saunders C.:** Hospicjum Św. Krzysztofa. [W:] Sens choroby, sens życia, sens śmierci. Red.: Bortnowska H. Wyd. Znak 1980, s. 266–271.
- [5] **Waleszczuk Z.:** W trosce o człowieka umierającego. Wyd. Lamis, Wrocław 2004, s. 66–84.
- [6] **Saunders C.:** Chwila prawdy: opieka nad człowiekiem umierającym. [W:] Śmierć i umieranie. Red.: Pearson L. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1973, s. 49–50.
- [7] **Dąbrowski Z.:** Pedagogika opiekuńcza w zarysie. Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2000, s. 83.
- [8] **Pyszkowska J.:** Od hospicjum do medycyny paliatywnej. [W:] Opieka hospicyjna – jak odnaleźć siebie w nowej rzeczywistości. IX Konferencja Naukowa, Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, Częstochowa 2005, s. 160.
- [9] Rekomendacja Rec (2003) 24. Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotycząca organizacji opieki paliatywnej. www.oncology.am.poznan.pl/ecept/recommendation_rec_polish.pdf (dostęp 4.03.2014).
- [10] **Twycross R., Frampton D.:** Opieka paliatywna nad terminalnie chorym. Wyd. Margrafen, Bydgoszcz 1996, s. 10.
- [11] **Krajnik M., Rogiewicz M.:** Opieka paliatywna. Akademia Medyczna im. Ludwika Rydygiera, Bydgoszcz 1998, s. 11–12.
- [12] **Binnebesel J., Błęszyński J., Domżała Z.:** Wielowymiarowość cierpienia. Wyd. Naukowe Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej, Łódź 2010.
- [13] **Kowalczyk M.:** Choroba jako cierpienie wszechogarniające. [W:] Pozamedyczne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej. Red.: Binnebesel J., Janowicz A., Krakowiak P., Paczkowska A. Wyd. Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2010, s. 38–46.
- [14] **Szurzykiewicz J.:** Holizm. [W:] Encyklopedia Pedagogiczna XXI w. Tom 2. Red. Pilch T. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2003.
- [15] **Stelcer B.:** Opieka paliatywna. [W:] Elementy psychologii ogólnej i klinicznej. Red.: Mojs E., Skommer M., Stelcer B. Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2011, s. 220–229.
- [16] **Czarnecka-Iwańczuk M., Strzelecki W., Cybulski M.:** Kryzys i interwencja kryzysowa. [W:] Elementy psychologii ogólnej i klinicznej. Red.: Mojs E., Skommer M., Stelcer B. Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2011, s. 242–259.
- [17] **de Walden-Gałuszko K.:** Filozofia postępowania w opiece paliatywnej. [W:] Podstawy opieki paliatywnej. Red.: de Walden-Gałuszko K. PZWL, Warszawa 2005, s. 11–19.
- [18] **Kowalczyk M.:** Opieka paliatywna jako jedna z form opieki na pacjentem terminalnie chorym. Państwo i Społeczeństwo 2012 (XII), 2, 73–82.
- [19] **Krakowiak P.:** Strata, osierocenie, żałoba. Biblioteka Fundacji Hospicyjnej, Gdańsk 2008, s. 17–27.
- [20] **Skóra-Madziła A.:** Praca pogładowa. Zdr. Publ. 2006, 116 (2), 301–306.
- [21] **de Walden-Gałuszko K., Majkiewicz M.:** Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych. Zakład Medycyny Paliatywnej AMG, Gdańsk 2001, s. 6.
- [22] **Pyszkowska J.:** Organizacja opieki paliatywnej. [W:] Podstawy opieki paliatywnej. Red.: de Walden-Gałuszko K. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, s. 274–283.
- [23] **Łuczak J.:** Ogólna charakterystyka opieki paliatywnej. Nowa Med. 1999, 10, 4.
- [24] **Krakowiak P.:** Dzieje Pallotyńskiego Hospicjum w Gdańsku 1983–2008. Wyd. Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2008, s. 37.
- [25] **Centeno C., Lynch T., Donea O., Rocafort J., Clark D.:** EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013 – Full Edition. <http://www.eapcnet.eu/Themes/Organisation/DevelopmentinEurope/EAPCAtlas2013.aspx> (dostęp 2.05.2014).

Adres do korespondencji:

Małgorzata Olszewska
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Toruniu
Zespół Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II
Hospicjum „Światło”
ul. Grunwaldzka 64
87-100 Toruń
tel.: 56 651 14 37 w. 11
tel. kom: 691 988 080
faks: 56 652 98 73
e-mail: m.olszewska@hospicjumswiatlo.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 30.05.2014 r.
Po recenzji: 9.06.2014 r.
Zaakceptowano do druku: 18.06.2014 r.

Received: 30.05.2014
Revised: 9.06.2014
Accepted: 18.06.2014