

BARBARA ŁUKASZEWSKA

Doświadczanie żałoby przez osoby dorosłe. Formy wsparcia psychologicznego w kontekście opieki paliatywno-hospicyjnej

Experiencing Grief by Adults. Forms of Psychological Support in the Context of Palliative and Hospice Care

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

Streszczenie

Śmierć bliskiej osoby jest doświadczeniem bardzo stresującym. Wiąże się z bezpowrotną utratą relacji i koniecznością budowania własnej tożsamości na nowo, bez bezpośredniej obecności zmarłego, ale z zachowaniem pamięci o nim. Żałoba jest procesem rozgrywającym się niejako na dwóch płaszczyznach: indywidualnej, odnoszącej się do osobistych przeżyć żałobnika, oraz społecznej, rozumianej jako wiele różnych zachowań, rytuałów związanych ze śmiercią i oplakiwaniem uznawanym przez daną społeczność (na przykład czarny kolor jako symbol utraty, obrządek pogrzebu). Niestety, obecnie coraz częściej rytuały związane z przeżywaniem żałoby zanikają lub tracą na wartości. Nie bez znaczenia jest tu także blokowanie negatywnych uczuć doświadczanych w czasie żałoby związane ze stereotypami panującymi w społeczeństwie. Niniejszy artykuł stanowi próbę omówienia tematu żałoby w odniesieniu do rzeczywistości hospicyjno-paliatywnej w pracy z dorosłymi pacjentami oraz ich rodzinami. Praca ma na celu przypomnienie profesjonalistom i wolontariuszom opieki nad osobami u kresu życia, jak ważnym problemem jest pomoc po stracie i towarzyszenie w żałobie na każdym jej etapie (Piel. Zdr. Publ. 2015, 5, 3, 299–304).

Słowa kluczowe: wsparcie, opieka paliatywno-hospicyjna, żałoba.

Abstract

The death of a close relative is a highly stressful experience. It is associated with an irretrievable loss of relationships and the need to build their own identity anew, without the direct presence of the dead, but of preserving the memory of a loved person. Grief is a process played out almost at two levels: individual, relating to the personal experiences of a mourner and social – understood as a series of behaviors and rituals associated with death and mourning recognized by the community. Unfortunately, nowadays, some of those rituals associated with mourning are vanishing or losing their value. What is more, many natural feelings experienced by mourners are perceived as “negative” and not accepted by society. This article attempts to discuss the theme of mourning in relation to the reality of palliative and hospice care of adult patients and their families. It is an attempt to remind professionals and volunteers working in palliative care how important and meaningful is to support mourners at every stage of grief (Piel. Zdr. Publ. 2015, 5, 3, 299–304).

Key words: support, hospice-palliative care, grief, mourning.

Utratę bliskiej osoby można rozpatrywać w kategoriach doświadczenia życiowego wywołującego u żałobnika silny stres związany z bezpowrotnym zakończeniem ważnej relacji. Choć proces przeżywania żałoby jest uwarunkowany zaistnieniem indywidualnych czynników, pozwala na wyodrębnienie wielu uniwersalnych zmian o charak-

terze ilościowym i jakościowym zachodzących we wszystkich sferach funkcjonowania jednostki. Owa dynamika procesów emocjonalnych, poznawczych, duchowych, fizycznych i społecznych ma na celu doprowadzenie do wykształcenia się tożsamości osieroconej osoby niejako na nowo. Głównym elementem staje się zmiana relacji ze zmarłym, ak-

ceptacja jej zakończenia z zachowaniem pamięci o utraconej osobie.

Z punktu widzenia nauk społecznych proces żałoby zaznacza się na dwóch płaszczyznach życia człowieka. Pierwsza to płaszczyzna indywidualna stanowiąca zbiór osobistych przeżyć i reakcji osieroconej osoby, a druga to płaszczyzna społeczna. Ta ostatnia jest bezpośrednio związana z normami odnoszącymi się do zachowania i rytuałów akceptowanych przez otoczenie społeczne żałobnika dotyczących na przykład obrządku pogrzebu czy formy okazywania żalu po stracie przez wygląd zewnętrzny i ubiór. Według badaczy we współczesnych społeczeństwach obserwuje się zmiany w przeżywaniu żałoby na poziomie wspólnotowym, w którym tradycyjne rytuały tracą na wartości, a emocje towarzyszące stracie są odsuwane od świadomości społecznej [1, 2].

Swoistym rodzajem utraty jest śmierć znaczącej osoby zmagającej się z chorobą onkologiczną. Odchodzenie pacjenta objętego opieką hospicjum stacjonarnego lub domowego wymaga szczególnych działań podejmowanych przez profesjonalne zespoły opiekuńcze i wolontariuszy zaangażowanych w pomoc osobom u kresu życia oraz ich rodziny.

W niniejszym artykule autorka charakteryzuje wybrane zagadnienia związane z jednostkowym oraz społecznym przeżywaniem procesu żałoby w odniesieniu do dorosłych pacjentów oraz ich bliskich w rzeczywistości hospicyjno-paliatywnej w Polsce oraz formy pomocy i wsparcia proponowane osieroconym osobom.

Pojęcie żałoby i czynniki wpływające na jej przeżywanie

Żałobą określa się utratę bliskiej osoby oraz jej skutki. Okres żałoby nie ma ściśle określonych ram czasowych. W większości przypadków trwa od 12 do około 36 miesięcy [3, 4]. Utrata bliskiej osoby wywołuje w człowieku wiele reakcji w sferze fizycznej, emocjonalnej, poznawczej, duchowej i społecznej. W zależności od etapu żałoby reakcje te różnią się pod względem jakościowym i ilościowym. Czynniki wpływającymi na przeżywanie żałoby są: wiek osieroconej osoby (ludzie młodzi reagują gwałtowniej, czas żałoby jest krótszy niż w przypadku osób starszych), wiek zmarłego (łatwiej przyjmuje się stratę osoby starszej niż dziecka), płeć (kobiety lepiej radzą sobie ze stratą), wsparcie ze strony otoczenia/dostępność profesjonalnego poradnictwa (im większe wsparcie, tym lepsze radzenie sobie ze stratą), rodzaj/okoliczności śmierci, możliwość przewidywania śmierci bliskiego (trudniej oswoić się z utratą w przypadku

nagłej, dramatycznej śmierci), możliwość zobaczenia ciała zmarłego (ułatwia uznanie realności faktu śmierci), warunki socjalno-bytowe osieroconych [5, 6].

Charakterystyka właściwego przebiegu żałoby

Na przestrzeni lat badacze, tacy jak: E. Kubler-Ross, G.I. Engel, V. Kast, J. Bowlby, C. Nolen, S. Nolen-Hoeksema i J. Larson dokonywali prób usystematyzowania reakcji przejawianych przez osierocone osoby i podziału żałoby na określone fazy [3]. S. Nolen-Hoeksema i J. Larson dzielą żałobę na 3 fazy: początkową, środkową oraz rozwiązania/przemiany. Szczegółowe omówienie faz żałoby z uwzględnieniem poszczególnych sfer funkcjonowania człowieka przedstawia tabela 1.

Faza początkowa rozpoczyna się w chwili otrzymania wiadomości o śmierci bliskiej osoby i może trwać od kilku godzin do kilku tygodni. Cechą charakterystyczną tego etapu jest szok i niedowierzanie oraz zaprzeczanie zaistniałej sytuacji.

Faza środkowa trwa od kilku do kilkunastu miesięcy. W tym czasie osoba osierocona przejawia liczne dolegliwości fizyczne oraz gwałtowne, ambiwalentne reakcje psychologiczne. Wzrasta ryzyko choroby somatycznej i psychicznej.

Trzeci etap ma natomiast doprowadzić do rozwiązania kryzysu życiowego, akceptacji zaistniałej sytuacji. Nie oznacza to, że po zakończeniu trzeciego etapu osierocony jest w stanie zapomnieć o zmarłym i powrócić do życia sprzed okresu żałoby. Reakcje żalu stają się jednak coraz słabsze, pozwalają na rozmowę o zmarłym bez silnych emocji. W tej fazie następuje zwiększenie zainteresowania kontaktami społecznymi, pojawiają się plany na przyszłość. Faza rozwiązania/przemiany przygotowuje jednostkę do nabycia umiejętności życia bez zmarłej osoby, z zachowaniem pamięci o niej. W tym miejscu należy jednak zaznaczyć, że znaczące daty, takie jak rocznice ślubu, urodziny, święta mogą być nadal okresami pełnymi smutku i tęsknoty.

Dwa szczególne rodzaje żałoby

Niżej opisano dwa szczególne rodzaje żałoby, z którą mogą się spotkać osoby zaangażowane na co dzień w pomoc choremu i jego rodzinie. Należy podkreślić, że nie są one przejawem nieprawidłowości w przeżywaniu żałoby.

Choć zwykle się przyjmować, że okres opłakiwania rozpoczyna się wraz z otrzymaniem wiadomości o śmierci bliskiej osoby, to jednak bada-

Tabela 1. Zmiany w wybranych obszarach funkcjonowania jednostki w zależności od etapu żałoby

Table 1. Changes in selected areas of human functioning depending on the stage of mourning

Obszar funkcjonowania	I faza żałoby	II faza żałoby	III faza żałoby
Społeczny	– wycofanie z relacji społecznych/unikanie interakcji społecznych – zależność od innych – lęk przed samotnością	– wycofanie z relacji społecznych vs. potrzeba towarzyszenia – brak zainteresowania innymi vs. szybkie poszukiwanie nowej relacji – skupienie na własnych reakcjach	– zwiększenie zainteresowania kontaktami społecznymi – potrzeba odnowienia kontaktów społecznych – poszukiwanie nowych ról społecznych
Fizyczny	– symptomy szoku, palpacje, wymioty – płacz – zmniejszenie łaknienia – zaburzenia snu	– ból w klatce piersiowej, spłycony oddech – niepokój, drażliwość – aktywność bezcelowa – koszmary senne – halucynacje – obniżenie odporności	– zmniejszenie/ustąpienie objawów fizycznych – zmniejszenie/ustąpienie halucynacji – stabilizacja rytmu snu, łaknienia
Emocjonalny	– odrętwienie, apatia – zamrożenie reakcji emocjonalnej – wycofanie vs. gwałtowne reakcje emocjonalne	– emocje o dużym nasileniu (złość, gniew, smutek, poczucie winy) – ambiwalencja uczuć – depresja – poczucie samotności – nieuzasadniony lęk o siebie/ /innych	– mniej gwałtowne, ambiwalentne reakcje emocjonalne – odczuwanie emocji pozytywnych (radość, spokój) – poczucie winy związane z odczuwaniem emocji pozytywnych, angażowaniem się w nowe aktywności
Poznawczy	– poczucie odrealnienia – niedowierzanie – zaburzenia koncentracji, roztargnienie – zaprzeczanie straty	– zaburzenia koncentracji, zapomnienie – niedowierzanie vs. próby zrozumienia sytuacji – poczucie utraty zmysłów, kontaktu z rzeczywistością	– zwiększenie koncentracji, uwagi – poczucie kontaktu z rzeczywistością – bardziej zracjonalizowane myśli o zmarłym bez gwałtownych reakcji emocjonalnych
Duchowy	– obwinianie Boga/losu – większe potrzeby duchowe – utrata poczucia sensu życia – pragnienie własnej śmierci, dołączenia do osoby zmarłej	– obwinianie Boga/losu – większe potrzeby duchowe – utrata poczucia sensu życia – próby kontaktu ze zmarłą osobą	– powrót do duchowości, religii – odzyskiwanie sensu życia – akceptacja śmierci jako naturalnego etapu życia – oddalona perspektywa własnej śmierci [18]

nia prowadzone na przestrzeni kilku ostatnich lat dowodzą występowania tzw. „żałoby antycypowanej”, czyli pojawienia się u krewnych (oraz u samego pacjenta) reakcji żalu na kilka miesięcy przed śmiercią chorego [7–10].

W rzeczywistości paliatywno-hospicyjnej, gdzie ze względu na specyfikę chorób jest obserwowane powolne pogarszanie się stanu zdrowia chorego, zjawisko to nie należy do rzadkości. Większość zgonów pacjentów, u których rozpoznano chorobę nowotworową następuje stopniowo. Bliscy są zatem świadkami postępującej utraty sprawności oraz funkcji życiowych chorego: zmniejszenia łaknienia, narastającego osłabienia, wycofania z kontaktów społecznych, zmiany świadomości [7].

Choć dynamika choroby nowotworowej przez kolejne „mniejsze utraty” może wywołać żałobę antycypowaną, nie chroni jednak przed wystąpieniem reakcji szoku przejawianej przez rodzinę w chwili śmierci bliskiej osoby.

Drugim rodzajem żałoby, której może doświadczać otoczenie chorego jest tzw. „nieuprawniona żałoba” (*disenfranchised grief*). Pojęcie wprowadzone przez profesora Kennetha Doka określa sytuację, w której nie ma społecznego przyzwolenia na opłakiwanie straty. Przykładem nieuprawnionej żałoby są reakcje emocjonalne osieroconego, którego nie łączyło pokrewieństwo krwi z osobą zmarłą [4].

Nieprawidłowości w procesie przeżywania żałoby

Okres żałoby nie ma ściśle określonych ram czasowych. W większości przypadków trwa od 12 do około 36 miesięcy i towarzyszą temu zmiany jakościowe i ilościowe w sferze emocjonalnej, fizycznej, poznawczej, duchowej i społecznej. Niekiedy jednak dochodzi do nieprawidłowego przeżywania

żałoby. Kryterium jest tu nie tylko przedłużający się czas (więcej niż 3–4 lata), ale także objawy i ich nasilenie [5].

Niewłaściwymi wariantami przeżywania żałoby są:

- powstrzymywany żal, który może przejawiać się przez tłumienie, unikanie bolesnych emocji przez narzucanie sobie nowych obowiązków, wyprowadzkę z mieszkania dzielonego wcześniej ze zmarłym, szybkie zawieranie nowego małżeństwa/relacji; nie pozwala na przepracowanie straty i budowanie nowej tożsamości [7],

- chroniczna żałoba/patologiczny żal – niekiedy działanie żałobnika przyjmuje odwrotny bieg i wówczas jest nastawione na ciągłą koncentrację połączoną nierzadko z nadmierną idealizacją zmarłej osoby oraz wrogością wobec świata. Osierocony tworzy „izby pamięci”, zachowuje przedmioty zmarłego dokładnie w tym samym miejscu, kontynuuje wszystkie wspólne rytuały [5]. Zdarza się, że poszukuje kontaktu ze zmarłą osobą za pośrednictwem medium, seansów spirytystycznych [7]. Należy podkreślić, że czas nie jest czynnikiem osłabiającym opisane objawy, a wręcz przeciwnie – w miarę jego upływu żal osoby osieroconej nasila się,

- choroba psychiczna – schorzenia psychiczne rozwijają się zwykle w pierwszym roku osierocenia i przeważnie mają charakter depresyjny. Badania przeprowadzone przez Holtslander i McMillan na grupie członków rodzin osób cierpiących na zaawansowaną chorobę nowotworową objętych opieką hospicjów na Florydzie wskazują, że po 3 miesiącach osierocenia 34% opiekunów wykazuje kliniczne symptomy depresji oraz tendencje do wystąpienia komplikacji procesu żałoby [11].

W tym miejscu warto również wspomnieć o ryzyku wystąpienia choroby somatycznej, które znacznie wzrasta w pierwszym roku osierocenia. Przyczyn można szukać w obniżeniu funkcji immunologicznych organizmu, mniejszej dbałości o zdrowie, nadużywaniu alkoholu lub leków nasennych. W literaturze przedmiotu wspomina się także o ryzyku wystąpienia lęków o charakterze hipochondrii, nadmiernej koncentracji na objawach fizycznych oraz uskarżaniu się na dolegliwości podobne do tych, które przejawiała bliska osoba [7].

Formy pomocy proponowane osieroconym osobom

Istnieje wiele form pomocy osobom dotkniętym żałobą, takich jak formalne grupy wsparcia i nieformalne grupy samopomocowe [12], blogi oraz fora internetowe. Najbardziej powszechnymi

profesjonalnymi formami wsparcia proponowanymi przez placówki opieki paliatywno-hospicyjnej są grupy wsparcia dla osieroconych oraz poradnictwo psychologiczne w kontakcie indywidualnym.

Grupy wsparcia prowadzone w hospicjach mają charakter terapeutyczny, stanowią okazję do nawiązania kontaktu oraz rozmowy z osobami, które znalazły się w podobnej sytuacji życiowej. Cykl funkcjonowania jednej grupy składa się zwykle z 10 spotkań odbywających się regularnie raz w miesiącu, które są koordynowane przez specjalistów. Elementem poprzedzającym każde spotkanie jest msza święta odprawiana przez hospicyjnego kapelana umożliwiająca modlitwę za bliskich zmarłych w niewielkim gronie osób [13].

Funkcjonowanie grupy opiera się na naturalnej dynamice żałoby. Początkowe spotkania są pełne wspomnień dotyczących życia przed utratą osoby bliskiej. Kolejne pozwalają na omówienie myśli i emocji związanych z procesem chorowania, leczenia, czasu poprzedzającego umieranie, a także chwili samej śmierci oraz pogrzebu. Żałobnicy mają szansę wyrazić swój smutek oraz w bezpiecznych warunkach, pozbawionych oceny ich zachowania, zastanowić się, jakie skutki dla obecnego życia ma owa utrata. Rozmowy na temat zaistniałych zmian, bieżących relacji z otoczeniem, źródeł wsparcia wobec odczuwanej tęsknoty są okazją do dokonania analizy własnych emocji i przekonań. Stanowią ważny etap ku symbolicznemu zakończeniu związku ze zmarłą osobą, z zachowaniem pamięci o niej. Elementem kończącym cykl spotkań jest przedstawienie przez żałobników planów odnoszących się do ich przyszłości [13].

Pomoc psychologiczna w postaci wsparcia emocjonalnego, terapeutycznego czy psychoedukacyjnego powinna być oferowana pacjentom i ich rodzinom od pierwszych chwil objęcia opieką hospicjum domowego lub oddziału stacjonarnego. Poradnictwo indywidualne w okresie żałoby wpisuje się w filozofię holistycznych działań opieki paliatywno-hospicyjnej, gdzie pomoc jest udzielana rodzinom również po śmierci pacjenta. Oddziaływania psychologiczne odbywają się w środowisku domowym osieroconego lub na terenie placówki i są podejmowane, gdy żałobnik wyraża taką potrzebę. Ich głównym celem jest pomoc w przejściu przez proces żałoby, identyfikacja potrzeb psychologicznych, a także ocena wystąpienia ryzyka ewentualnych nieprawidłowości [13].

Zadaniem psychologa w kontakcie indywidualnym z osieroconym jest pomoc w osiągnięciu niżej wymienionych funkcji adaptacyjnych żałoby, którymi są:

- rzeczywiste zaakceptowanie utraty,
- doświadczenie bólu i żalu: objawów emocjonalnych i wegetatywnych,

- przystosowanie się do życia bez zmarłego,
- ekspresja energii emocjonalnej i ponowne zaangażowanie się w nowe związki [14].

Podsumowanie

Żałoba jest procesem długotrwałym, powodującym zmianę funkcjonowania osieroconej osoby na poziomie społecznym, emocjonalnym, poznawczym, duchowym i fizycznym. Celem jest zaakceptowanie utraty, zbudowanie nowej tożsamości z zachowaniem pamięci o zmarłym. Obecnie mówi się także o zjawisku potraumatycznego wzrostu, czyli transformacji jednostki nabywającej pozytywnych zmian psychologicznych w wyniku przebytej traumy, trudnego doświadczenia [15].

Proces ten doskonale opisują słowa M. Allingham: „Żałoba nie jest zapominaniem. To rozwiązywanie wielu małych węzłków zawiązanych w ciągu całego życia. To uzyskanie z każdego węzła czegoś wartościowego, czegoś, co trzeba zapamiętać i zachować na całe życie. Proces ten kończy się wzbogaceniem. Błogosławieni ci, którzy są w żałobie, bo staną się przez to silniejsi. Zanim jednak to osiągną, muszą przejść przez wiele ciężkich, niebezpiecznych i bolesnych doświadczeń” [16, 17].

Praktyczny poradnik w języku polskim, który powstał jako narzędzie dla opiekunów i wsparcie dla osób w żałobie w następujący sposób opisuje potrzebę troski o osoby osierocone: „Złożony proces żałoby trwa i rozgrywa się w wewnętrznym świecie nie tylko osoby osieroconej, ale także osób jej bliskich. Należy wiedzieć, na czym polega żal po

stracie i jakie fazy mu towarzyszą oraz w którym miejscu znajduje się osoba osierocona, aby się do niej zbliżyć. Choć każdy człowiek przeżywa odejście i stratę na swój własny sposób, bo nasza żałoba jest tak samo indywidualna jak nasze życie, to istnieją jednak pewne prawidłowości. Żałoba to pewna droga do przejścia, proces, który można dzielić na poszczególne etapy” [12].

Niniejsze doniesienie przypominało profesjonalistom i wolontariuszom opieki nad osobami u kresu życia, jak ważnym problemem jest pomoc po stracie i towarzyszenie w żałobie. Warto przy tej okazji pamiętać o tym, jak nieswoisty może być czas przeżywania tego etapu życia, a także niespecyficzna czy patologiczna forma, która domaga się osobnej analizy. Zakończeniem niech staną się słowa: „Nie ma dokładnej miary czasu potrzebnego na przeżycie żałoby. Okres od jednego do dwóch lat jest najczęściej wskazywany jako przedział czasu niezbędny do przejścia przez podane wyżej etapy. Inaczej jest w przypadku straty dziecka, gdzie jako typowy czas wskazuje się okres pięciu lat po śmierci. W obu przypadkach potwierdzeniem zakończenia żałoby jest możliwość wspominania zmarłej osoby bez uczucia intensywnego bólu, mimo że echo tego bólu będzie się odzywać przez całe życie. Zakończenie procesu żałoby owocuje chęcią do inwestowania w nowe życie, bez zapomnienia o osobie, którą straciliśmy, oraz gotowością do wchodzenia w nowe relacje. Osoby doświadczające żałoby powinny poczuć, że ten etap został zakończony. Czasami symboliczne wydarzenie, decyzja o zmianie zachowania czy rytuał mogą być potwierdzeniem tego wydarzenia” [12].

Piśmiennictwo

- [1] **Di Nola A.M.:** Tryumf śmierci. Antropologia żałoby. Wyd. Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych, Kraków 2006, 9–16.
- [2] **Dodziuk A.:** Żal po stracie, czyli o przeżywaniu żałoby. Wyd. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2007, 29–30.
- [3] **Tucholska S.:** Psychologiczna analiza procesu żałoby. [W:] Edukacja Terapeutyczna w Hospicjum. Red.: Fopka-Kowalczyk M., Łącka T. Wyd. Stowarzyszenie Hospicjum Światło, Toruń 2013, 149–152.
- [4] **Boss P.:** Kochając osobę z demencją. Jak znaleźć nadzieję zmagając się ze stresem i żalem. Wyd. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003, 15–70.
- [5] **De Walden-Gałuszko K.:** Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wyd. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, 165–176.
- [6] **Rogiewicz M., Buczkowski F.:** Dorosły pacjent w żałobie po śmierci bliskiej osoby – rola lekarza rodzinnego. Pol. Med. Paliat. 2006, 5(1), 21–29.
- [7] **Barraclough J.:** Rak i emocje. Praktyczny przewodnik po psychoonkologii. Wydawnictwo Medyczne Sanmedica, Warszawa 1997, 113–119.
- [8] **Cheng J.O.Y., Lo R.S.K., Chan F.M.Y., Kwan B.H.F., Woo J.:** An exploration of anticipatory grief in advanced cancer patients. Psycho-Oncology 2010, 19, 693–700, DOI: 10.1002/pon.1613.
- [9] **Al-Gamal E., Long T.:** Anticipatory grieving among parents living with a child with cancer. J. Adv. Nurs. 2010, 5, 1980–1990.
- [10] **Mystakidou K., Parpa E., Tsilika E., Athanasouli P., Pathiaki M., Galanos A., Pagoropoulou A., Vlahos L.:** Preparatory grief, psychological distress and hopelessness in advanced cancer patients. Eur. J. Cancer Care 2008, 17, 145–151, DOI: 10.1111/j.1365-2354.2007.00825.x.
- [11] **Holtslander L.F., McMillan S.C.:** Depressive symptoms, grief, and complicated grief among family caregivers of patients with advanced cancer three months into bereavement. Oncol. Nurs. Forum 2011, 38(1), 60–64.

- [12] **Krakowiak P.:** Strata, osierocenie i żałoba. Poradnik dla pomagających i dla osób w żałobie. Wyd. Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2007, 27–28, 34, 116–121.
- [13] **Łącka T.:** Żałoba po stracie współmałżonka – formy wsparcia. [W:] Edukacja Terapeutyczna w Hospicjum. Red.: Fopka-Kowalczyk M., Łącka T. Wyd. Stowarzyszenie Hospicjum Światło, Toruń 2013, 147–168.
- [14] **Worden W.:** Grief counseling and grief therapy. [W:] Rak i emocje. Red.: Barraclough J. Praktyczny przewodnik po psychoonkologii. Wydawnictwo Medyczne Sanmedica, Warszawa 1997, s. 116.
- [15] **Tedeschi R.G., Calhoun L.G.:** The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. J. Trauma. Stress 1996, 9(3), 455–471.
- [16] **Allingham M.:** The tiger in the smoke. [W:] Opieka paliatywna nad terminalnie chorym. Red.: Twycross R.G., Frampton D.R. Wyd. Hospicjum, Bydgoszcz 1996, s. 47.
- [17] **Twycross R.G., Frampton D.R.:** Opieka paliatywna nad terminalnie chorym. Wyd. Hospicjum Bydgoszcz, Bydgoszcz 1996, 47–53.
- [18] Hospice and Palliative Care Manitoba. Bereavement Volunteer Handbook. Źródło: http://www.virtualhospice.ca/Assets/bereavement%20volunteer%20handbook%20_hpcm2007_english_20081127165936.pdf (data dostępu: 3.06.2015).

Adres do korespondencji:

Barbara Łukaszevska
ul. Kosynierów Kościuszkowskich 7a/20
87-100 Toruń
e-mail: barbara-luk88@tlen.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 11.06.2015 r.

Po recenzji: 21.06.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 4.07.2015 r.

Received: 11.06.2015

Revised: 21.06.2015 r.

Accepted: 4.07.2015 r.