

DZIAŁ SPECJALNY: WYBRANE PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ*
(Redaktor gościnnie: Edward J. Gorzelańczyk)

KONCEPCJA WSPARCIA W OPIECE PALIATYWNEJ

Roman Ossowski

Instytut Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego
Bydgoszcz

Anna Sinkiewicz

Wojewódzka Przychodnia Foniatryczno-Audiologiczna
Bydgoszcz

THE IDEA OF SUPPORT IN THE PALLIATIVE CARE

Summary. The holistic approach emphasizes the importance of social support in the palliative care. The article, which stays in agreement to WHO's understanding of palliative care, incorporates ideas about the palliative care tasks that cover the process of dying, the adaptation to death which depends upon how old a man anticipating his own death is, and how much his individual needs are satisfied. It also provides an intelligent overview of different methods of psychological support including conversations with ill-health person, therapy through the body language, spiritual service, assistance in solving existential problems, nursing and developing self-service skills, readiness and courage to tell the truth.

Accordingly, caregivers themselves need also help and support – the relatives (the spouses or offspring of a patient), professionals, volunteers, and clergymen.

* Od Redakcji: Dział ten zawiera opracowania prezentowane w programie ogólnopolskiej konferencji naukowej nt. *Wyzwania dla opieki paliatywnej w XXI wieku*, na czele której stał Edward J. Gorzelańczyk. Sprawozdanie z tej konferencji zamieszczamy w niniejszym tomie.

Adresy do korespondencji: Roman Ossowski, Instytut Psychologii UKW, ul. Leopolda Staffa 1, 85-867 Bydgoszcz, e-mail: psyche@ukw.edu.pl; Anna Sinkiewicz, e-mail: anna.sinkiewicz@wp.pl

Natura wsparcia. Istota opieki paliatywnej

Tragiczne jest to, że przyjaciele i bliscy odwracają się od umierającego właśnie wtedy, gdy ten najbardziej potrzebuje ich wsparcia.

George Bishop

Wsparcie, interwencja kryzysowa, poradnictwo, doradztwo, pomoc, opieka to najważniejsze pojęcia, przy pomocy których usiłujemy opisać działania innych na rzecz osoby, której relacje ze światem bądź samą sobą uległy tak poważnemu zakłóceniu, że bez pomocy ze strony drugiej osoby, grup, organizacji osoba ta nie wyjdzie z impasu życiowego.

W zależności od charakteru zakłóceń dookreślamy rodzaj pomocy. Stąd przymiotniki typu doradztwo inwestycyjne, pomoc prawna, pomoc społeczna, interwencja policji, interwencja chirurgiczna, interwencja psychologiczna, poradnictwo rehabilitacyjne, opieka socjalna, pomoc psychologiczna, pomoc środowiskowa.

Przymiotniki najczęściej wskazują jakiej sfery życia pomoc ma dotyczyć bądź przy pomocy jakich instrumentów zamierzamy jej udzielić.

Robert Feldman (1998, s.670) zwraca uwagę, że świadomość posiadania wsparcia społecznego, sieci osób znających się, lubiących się, troszczących się o siebie powoduje obniżenie się lęku o siebie oraz sprawia, że lepiej radzimy sobie ze stresem.

Podobnie istotę wsparcia rozumieją Roman Cieślak i Andrzej Elias (2004, s. 67-70). Wsparcie jest właściwością struktury społecznej (sieć wsparcia), wyrażającą się w okazywaniu komuś i przyjmowaniu czyjeś pomocy (wsparcie dawane i otrzymywane) oraz subiektywnie ocenioną możliwością uzyskania wsparcia (spostrzegane wsparcie społeczne). Tak więc wsparcie społeczne jest właściwością struktury społecznej zdolnej do generowania relacji pomocnych oraz poczucia przez strony relacji pomocnych oraz relacji tego zjawiska.

Mary Procidano (2004, s. 41-92), analizując międzykulturowy aspekt wsparcia zwraca uwagę na jego buforowy charakter. Jej zdaniem wsparcie społeczne neutralizuje lub łagodzi wpływ stresujących zdarzeń i tym samym zmniejsza poziom nieprzystosowania jednostki. Są trzy aspekty właściwości wsparcia:

- wsparcie jest zakorzenioną cechą sieci społecznej;
- wsparcie posiada kierunek, czyli jest zwrócone ku komuś w określonych sytuacjach;
- wsparcie jest subiektywnie spostrzegane przez osobę je otrzymującą (Procidano, 2004, s. 12). Każde z tych podejść wiąże się z nieco inną techniką pomiaru.

Można powiedzieć, że doświadczanie wsparcia społecznego i emocjonalnego pozwala przeżyć sytuacje trudne, w których osoba nie może sobie poradzić. Argumenty:

- doświadczanie wsparcia ze strony innych jest komunikatem dla jednostki, że jest ona ważna, ceniona i warto jej pomóc, co rodzi poczucie przynależności do innych – *(skoro mnie pomagają, to coś znaczę i przynależę do innych)*;
- w procesie wsparcia społecznego osoba wspierana otrzymuje informacje umożliwiające zmaganie się z wyzwaniem, a nie uleganie – *(wiem co i jak)*;

– w procesie wsparcia nie tylko się otrzymuje, ale i daje. Skłania to do rozwoju skłonności do dawania innym. Często doradzamy – *gdy jest ci ciężko pomyśl co możesz uczynić dla innych*. Pozwala to czynić z własnych słabości siłę. Jest to także swoiste autowsparcie. W oparciu o ten mechanizm działają m.in. grupy samopomocowe.

Aleksandra Łuszczynska (2004, s. 192) rozważa problem zależności między wsparciem społecznym a rozwojem symptomów posttraumatycznych. Jej zdaniem wsparcie społeczne pełni funkcję:

- mediatora między wydarzeniami a ich konsekwencjami;
- moderatora w relacjach między skrajnym stresem a jego konsekwencjami;
- promuje dobrostan, czyli obniża poziom emocji negatywnych i wpływa na wzrost emocji dodatnich.

Ch. Sheridan i S. Radmacher (1998), omawiając wsparcie funkcjonalne, które dotyczy jakości relacji społecznych związanych reakcjami na stres, zwrócili uwagę na trzy kategorie wsparcia funkcjonalnego:

- wsparcie instrumentalne (dary, pożyczki, usługi);
- wsparcie informacyjne (rady, informacje),
- dowartościowanie (komunikaty, że ludzie nas cenią i darzą szacunkiem).

Wsparcie powoduje wzrost poczucia panowania nad sytuacją naszego sprawstwa oraz nadziei, że działanie jednostki doprowadzi do korzystnego wyniku.

Opieka paliatywna

W słowniku potrzebnych słów pod red. Jerzego Bralczyka (2005) możemy znaleźć definicję terminu paliatyw:

- lekarstwo lub zabieg stosowany w celu uśmierzania bólu lub złagodzenia objawów choroby, nieusuwający jednak jej przyczyny;
- środek połowiczny, nierozwiązujący problemu, ale go łagodzący.

Opieki paliatywnej (opieki hospicyjnej) nie można utożsamiać z leczeniem klinicznym. Jeśli leczenie kliniczne jest przede wszystkim ukierunkowane na wyleczenie, to celem opieki paliatywnej jest niesienie ulgi w cierpieniu, walka z bólem oraz poprawa jakości życia osoby. Zapewnia to spokojną śmierć, w tym także przygotowanie się do śmierci.

„Opieka paliatywna i hospicyjna – pisze Marek Hołubicki – jest to wszechstronna, całościowa opieka otaczająca jak płaszczem (łac. *palium*) nieuleczalnie chorych w końcowym okresie życia” (1997, s. 11). Pomoc i posługa religijna pełnią tu rolę kluczową.

Warto zauważyć, że pierwszy dom opieki nad umierającymi powstał w połowie XIX w. w Dublinie z inicjatywy siostr z zakonu o nazwie Irlandzkie Siostry Miłosierdzia. Te same siostry w 1905 roku otworzyły podobny dom w Londynie – Hospicjum św. Józefa.

Światowa Organizacja Zdrowia WHO przyjęła następującą definicję opieki paliatywnej: „Opieka paliatywna jest dążeniem do poprawy jakości życia zarówno chorych na nieuleczalne, prowadzące do śmierci choroby, jak i ich rodzin. Obejmuje zapobie-

ganie i zwalczanie cierpień, wczesne stawianie rozpoznań, staranne badanie i leczenie bólu oraz rozwiązywanie innych problemów – fizycznych, psychosocjalnych i duchowych.

- Zapewnia uwolnienie od bólu i innych uciążliwych objawów.
- Afirmuje życie, a śmierć szanuje jako proces naturalny.
- Nie dąży do przyśpieszenia ani do odwleczenia śmierci.
- Integruje psychologiczne i duchowe aspekty opieki nad chorymi.
- Oferuje system pomocy pozwalający choremu żyć do końca tak aktywnie, jak to jest tylko możliwe.
- Oferuje system pomocy pozwalający rodzinie chorego radzić sobie w czasie choroby i w okresie żałoby po jego śmierci.
- Poprawia jakość życia, a może również pozytywnie wpływać na przebieg choroby.
- W połączeniu z innymi metodami, których celem jest przedłużenie życia (chemio/radioterapia), może być wprowadzona we wczesnych stadiach choroby i wówczas obejmuje również diagnostykę umożliwiającą lepszą interpretację i zwalczanie niepokojących powikłań” (cyt. za: Jarosz, 2004, s. 536).

Za początek ruchu hospicyjnego uważa się otwarcie przez Dome Cicely Saunders w 1967 roku w Londynie Hospicjum św. Krzysztofa.

Psychologia umierania

*Gdy człowiek jest w obliczu prawdziwego
niebezpieczeństwa śmierci, wówczas często, ale nie
zawsze, perspektywa śmierci zostaje oddalona,
człowiek zachowuje się tak, jakby śmierć była bardzo daleko.*

Antoni Kępiński

Śmierć jest z pozoru rzeczą oczywistą. Każda nowa jednostka przychodząca na świat musi kiedyś umrzeć. Śmierć jest kresem życia. Niestety, sprawa nie jest tak bardzo prosta. Rozumienie śmierci zależy od przyczyny i czasu trwania umierania, kulturowego jej rozumienia, a zwłaszcza wyznawanej religii, poziomu rozwoju jednostki, wieku życia, płci, rodziny i znajomych oraz sposobu przygotowywania do śmierci.

Z jednej strony śmierć jest fundamentalnym elementem człowieczeństwa. Narodziny i śmierć są elementami strukturalnymi egzystencji. Niestety, w wymiarze psychologicznym sprawy są znacznie bardziej złożone.

Podstawową kategorią pojęciową w kontekście umierania jest cierpienie na tle przewlekłego bólu oraz niezaspokojonych potrzeb – aby żyć, bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego, przynależności (vs. wiecznego rozstania), poczucia zobowiązań wobec tych, którzy pozostali (np. niesamodzielne dzieci) oraz pytania jakie stawia sobie umierający – *jaki jest sens śmierci: konieczność, wyzwolenie, los człowieka?*

Dzisiejsze społeczeństwo coraz szerzej akceptuje eutanazję lub mówiąc w sposób nieco inny – medycznie wspomaganą samobójstwo. Lekarz jest tu „pilotem ostatniej podróży” (Jasmin, 1998, s. 159).

Na szczęście równolegle rozwija się ruch hospicyjny, opieka paliatywna, stawiająca sobie za cel łagodzenie bólu i niesienie ulgi w cierpieniu.

Ważnym aspektem umierania jest czas umierania – śmierć nagła, trwająca kilka godzin, dni, miesięcy, a nawet lat (stopniowe pogarszanie się stanu zdrowia).

Śmierć nagła jest kwestią kilku sekund lub kilku minut. Niekiedy jest poprzedzona heroicznymi wysiłkami ratowniczymi kończącymi się niepowodzeniem w przywracaniu życia.

Śmierć przewidywana wiąże się ze stopniowym pogarszaniem stanu zdrowia i przeświadczeniem, że wszystko co mógł uczynić personel medyczny, to uczynił. Śmierć jest kwestią czasu. W tym momencie pojawia się problem godności umierania i możliwie komfortowych warunków umierania.

Elisabeth Kubler-Ross opisała proces oczekiwania i godzenia się ze śmiercią. Podstawą wyodrębnienia stadiów była rozmowa z 200 pacjentami w fazie terminalnej. Wyróżniła ona pięć stadiów:

- Zaprzeczanie – nieprzyjmowanie faktów do wiadomości. Odmowa przyznania, że stoi się w obliczu śmierci.
- Złość. Umierający odczuwa złość wobec tych, którzy pozostali i cieszą się dobrym zdrowiem, złość na lekarzy, a nawet na Boga. Pytanie egzystencjalne tej grupy pacjentów brzmi – *dłaczego ja?*
- Targowanie się. Złość przeradza się w „targowanie się”. Owo targowanie dotyczy szans przesunięcia momentu śmierci. Często chciałoby się jeszcze coś uczynić.
- Depresja. Nadchodząca śmierć powoduje popadanie w depresję. Osoba doświadcza „smutek przygotowania” do własnej śmierci.
- Pogodzenie się. Przebrzmiewa żal za życiem i godzenie się ze śmiercią (Kubler-Ross, 1969; Bishop, 2000; Feldman, 1998).

Wielką zaletą opisu stadiów zachowania się pacjentów w obliczu umierania przez E. Kubler-Ross jest wskazanie, że umierający przechodzą przez pewne etapy. W zależności od etapu różne są zachowania osoby umierającej, a zatem różne powinno być wsparcie. Poza tym lepiej rozumiemy zachowanie osoby umierającej. Pozwala to na lepsze zestrojenie się z osobą umierającą. Umożliwia lepsze zrozumienie jej sytuacji egzystencjalnej.

Przykłady:

- Jeśli osoba nie przyjmuje do wiadomości faktu zbliżającej się śmierci i nie chce o tym mówić, to trzeba jej wolę uszanować.
- Jeśli osoba umierająca ujawnia złość, nawet w stosunku do najbliższych, to trzeba okazać zrozumienie.
- Jeśli osoba przejawia depresję, to nie usiłujemy za wszelką cenę wyprowadzać jej z tego stanu.

Autorka wskazuje jak bardzo potrzebny jest i możliwy dialog między umierającym a otoczeniem.

W dalszych rozważaniach usiłuję podać kilka informacji dotyczących świadomości i percepcji własnej śmierci w zależności od wieku – dziecko, okres młodzieńczy, dorosłość i późna dorosłość.

Zdaniem Marii Rogiewicz (2000) dziecko przejawia pierwsze zainteresowanie leczeniem około 2. roku życia. Powyżej 10. roku życia dzieci z chorobą nowotworową są świadome zagrożenia, znają specyfikę choroby, a także jej konsekwencje.

Bardzo małe dzieci, do 2. roku życia nie rozumieją zjawiska śmierci, gdyż brakuje im pojęć abstrakcyjnych. Ważna jest jednak fizyczna obecność osoby, osób oraz przedmiotów bliskich dziecku, z którymi ma ono poczucie przywiązania. Osoby muszą być w zasięgu wzroku i słuchu (Góralczyk, 1996).

Józef Binnebesel (2003) w oparciu o badania wielu autorów opisał reakcje dziecka na oczekiwaną śmierć.

- Dziecko 6-letnie rozróżnia śmierć od snu. Rozumie atrybuty śmierci – nieodwracalność i powszechność śmierci.
- Dziecko 7-letnie posiada pewien zasób pojęć dotyczących śmierci – wygląd ciała, brak ruchu i ciepła, brak oddychania.
- Dziecko 8-10-letnie doświadcza obawę przed rozstaniem się z rodzicami.
- Dziecko 11-12-letnie przeżywa strach przed własną śmiercią.
- W okresie dorastania występuje świadomość całkowitego unicestwienia, co może być źródłem wielkiej mobilizacji na rzecz życia.
- Koncepcja własnej śmierci pojawia się około 5. roku życia (Góralczyk, 1996).

Zdaniem E. Góralczyk (1996) „Bardzo często przypisujemy dzieciom nasze własne wizje i lęki związane z procesem przemijania. Mamy tendencję do unikania rozmów z dziećmi na tematy, które nas samych napawają lękiem. Powinniśmy jednak wziąć pod uwagę, że chore dzieci interesują się tym tematem i nierzadko sporo już wiedzą. Dlatego potrzebna jest gotowość dorosłych i umiejętność rozmowy z dzieckiem (w szczególności ciężko chorym) również na tematy przemijania w sposób dostosowany do jego możliwości percepcyjnych oraz odwaga w odpowiadaniu na pytania przez nie stawiane”. Autorka skłania się do rozmowy z dzieckiem, ale bez nachalności, jak i bez unikania rozmów na trudne tematy.

Strach przed śmiercią wzrasta wraz z wiekiem. Pierwsza kulminacja następuje w okresie dojrzewania, potem się obniża i ponownie wzrasta w wieku średnim i znowu następuje spadek, aby wzrosnąć w wieku podeszłym (Bishop, 2000).

W dzieciństwie i młodości rzadko rozmyślamy o możliwości śmierci. Być może dlatego w tym okresie tak łatwo ulegamy ciężkim wypadkom bądź rujnujemy własne zdrowie (wypadki komunikacyjne, sporty ekstremalne). Dopiero gdzieś w połowie życia zdajemy sobie sprawę z nieuchronności śmierci i najczęściej odbieramy ją z lękiem. Czynnikiem interweniującym w sposób odbioru śmierci jest płeć, wiek, samopoczucie i przekonania religijne. Kobiety silniej odczuwają lęk przed śmiercią, ich stosunek do śmierci silniej, aniżeli u mężczyzn, jest otoczony przekonaniem religijnym (Góralczyk, 1996).

Antoni Kępiński (1978, s. 205-206) zwraca uwagę, że stosunek człowieka do śmierci jest na ogół ambiwalentny. Nie ma ludzi, którzy w swoim życiu nie marzyli o śmierci i nie widzieli w niej jedyne rozwiązanie. Młodzi często ryzykują swe życie, aby zaspokoić swoje heroiczne skłonności. Łatwiej w chwili załamania, w porównaniu do starszych, są gotowi targnąć się na własne życie. Osoby starsze są skłonne doko-

nać samobójstwa, gdy są samotni, niepotrzebni, doświadczają ujemnego bilansu uczuciowego. Osoby chore na raka, w tym i ludzie starzy, odrzucają od siebie myśl, że ich niedaleka przyszłość zakończy się śmiercią. Krzątają się wokół drobnych spraw, troszczą się o to, co będzie za kilka lat. Bronią ich to przed perspektywą śmierci. „Gdy lekarz tych skarg cierpliwie wysłucha, chory odczuwa ulgę, że mógł się przed nim uskarżać, że jego zmartwienia potraktowano na serio, że jego plany i projekty jeszcze się liczą”.

Organizacja i techniki wsparcia

Poradnictwo dla umierających jest formą psychoterapii, jednak ramy czasowe i cele tej interwencji są inne. Głównym zadaniem terapeuty jest pomóc pacjentowi radzić sobie z własnym lękiem, co pozwoli mu zaakceptować śmierć i przyjąć ją pogodnie.

George D. Bishop

Organizacja wsparcia

Z kwestią chorób terminalnych wiąże się kwestia wsparcia umierających i ich najbliższych. Tu rodzi się kilka trudnych pytań o głębokiej wymowie duchowo-moralnej. Dotyczą one godności umierania. Oto niektóre z nich:

- Gdzie umierać – w szpitalu, domu, hospicjum?
- Czy wsparcie emocjonalne przebiega w jednym modelu, czy w odmiennych, w zależności od wieku życia (osób w wieku podeszłym, w okresie dorosłości, w okresie dorastania, dzieci?)
- Jakie formy wsparcia są szczególnie efektywne i przez kogo udzielane?

W wymiarze medycznym w opiece paliatywnej dominuje leczenie objawowe w miejsce wcześniejszego leczenia przyczynowego.

W wymiarze duchowym jest uzyskanie możliwie najlepszej jakości życia osób w fazie terminalnej i ich najbliższych.

Opieka paliatywna jest prowadzona w następujących formach:

- opieka ambulatoryjna,
- opieka domowa,
- opieka stacjonarna,
- zespoły wspierające,
- zespoły wspomagające osieroconych.

Argumentami na rzecz takiej wielości form są potrzeby pacjentów. Jeśli to tylko możliwe, należy tworzyć warunki do życia i opieki nad osobą w fazie terminalnej w środowisku rodzinnym. Hospicjum powinno być przeznaczone przede wszystkim dla osób samotnych i z objawami choroby niemożliwymi do złagodzenia w opiece domowej.

Diagnoza potrzeb chorego

W opiece paliatywnej problemem podstawowym jest diagnoza potrzeb chorego. Istotne jest poznanie i ustalenie ważności tych potrzeb. Wiele z nich stanowi sekret chorego. Dla rozważań praktycznych może być przydatny podział potrzeb chorego na fizyczne, psychologiczne, społeczne i duchowe.

Potrzeby mogą mieć stan potencjalny (gdy są zaspokojone) oraz aktualny (gdy są niezaspokojone).

Potrzeby fizyczne. W fazie terminalnej choroby potrzeby fizyczne najczęściej dotyczą głównie uniknięcia bólu oraz odzyskania dawnej, chociaż elementarnej sprawności ruchowej umożliwiającej swobodne poruszanie się i samoobsługę.

Potrzeby psychiczne. Dotyczą one sprawy uwolnienia się od emocji ujemnych, przygnębienia, lęku, doświadczania braku sprawstwa. Potrzebą osób w fazie terminalnej jest doświadczanie, chociaż na poziomie elementarnym, dobrostanu psychicznego i poczucia własnej wartości.

Krystyna de Walden-Gałuszko zwraca uwagę na problem akceptacji nieuchronności śmierci. „Problem jakości życia pacjentów w stanie terminalnym nabiera szczególnego znaczenia w świetle przyjętych wobec tej grupy chorych, filozofii postępowania medycznego.

Filozofia ta opiera się na podstawowej zasadzie, którą można określić jako akceptację nieuchronności śmierci. Przyjęcie tej zasady z wszystkimi jej konsekwencjami jest rewolucją w naszym dotychczasowym myśleniu lekarskim” (2004, s. 565).

Oznacza to, że niekiedy „heroiczna” walka o życie poza przysporzeniem choremu cierpienia nie daje żadnych innych korzyści. Tę prawdę jednak trudno przyjąć i zaakceptować.

Potrzeby społeczne. Dotyczą miejsca osoby chorej w sieci relacji międzyludzkich. Zablokowane zostały potrzeby zawodowego uczestnictwa, potrzeby dalszego spełniania powinności wobec rodziny, zwłaszcza dzieci, które nie osiągnęły niezależności materialnej i zawodowej, szerszego dotychczasowego uczestnictwa społecznego. Pojawiła się za to całkowita zależność od innych oraz odrażający wygląd.

Potrzeby duchowe. Przekonania religijne są składnikiem naszej kultury i w sposób szczególny określają duchowy wymiar człowieczeństwa. Ujawniają się zwłaszcza w chwilach trudnych, a zwłaszcza w okresie kończącego się życia. Rozpoznanie ich, a następnie zaspokojenie jest przedmiotem postugi kapłańskiej.

Zdaniem Zbigniewa Pawlaka (1997) pacjenci i rodzina stojący w obliczu poważnej choroby bądź śmierci są zdolni do lepszego zmagania się z bólem i cierpieniem, gdy większe zaufanie pokładają w systemie wierzeń i praktykach religijnych. Wiara daje siłę i odwagę życiową, jest źródłem osiągania większego spokoju ducha. Duchowości nie można utożsamiać z wierzeniami i praktykami religijnymi. Jednakże wierzenia i praktyki religijne ułatwiają rozpoznanie istniejących potrzeb duchowych.

Moment przejścia od leczenia klinicznego do opieki paliatywnej nie przyjmuje opcji zero-jedynkowej. W pewnym wczesnym okresie wzajemnie się przenika. **Nigdy jednak doświadczanie cierpienia i umieranie nie powinno przebiegać w samotności.**

Zasady wsparcia

E. Kennedy i S. Charles (2004) wskazują na podstawowe zasady, którymi powinni kierować się pomagający w opiece paliatywnej:

- Umierający bardziej chcą mówić niż słuchać.
- Podstawową rzeczą jest nasza obecność oraz nasza wrażliwość.
- Umierający mówią językiem symboli.
- Umierający jest dla nas podmiotem, nigdy przedmiotem.
- Prowadzący poradnictwo ma do czynienia nie tylko z umierającym człowiekiem.

Ma do czynienia także z lekarzami, personelem szpitalnym, osobami z rodziny i z przyjaciółmi. Osoba prowadząca poradnictwo musi promieniować na wszystko, co wiąże się z umierającym człowiekiem.

- Profesjonaliści mogą ułatwić kontakt osób bliskich z umierającym, co może jeszcze silniej zbliżyć ich w schyłkowej fazie życia. Dotyczy to zwłaszcza psychologów. Ważne jest odczytanie potrzeb umierających i pomoc w ich zaspokojeniu.

Szczegółowe cele wsparcia przez terapeutów, z dużą trafnością wyartykułowała Teresa Turuk-Nowakowa (1990):

- 1) pomoc choremu w osiągnięciu kontroli nad zbliżającym się faktem nieuchronnej śmierci, aby dostarczyć mu spokoju ducha i w jakiejś mierze poczucia godności;
- 2) pomoc w koncentracji uwagi i wewnętrznej energii pacjenta na „dogadaniu się z samym sobą” i ustaleniu właściwych relacji do świata zewnętrznego;
- 3) zwrócenie uwagi umierającego także na życie toczące się wokół niego i to, którym sam jeszcze dysponuje;
- 4) zachęcanie do podjęcia wysiłku nad samorealizacją w obliczu śmierci;
- 5) pomoc w przeprowadzeniu pacjenta przez poszczególne etapy umierania aż do stadium akceptacji śmierci.

Ważnym aspektem relacji z chorym jest empatia, ciepło i autentyczność.

Empatia – ale jaka? Empatię najczęściej opisujemy jako poznawczą świadomość i rozumienie emocji innej osoby, przyjmowanie jej roli.

Empatia i sympatia to nieco inne pojęcia. Jeśli w sympatii dominuje poczucie emocjonalnej więzi, to w empatii dominuje wniknięcie w świat drugiej osoby, po to, by ją zrozumieć i ewentualnie pomóc.

Empatia umożliwia zaangażowane wspieranie osoby bez jednoczesnego „ugrzęźnięcia” w problemy pacjenta. Sympatia łatwo „wciąga” terapeutę w problemy pacjenta, przez co obniża jego skuteczność wspomagania.

Ciepło. Ciepło nie jest umiejętnością praktyczną, a stanem umysłu. Wyraża się ono w „bezwarunkowym życzliwym spojrzeniu”. Ciepło jest wyrazem bezwarunkowej akceptacji człowieka z jego niepowtarzalnością i indywidualnością. Ciepło daje większe poczucie bezpieczeństwa osobie wspomaganej, gdyż jest wyrazem pozytywnego nastawienia uczuciowego do otoczenia przez osobę wspomagającą. Ciepło posiada moc „zarażania” innych osób.

Autentyczność. Bezpośredniość i szczerłość są głównymi atrybutami osoby autentycznej. Jest warunkiem skutecznego porozumiewania się oraz posiada ścisły związek

z ciepłem wewnętrznym osoby pomagającej. Autentyczność jest także wyrazem wierności sobie, a nie jest graniem roli w określonej sytuacji. Osoba ciężko chora bardzo łatwo odróżnia autentyczność od pozorowania autentyczności.

Psychologiczne techniki wsparcia

Walka z bólem i cierpieniem jest przedmiotem szczególnego postępowania zespołu terapeutycznego w stosunku do osób chorych będących w fazie terminalnej.

W odniesieniu do postępowania psychologicznego, związanego z poprawieniem w stopniu możliwym jakości życia osoby chorej, można zastosować następujące techniki wsparcia:

- rozmowa z chorym,
- terapia poprzez mowę ciała,
- posługa duchowa,
- rozwiązywanie problemów egzystencjalnych,
- nauka czynności samoobsługi,
- trudny problem mówienia choremu prawdy?

Rozmowa z chorym

Rozmowa z chorym może przybrać różne formy:

- rozmowa w diadzie (chory – rodzic; chory – żona/mąż; chory – terapeuta itp.);
- rozmowa grupowa (chory – rodzina; grupa chorych; chory – rodzina i w tle terapeuta).

Oto najważniejsze właściwości rozmowy:

- partner musi dysponować czasem;
- rozmowa powinna być ciepła i podtrzymująca;
- powinno dominować spojrzenie transakcyjne (tożsamość partnerów zmieniająca się podczas kontaktu);
- należy komunikować się z szacunkiem, tzn. we wzajemnej współzależności;
- być blisko, ale bez narzucania się;
- przyzwolić osobie cierpiącej na wyrażanie uczuć;
- pomóc pacjentowi w przechodzeniu z jednego zagadnienia (problemu) do drugiego;
- umożliwić pacjentowi stawianie pytań i zachęcać do ich artykułowania;
- okazywać zrozumienie wobec stanów psychicznych pacjentów i wczuwać się w ich doznania;
- unikać sloganów i frazesów.

Terapia poprzez mowę ciała

Porozumiewanie się niewerbalne jest doświadczeniem filogenetycznym i jest właściwe wszystkim organizmom żywym. W przypadku człowieka zostało ono ubogacone komunikowaniem się werbalnym. Często niesłusznie przeceniamy wagę słów i nie doceniamy wagi gestów, mowy ciała, komunikacji niewerbalnej. Wielu uważa, że to

właśnie komunikacja niewerbalna posiada szczególną moc wywierania wpływu na partnera interakcji. Sądzę, że jej znaczenie jest szczególne w sytuacjach ekstremalnych – miłości, nienawiści, walki czy zagrożenia. Relacje z chorym w fazie terminalnej z pewnością należą do sytuacji ekstremalnych.

Do korzystnych aspektów komunikacji niewerbalnej zaliczamy:

- zbliżenie się do pacjenta, do sfery intymnej lub osobistej (min. 120 cm);
- gesty dłoni – dotyk, delikatny uścisk dłoni, pogłaskanie policzków;
- właściwe gesty rąk i ramion – trzymanie dłoni, rąk i nadgarstków;
- okazywanie zainteresowania partnerem (nieokazywanie znudzenia);
- skupianie się na chorym i jego problemach;
- właściwa pozycja i stosowne trzymanie nóg (np. unikanie siedzenia okrakiem);
- nieokazywanie pośpiechu – „mam czas”;
- stosowną wokalistykę – znaczące pauzy, odchrząknięcia, barwę głosu, głośność, tempo mowy, tembr głosu.

Posługa duchowa

W obliczu śmierci człowiek dokonuje wielu przewartościowań moralnych oraz zmienia hierarchię potrzeb. Równocześnie osoba taka dokonuje bilansu życiowego w oparciu o nowe kryteria. Często wartości materialne schodzą na drugi plan, zaś wartości duchowe stają się wartościami naczelnymi. Rodzi to wiele pytań i dylematów moralnych. W odpowiedzi na nowe pytania i dylematy o charakterze egzystencjalnym, szczególną rolę może odegrać osoba duchowna oraz bliscy.

Ważne, aby zapobiegać negacji własnej przeszłości przez osobę chorą (źródło rozpacz), a prowokować do spojrzenia na przebyte życie jako serię ważnych dokonań z trwałymi śladami pozostawienia po sobie istotnych wartości materialnych i duchowych. Spełnianie roli życzliwego sędziego powinno być normą postępowania dla osoby wspomagającej.

Szczególną rolę w postudze duchowej może spełnić osoba duchowna – kapłan. Heinrich Pera (1993, s. 190-191) pisze tak o postawie osoby duchownej wobec chorego:

„Zbliżam się do cierpiącego człowieka w jego rzeczywistości, zdając sobie sprawę z własnej niepewności i lęku. Podchodzę poważnie do jego problemów, nie mam na podorędziu żadnej gotowej recepty. Słucham, co ma mi do powiedzenia, pomagając mu przez samą bliskość. Dzięki temu sam mogę osiągnąć postępowanie; czuję się obdarowany”.

Rozwiązywanie problemów egzystencjalnych

Każdy pacjent zdaje sobie sprawę z nieodwracalności choroby i zbliżającej się śmierci. Bardzo często próbuje uporządkować sprawy związane z ważnymi celami życiowymi, sensem życia, w tym i sprawy majątkowe. Mamy tu do czynienia z rezygnacją z części planów życiowych, zamierzeń i marzeń.

Trzeba też pomóc w podjęciu wielu trudnych decyzji:

- pojednania z bliskimi, jeśli osoba na tle przeszłościowego konfliktu doświadcza niepokoju, wyrzutów sumienia lub dyskomfortu;
- życzeń umiერającego odnośnie pochówku, charakteru obrzędu;
- życzeń dotyczących przeznaczenia rzeczy i pamiątek;
- spraw, które powinno się załatwić i uregulować w przyszłości, zgodnie z wolą umierającego.

Są to trudne problemy i wymagają one wielkiego wycucia i taktu, aby nie urazić i nie uprzedmiotowić osoby umierającej.

Nauka czynności samoobsługi

Wraz z postępującą chorobą dramatycznie obniża się wydolność psychofizyczna osoby. Przeto zespół terapeutów i opiekunów pomaga w zaspokajaniu podstawowych potrzeb fizjologicznych, elementarnej samoobsługi, a także wybranych potrzeb społecznych, estetycznych i ontycznych. Słuszna jest zasada pomocy tam, gdzie osoba sama nie może podołać. Pozostaje problem granicy i jakości pomagania. Należy odróżnić pomoc konieczną od zbytcej. Gdy chory może pewne czynności wykonać samodzielnie, to musi je wykonywać. W przeciwnym przypadku kształtujemy wyuczoną bezradność.

Inny problem to czynności nietypowe. W każdej kulturze istnieją pewne utrwalone standardy wykonania (wzory typowe zachowań). Powstały one w oparciu o analizę możliwości jednostki i wymagania otoczenia. Przewlekła choroba bądź niepełnosprawność uniemożliwiają zaspokajanie potrzeb. Można wówczas nauczać czynności nietypowych, dzięki którym można zaspokajać potrzeby i realizować elementarne zadania bliskie (np. poruszanie się z kulą, mowa migowa itp.).

Nauczanie czynności nietypowych jest formą aktywności osoby, umożliwia jej odkrywanie swoich nowych możliwości, umożliwia bardziej samodzielne życie, generuje zadowolenie i przyczynia się do poprawy własnego samopoczucia. To jest także ważna forma wspomagania.

Nauczanie jest formą komunikatu w stosunku do osoby chorej, mówiące o przeświadczeniach osoby wspomagającej odnośnie rzeczywistych możliwości osoby chorej. Wartości terapeutycznych takiego nauczania nie da się przecenić.

Trudny problem mówienia choremu prawdę?

Istnieją dwa przeciwstawne stanowiska:

- pacjent nie powinien wiedzieć o swoim stanie zdrowia;
- pacjent ma prawo do informacji.

Za pierwszym stanowiskiem przemawiają następujące argumenty:

- pacjent nie chce znać prawdy,
- pacjenta trzeba chronić przed możliwością załamania się,
- nie wolno niszczyć nadziei,
- pacjentowi należy zapewnić lekką śmierć,
- nikt nikogo nie uczy, w jaki sposób mówić z pacjentem o nieuchronności śmierci.

Za drugim stanowiskiem przemawiają następujące argumenty:

- szacunek dla osoby pacjenta i nieprzejmowanie nad nim władzy,
- kłamstwo niszczy autorytet lekarza,
- prawda wyzwala aktywność i siły obronne,
- każdy człowiek ma prawo do swego umierania i zarazem do solidarności i pomocy (Pera, 1993, s. 220-223).

Wydaje się, że przy podejmowaniu decyzji o informowaniu pacjenta o jego sytuacji zdrowotnej należy w większym stopniu uwzględnić całokształt właściwości umierającej osoby, osobowość terapeuty i charakter ich wzajemnych więzi. Poza tym, chyba jesteśmy zbyt ostrożni w przekazywaniu informacji niepomysłnych. Częściej powinniśmy przekazywać je stopniowo i ostrożnie.

Wsparcie osób pomagających chorym w fazie terminalnej i żałoby

Medycyna paliatywna jest medycyną życia, życia w jego ostatnim okresie, a nie medycyną „śmierci”.

Jerzy Jarosz

W procesie pomagania chorym w fazie terminalnej uczestniczą osoby najbliższe (zwłaszcza rodzina), zawodowo zaangażowani specjaliści (lekarze, pielęgniarki), wolontariusze oraz osoby duchowne. Wszystkie te osoby udzielają społecznego i emocjonalnego wsparcia. W procesie wspierania niewątpliwie doświadczają wiele satysfakcji z tytułu pomocy innym, będącym w najtrudniejszej fazie ludzkiej egzystencji. Jednocześnie doświadczają współcierpienia, które ma bliskie i odległe konsekwencje.

Osoby najbliższe

Szczególnego wsparcia potrzebują osoby najbliższe. Często stawiamy sobie pytanie: – Jaki rodzaj śmierci jest, mimo swojej dramaturgii, korzystniejszy – śmierć nagła, czy długo zapowiadana? W tradycji chrześcijańskiej wiele osób się modli – *od nagłej i niespodziewanej śmierci wybaw nas Panie*.

Możemy także spotkać się z poglądami odmiennymi. Wiele osób w podeszłym wieku modli się, aby w chwili śmiertelnej choroby nie były ciężarem dla bliskich i aby śmierć jako wydarzenie ostateczne, nastąpiła szybko.

Dyskusja odnośnie korzystniejszej formy niechaj będzie sprawą wybitnie osobistą. Można jednak stwierdzić, że w sytuacji ciężkiej i bolesnej choroby oraz długo oczekiwanej śmierci, żałoba ma miejsce głównie przed śmiercią. Sama śmierć jest przyjmowana jako koniec cierpienia i bólu. W kulturze chrześcijańskiej jest to przejście do „Domu Ojca”.

Sharon Mc Kenna (za: James, Gilliland, 2004) jest autorką cennej koncepcji poradnictwa kryzysowego wobec osób bliskich, które doświadczają straty z tytułu trwałego rozłączenia. Wyróżnia ona 6 stadiów żałoby:

Stadium 1. Szok, smutek, lęk i izolacja.

W tym stadium ważne jest, aby nawiązywać kontakt z osobą i być z nią.

Stadium 2. Smutek.

Gwałtowny i długotrwały płacz jest wyrazem uwalniania skumulowanych emocji.

Stadium 3. Samotność.

Przejmująca samotność, nadzwyczajna nerwowość, bezsensowność lub utrata apetytu. Cenną formą terapii jest prowokowanie osoby do przejawiania aktywności.

Stadium 4. Gniew i poczucie winy.

Gniew i poczucie winy obdziera człowieka z sił fizycznych i psychicznych. Koncentracja na zdrowych myślach i uczuciach pomaga w akceptacji straty.

Stadium 5. Depresja.

Świadomość, że utracona osoba nie wróci, często prowadzi do depresji. Wsparcie ze strony osób znaczących jest tu bardzo istotne.

Stadium 6. Zwrot ku przyszłości.

W tym stadium osoba na nowo odkrywa własne pozytywne możliwości i pojawiają się nowe plany (James, Gilliland, 2004, s. 532-533).

Nie zawsze po stracie bliskiej osoby każdy musi przejść przez wszystkie stadia. Często wsparcie rodzinne, bądź przyjaciół pozwala opanować sytuację kryzysową już we wczesnych stadiach.

Richard James i Burt Gilliland, dokonując przeglądu obszernej literatury poświęconej reakcji rodziny na stratę bliskiej osoby stwierdzili: „Po poważnej stracie, takiej jak śmierć członka rodziny lub bliskiego przyjaciela, ludzie mogą już nigdy nie wrócić do stanu równowagi, czyli nie „dojść do siebie”. Ważne jednak, by w miarę upływu czasu umieli sobie radzić z tą stratą w sposób umożliwiający wszystkim, i dzieciom, i dorosłym, ponowne odnalezienie sensu życia, zapobieżenie trwałemu poczuciu niedoli i zachowanie integralności osobistej, psychicznej i duchowej” (2005, s. 514).

Interwencja kryzysowa, pomoc psychologiczna, wsparcie w stosunku do osób najbliższych są bardzo często konieczne celem zapobieżenia ich dezintegracji psychicznej. W perspektywie historycznej i kulturowej ukojenie w wierze i duchowości pomaga łagodniej przeżyć stratę i ponownie odzyskać sens życia.

Rola jaką osoba zmarła pełniła w życiu osób bliskich powoduje u nich specyficzne problemy. Zależy to od tego, czy strata dotyczy:

- współmałżonka,
- bliskiej osoby w dzieciństwie,
- bliskiej osoby w wieku dojrzewania,
- bliskiej osoby w starszym wieku.

Wiele danych możemy znaleźć w literaturze na temat śmierci współmałżonka. Podkreśla się uczucie żalu i pustki po stracie. Dotyczy to kobiet i mężczyzn. Ważną rolę odgrywa tu ceremonia pożegnalna – akt ostatecznego pożegnania zmarłego. Dość charakterystyczna jest obsesja rozpamiętywania okoliczności śmierci i wcześniejszych wspólnych doświadczeń. Tu ważne jest wsparcie innych osób (Bishop, 2000, s. 372-379).

Osoby zaangażowane zawodowo, wolontariusze i osoby duchowne

Praca z umierającą osobą jest zawsze źródłem silnego stresu. Dotyczy to nie tylko sytuacji, gdy umiera osoba bliska, ale także wtedy, gdy pracujemy zawodowo z osobami umierającymi. Hospicja są tego typowym przykładem – dotyczy to zwłaszcza lekarzy, pielęgniarek, duchownych, pracowników zakładów pogrzebowych. Ta grupa osób przeżywa współcierpienie, a w przypadku zgonu stratę. Mogą one w dłuższej perspektywie czasowej obniżyć kondycję psychiczną, wydolność zawodową i w konsekwencji wypalać możliwości zawodowe.

Wsparcie tej grupy nie powinno uchodzić uwadze osób wspierających, jak również kierownictwu instytucji bądź organizacji.

Zaangażowane wspieranie osób w fazie terminalnej i osób najbliższych w okresie żałoby może doprowadzić do następujących konsekwencji:

- przeinwestowania w zakresie emocjonalnego zaangażowania w klienta;
- przeciążenia żałobą – nie ma miejsca odnowa emocjonalna;
- przeciwrzucenia, jeśli osoba włączy klienta we własne dawne przeżycia;
- stawiania siebie w obliczu własnej śmiertelności;
- utraty kontroli i identyfikowania siebie z klientami;
- skłonności do ratowania wyrażającej się w fantazjowaniu o uratowaniu klienta, co jest zaprzeczeniem nieuchronności straty (por. James i Gilliland, 2005, s. 534-535).

Osoby intensywnie pracujące w opiece terminalnej, zaangażowane codziennie w ludzkie problemy, ostatecznie mogą doświadczać wypalenia zawodowego, czyli może mieć miejsce m.in. obniżenie troski o drugiego człowieka.

Cenna jest uwaga i przestroga Nicholasa Coni, Williama Davisona oraz Stephena Webstera (1994, s. 175-176), angielskich badaczy różnych aspektów starzenia się, dotycząca opieki nad ludźmi starymi:

„Opiekun jest nierzadko dręczony przez wyolbrzymione i często sprzeczne wymagania, jakie stawia mu chora osoba. Zmęczenie, frustracja, żale, złość, niepokój zmieszany z poczuciem winy są ciężkimi obciążeniami dla opiekuna, sprawiając, że jego życie staje się nieszczęśliwe. Należy więc odizolować się na jakiś czas od tych problemów, nabrać do nich dystansu oraz wymagać od innych (rodziny, przyjaciół chorej osoby), aby przejęli część tego trudu na swoje barki. Nadmierne przeciążenie osoby opiekującej się sprawia, że jej układy rodzinne są napięte, gdyż nie ma czasu ani siły na zajmowanie się rodziną”.

Literatura cytowana

- Binnebesel, J. (2003). *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową w doświadczeniu pacjentów*. Toruń: Wyd. UMK.
- Bishop, G. (2000). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo ASTRUM.
- Bołoz, W. (1997). *Życie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioetyczne*. Warszawa: Wydawnictwo ATK.

- Bralczyk, J. (red.) (2005). *Słownik 100 tysięcy potrzebnych słów*. Warszawa: PWN.
- Cieślak, R., Elias, A. (2004). Wsparcie społeczne a osobowość. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.) *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 68-90). Warszawa: PWN.
- Coni, N., Davison, W., Webster, S. (1994). *Starzenie się*. Warszawa: PWN.
- Feldman, R. (1998). *Zrozumieć psychologię*. Wrocław: Wydawnictwo ASTRUM.
- Góralczyk, E. (1996). *Choroba dziecka w twoim życiu*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministra Edukacji Narodowej.
- James, R., Gilliland, B. (2004). *Strategie interwencji kryzysowej. Pomoc psychologiczna poprzedzająca terapię*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne RARPA.
- Jarosz, J. (2004). Medycyna paliatywna – rozważania ogólne. W: J. Dobrogowski, J. Wordliczka (red.) *Medycyna bólu* (s. 535-548). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Jasmin, C. (1998). *Homo Geneticus. Pytania o przyszłość człowieka*. Poznań: Wydawnictwo i Drukarnia UNI-DRUK s.c.
- Kennedy, E., Charles, S. (2004) *Jak pomagać dobrą radą. Poradnik*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Kępiński, A. (1978). *Rytm życia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Knoll, N., Schwarzer, R. (2004). „Prawdziwych przyjaciół...” Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.) *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 29-48). Warszawa: PWN.
- Krajnik, M., Żylicz, Z. (2004). Trudne sytuacje w opiece paliatywnej. W: J. Dobrogowski, J. Wordliczka (red.) *Medycyna bólu* (s. 548-560). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Kubler-Ross, E. (1979). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Linn, M., Linn, D. (1993). *Uzdrowianie ludzkich zranień*. Kraków: Wydawnictwo M.
- Łuszczynska, A. (2004). Wsparcie społeczne a stres traumatyczny. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.) *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 190-205). Warszawa: PWN.
- Pawlak, Z. (1997). Opieka duchowa u kresu życia. W: B. Block, B. Otrębski (red.) *Człowiek nieuleczalnie chory* (s. 56-67). Lublin: Wydawca – Wydział Nauk Społecznych KUL.
- Pera, H. (1993). Sam nie podołam. W: H. Bortnowska (red.) *Sens choroby. Sens śmierci. Sens życia* (s. 117-252). Kraków: Znak.
- Procidano, M. (2004). Międzykulturowy wymiar wsparcia społecznego: postępy, problemy i perspektywy. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.) *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 91-105). Warszawa: PWN.
- Rogiewicz, M. (2000). Problemy psychoonkologiczne dzieci i młodzieży. W: K. de Walden-Gałuszko (red.) *Psychoonkologia*. Kraków: Polskie Tow. Psychiatryczne.

- Sęk, H. (2004). Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.) *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 49-68). Warszawa: PWN.
- Sęk, H., Cieślak, R. (2004). Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.) *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 11-28). Warszawa: PWN.
- Sheridan, Ch., Radmacher, S. (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwania dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: IPZ.
- Stewart, J. (red.) (2003). *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej*. Warszawa: Wyd. PWN.
- Turuk-Nowakowa, T. (1990). Postępowanie psychologa w stosunku do chorych nieuleczalnie i opieka terminalna. W: I. Heszen-Niejodek (red.) *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych* (s. 195-200). Warszawa: PZWL.
- Wirsching, M. (1994). *Wokół raka*. Gdańsk: GWP.
- Woodruff, R. (2000). *Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care*. Genewa 1990.
- Zwierzchowski, P. (2006). *Spektakl i ideologia. Szkice o filmowych wyobrażeniach śmierci heroicznej*. Kraków: Wydawnictwo RABID.