

## ARTYKUŁY POGLĄDOWE (REVIEW PAPERS)

## Cierpienie i jego łagodzenie w opiece paliatywnej

(Suffering and solace in palliative care)

zak. R D'Costa <sup>1,A,B,D</sup>, Z Kopański <sup>1,2,F</sup>, I Brukwicka <sup>3,B,E</sup>, ks. A Rogalski <sup>3,B</sup>, ks. J Mierzwa <sup>4,B</sup>, G Sianos <sup>5,B</sup>, J Strychar <sup>1,B,C</sup>

1. Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu
2. Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński
3. Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu
4. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku
5. Glasgow Royal Infirmary Trauma and Orthopaedic Department Glasgow

**Abstract**— The authors have presented the most common classifications of suffering and discussed various aspects of mental suffering and physical pain. They have proceeded on to discuss the origins of palliative care and emphasise the contemporary aims of palliative care.

**Key words** — suffering and its forms, development of palliative care, contemporary aims of palliative care.

**Streszczenie**— Autorzy przedstawili najczęściej stosowane podziały cierpienia, omówili różne aspekty cierpienia psychicznego, oraz bólu fizycznego. Następnie scharakteryzowali początki opieki paliatywnej na świecie i w Polsce oraz podkreślili współczesne założenia opieki paliatywnej.

**Słowa kluczowe** — cierpienie i jego formy, rozwój opieki paliatywnej, współczesne założenia opieki paliatywnej.

**Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy**— A-Koncepcja i projekt badania, B-Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C-Analiza i interpretacja danych, D-Napisanie artykułu, E-Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F-Ostateczne zatwierdzenie artykułu

**Adres do korespondencji** — Prof. dr Zbigniew Kopański, Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu, Żyrardów, ul. G. Narutowicza 35, PL-96-300 Żyrardów, e-mail: zkopanski@o2.pl

**Zaakceptowano do druku:** 30.06.2016.

## PODZIAŁ CIERPIENIA

Cierpienie możemy podzielić na dwa rodzaje. Na cierpienie ciała i cierpienie ducha, czyli podział na konia i na jeźdźca. Mamy więc tu cierpienie konia - ciała, i cierpienie jeźdźca, czyli ducha. Koń to nasze ciało, więc ten pierwszy rodzaj cierpienia dotyczy ciała. Ma swój początek w ciele, tak jak ten drugi rodzaj ma swój początek w duchu. Zarówno ten pierwszy, jak i ten drugi rodzaj nie jest statyczny, ale rozwijając się przechodzi dalej obejmując całą istotę. Ten pierwszy, z ciała rozprzestrzenia się z czasem na ducha, tak samo jak ten zaczynający się w duchu rozwija się i w

kolejnym etapie przechodzi na ciało, bo jak wiadomo jeden zawsze ciągnie za sobą drugiego [1].

To jeden podział. Oprócz tego istnieją cierpienia, które odczuwamy sami, czyli bezpośrednio, i cierpienia na skutek współodczuwania bólu kogoś bliskiego, czyli cierpienie pośrednie. Jest to cierpienie, które odczuwane jest przez kogoś na poziomie cielesnym, a być może nawet na poziomie duchowym, a przez nas jest odbierane na poziomie ducha [2].

Chmielewski [3] stwierdza, że bardziej niż śmierci i umierania, ludzie boją się uzależnienia, bezsilności i bólu. Ból w chorobach terminalnych przekracza wymiar fizyczny i z tego powodu powinno się zająć nim na wszystkich płaszczyznach: fizycznej, psychologicznej, społecznej i duchowej. Ogromny ból fizyczny może doprowadzić do stanu, w którym chory chce go

usunąć za wszelką cenę, nawet za cenę śmierci. Ból psychologiczny związany jest z emocjami negatywnymi. Ból może mieć wymiar społeczny, powodujący izolację, uzależnienie od innych, utratę roli zawodowej oraz społecznej. Ból może mieć wymiar duchowy, przejawiający się utratą znaczenia celu, odczuwanie Boga jako wroga.

### PSYCHICZNE CIERPIENIE DUSZY (ZNIECHĘCENIE, IZOLACJA, DEPRESJA)

Cierpienie jest jedną z najgłębszych tajemnic osobowego życia człowieka. Jest ono przedmiotem głębokich dociekań filozofów.

#### ZNIECHĘCENIE

Każdy z nas nosi w sobie pragnienie cieszenia się życiem. Jednak stajemy w obliczu wyzwania, aby pokonywać trudności i problemy pojawiające się na naszej drodze. Nagromadzenie wielu problemów prowadzi do zniechęcenia, a zniechęcenie okrada nas z radości życia i z siły oraz energii potrzebnych, by skutecznie zmierzyć się z przeciwnościami. Zniechęcenie „kradnie” nasze marzenia, wiarę i nadzieję [4].

#### IZOLACJA

Kiedy chory nie dopuszcza do siebie świadomości, że jest ciężko chory, izoluje się od otoczenia, które mogłoby potwierdzić jego obawy i przeczucia. Zaprzeczanie jest sygnałem, że pacjent nie jest gotowy do przyjęcia prawdy. Chory jest cichy, zamknięty w sobie, osamotniony w swym nieszczęściu. Chory nie odczuwa przyjemności, traci zainteresowania, ma wrażenie, że jest sam i wszyscy o nim zapomnieli [5].

#### DEPRESJA

W depresji ból i cierpienie dotyczą całego człowieka, we wszystkich jego wymiarach: fizycznym, psychicznym i duchowym. Najtrudniejszy do zdefiniowania jest ból psychiczny. Głęboko depresyjni pacjenci mówią niekiedy o wewnętrznym, wszechogarniającym cierpieniu. Zaburzenia depresyjne częściej występują u seniorów z przewlekłymi chorobami oraz deficytami funkcji poznawczych i skutkują cierpieniem, niesprawnością, a także pogarszają rokowanie i zwiększają śmiertelność [5,6].

Viktor Frankl uważa, że jeżeli człowiek dochodzi do wniosku, że jego egzystencja nie ma sensu to ogarnie go wielka frustracja [7]. Luciano Sandrin wspomina stwierdzenie Mount, zajmującego się opieką paliatywną, że przerażająca zapowiedź ciągłości bólu wy-

wołuje lęk, depresję, bezsenność; ból stale przypomina pacjentowi powagę jego choroby.[8]

### FIZYCZNY BÓL

Definicja bólu przyjęta przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu mówi, że „ból jest to nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne, związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek albo opisowe w kategoriach takiego uszkodzenia” [6].

Ogromny ból fizyczny może doprowadzać człowieka do stanu, w którym chory chce go usunąć za wszelką cenę, nawet za cenę śmierci. Ból psychologiczny związany jest emocjami negatywnymi, ból może mieć wymiar społeczny, powodując izolację, uzależnienie od innych, utratę roli zawodowej oraz społecznej. Ból może mieć wymiar duchowy, przejawiający się utratą znaczenia celu, odczuwanie Boga jako wroga. W życiu staramy się unikać bólu. Istnieją cierpienia trudne do zniesienia, ale również takie, które prowadzą do dojrzenia.

Ból to zatem zjawisko psychiczne, subiektywne i emocjonalnie związane nie tylko z wywołującym go bodźcem, ale z pamięcią uprzednich doświadczeń. Ból posiada cechy kliniczne, na podstawie których dokonuje się oceny bólu, ustala jego źródło. Odczuwanie natężenia bólu jest cechą indywidualną, zależy od danego organizmu, czynników zewnętrznych i wewnętrznych, najbardziej jednak od siły działania bodźca bólowego. Wytrzymałość wraz z tolerancją na ból jest cechą dziedziczną. Po narodzinach organizm kształtuje zdolności czuciowe, rozpoczyna nastawiać się na coraz lepszy odbiór bodźców bólowych.

Biorąc pod uwagę umiejscowienie można wyróżnić ból: miejscowy, rozlany, uogólniony. Natężenie bólu możemy badać skalami bólu: analogową, wzrokową, środkami przeciwbólowymi. Jakość bólu wyrażana jest słownie przez pacjenta. Cechy bólu są następujące: kurczowy, pulsujący, rwący, piekący, palący. Wyróżnić można ból: ostry lub napadowy, narastający, zwalniający.[9,10,11]

Celem leczenia bólu nie jest uzyskanie wyleczenia lub zatrzymania procesu chorobowego, ale poprawienie jakości życia chorego w obecnym stadium choroby. Jest to łagodzenie objawów choroby, eliminowanie i łagodzenie bólu oraz innych dolegliwości towarzyszących chorobie. Leczenie paliatywne obejmuje przede wszystkim chorych nowotworowo. Jednym z elementów leczenia jest wsparcie psychiczne chorego i rodziny.[12,13]

Do objawów chorobowych i dolegliwości występujących w zaawansowanych stadiach choroby nowotworowej należą - biegunki, bezsenność, drgawki, gorączka, duszności, kaszel, krwawienie, wyniszczenie nowotworowe, niedrożność, nudności i wymioty, obrzęki, złamanie kości, świąd, odleżyny, wodobrzusze, zaparcie szereg innych objawów wywołanych na przykład z miesiąca sadowienia się przerzutów nowotworowych np. do ośrodkowego układu nerwowego.[14,15] Afirmujemy życie – uznając umieranie jako normalne zjawisko dotyczące żywego organizmu. Leczenie paliatywne integruje aspekty psychologiczne i duchowe opieki nad pacjentem. Pomaga żyć aktywnie, jak długo to możliwe.

Opieka paliatywna stała się osobną specjalnością medyczną od połowy lat osiemdziesiątych dwudziestego wieku. Słowo „paliatywny” wywodzi się od łac. „palliativus” [okryty płaszczem], w kontekście medycznym oznacza trwający, łagodzący oznaki choroby, lub angielskiego „palliate”- ulżyć, uśmierzyć. Opieka paliatywna i hospicyjna obejmuje [12-15]:

- zebranie wywiadu,
- badanie przedmiotowe,
- badania specjalistyczne,
- ew. konsultacje specjalistyczne,
- ustalenie planu opieki i ew. leczenia,
- monitorowanie przebiegu opieki i ew. leczenia,
- pielęgnacja chorego,
- zaopatrzenie chorego w leki i sprzęt umożliwiający wykonywanie podstawowych procedur, stosowanych w medycynie paliatywnej,
- edukacja chorego i jego rodziny,
- wsparcie psychiczne i duchowe, wsparcie socjalne,
- szczególna opieka nad chorymi w ostatnich chwilach życia,
- poszanowanie ciała i zabiegi higieniczne, pożegnanie i modlitwy.

## POCZĄTKI OPIEKI PALIATYWNEJ NA ŚWIECIE I POLSCE

Fundamentem opieki paliatywnej jest powstanie oraz rozwój ruchu hospicyjnego sięgającego swoimi korzeniami czasów starożytnych. Hospicjum - hospes oznacza osobę połączoną z inną trwałym związkiem, wynikającym z faktu udzielenia gościny. Inne określenia tego terminu to: druh, stary przyjaciel, przybysz, wędrowiec, gospodarz podejmujący przybyłych

w domu, oberży i na kwaterze, bądź gość odwiedzający zajazd [16].

Chrześcijaństwo nadaje inne znaczenie terminowi hospicjum - odnosi go do słów Chrystusa „wszystko, co uczyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, Mnie uczyniliście”. W związku z tym miłość wymagana przez Nauczyciela ma polegać na całkowitym oddaniu siebie, wręcz na oddaniu życia za bliźnich w myśl słów: „Nikt nie ma większej miłości od tej, gdy ktoś życie swoje oddaje za przyjaciół swoich”.

Zarówno miłość Boga, jak i bliźniego jest czymś jednym – Bóg jest Ojcem, natomiast wszyscy ludzie są braćmi. Świadomi tego byli pierwsi wyznawcy Jezusa z czasów apostołskich, którzy mieli szerokie pole do działalności dobroczynnej. Dzięki zbiórkom na rzecz osób ubogich Kościoł rozpoczął działalność charytatywną [17].

Zaczęły powstawać pod zarządem Kościoła szpitale, w których chorym zapewniano leczenie, a ubogim pobyt i utrzymanie [18]. Ważną rolę w tym okresie spełniały męskie i żeńskie zakony. Przy wielu klasztorach znajdowały się szpitale dla chorych, nawet dla nieuleczalnych oraz trędowatych, gdzie zakonnicy lub świeccy pracownicy pełnili posługę. W szpitalach lekarze (również zakonnicy) udzielali rady chorym, klasztorne apteki rozdawały ubogim leki bezpłatnie [44].

Należy podkreślić że zakony w tamtych czasach były istotnym czynnikiem życia Kościoła przyczyniając się do rozwoju cywilizacyjnego oraz kulturalnego ówczesnego świata. Działalność dobroczynna była utrzymywana i finansowana z darowizn przekazywanych Kościołowi przez zamożniejszych obywateli chrześcijańskich. Służyły wszystkim, którzy potrzebowali pomocy. Od VIII wieku, ubogim i cierpiącym pomagały liczne bractwa szpitalnicze i kościelne, oraz bractwa miłosierdzia i cechy rzemieślnicze [19]. Bractwa te, urządały nabożeństwa, a następnie rozdawały jałmużnę. Karmiono również ubogich i opiekowano się ludźmi chorymi w ich domach [20].

Idea hospicjów, jako chrześcijańskich instytucji dobroczynnych, niosących pomoc pielgrzymom, bezdomnych i nieuleczalnie chorym, rozwinęła się zwłaszcza w okresie średniowiecza. Natomiast w czasie Odrodzenia i Oświecenia wiele kościelnych instytucji charytatywnych zostało przejętych przez zarząd świecki. Opieka paliatywna to bezpośrednie obcowanie z człowiekiem zbliżającym się do kresu swojego życia, a przede wszystkim istoty cierpiącej.

W XIX wieku sytuacja wyglądała trochę inaczej. Wiek ten jest uznawany za okres intensywnego rozwoju medycyny. Powstały pierwsze schroniska, prze-

znaczone wyłącznie dla osób umierających. W 1842 roku Jeanne Gardier otworzyła w Lyonie pierwsze ze swoich schronisk, które otrzymało podwójną nazwę: „Hospicjum” oraz „Kalwaria”. W taki sposób po raz pierwszy słowo „hospicjum” zostało użyte w celu określenia miejsca przeznaczonego wyłącznie dla ludzi umierających [21].

Za twórcę współczesnego ruchu opieki paliatywnej uważa się panią Cicely Saunders, pracującą przez wiele lat nad powołaniem do życia i doskonaleniem tej formy pomocy pacjentom nieuleczalnie chorym. Idea tego typu opieki powstała w 1947 r., „zrodziła się myśl, że potrzebne jest miejsce, gdzie ludzie umierający mogliby dopełnić swego życia w godności i spokoju, wolni od wszechogarniającego bólu” [22].

Dzieło Cicely Saunders przyczyniło się do powstania podobnych ośrodków w Wielkiej Brytanii, Irlandii, a także w wielu innych państwach na całym świecie. W 1974 roku powstało pierwsze na terenie Stanów Zjednoczonych Ameryki Hospicjum w Connecticut. Opiekę hospicyjną zaczęto sukcesywnie wprowadzać w klinikach uniwersyteckich. W Kanadzie na określenie tego typu działalności przyjęto termin *opieka paliatywna* [23]. W kolejnych latach powstawały oddziały opieki paliatywnej w Australii, Holandii, Japonii, Szwecji, Republice Południowej Afryki oraz Zimbabwie.

Początki opieki paliatywnej w Polsce sięgają lat 70 – tych. Aktywne poszukiwanie sposobów zrealizowania tych wartości oraz zaangażowanie w opiekę nad pacjentami, doprowadziło do sformułowania zasad postępowania z człowiekiem chorym oraz umierającym. W 1977 roku na zebraniu osób skupionych w zespole synodalnym podjęto postanowienie o wybudowaniu w Krakowie domu dla nieuleczalnie chorych wzorowanego na tym właśnie hospicjum. Za punkt przełomowy można uznać odwiedzinę Cicely Saunders w Warszawie, Gdańsku oraz Krakowie, gdzie wygłaszając odczyty na tematy związane z opieką nad pacjentem umierającym i organizacji pracy hospicyjnej, spotkała się również z zespołem. Źródła rozwoju początkowo koncentrowały się w trzech niezależnie wyłaniających się ośrodkach: w Krakowie, Gdańsku oraz Poznaniu. Każdy z nich na swój własny sposób próbował realizować ideę opieki paliatywnej, dzięki czemu wypracowano pewne wzorcowe ramy organizacyjne, który były wykorzystywane później przez kolejne ośrodki [24].

Formalnie ruch opieki paliatywnej i hospicyjnej zaczął się rozwijać w Polsce od 1981 r., kiedy w Krakowie zarejestrowano Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum”, zajmujące się cierpiącymi na choroby

nowotworowe, ich rodzinami oraz jednoczeniem ludzi do społecznego pełnienia tej opieki szerzenia idei hospicyjnej w społeczeństwie i budowa hospicjum” [25]. Idea budowy hospicjum stacjonarnego, wzorowanego na Hospicjum Św. Krzysztofa w Londynie zyskała wielu zwolenników. W 1996 r. otwarto Hospicjum Św. Łazarza w Krakowie. W 1984r. z inicjatywy księdza Eugeniusza Dutkiewicza powstało w Gdańsku Hospicjum Pallotinum.

Ośrodek gdański zapoczątkował model duszpasterskiej opieki hospicyjnej, która oparta była na zasadach leczenia paliatywnego i sprawowanej nad chorymi w jego domu, była wzorcem dla wielu ośrodków na terenie kraju (1985), powstała w Hospicjum Św. Jana Kantego w Poznaniu, które podjęło domową opiekę nad chorymi. Powołane zostało stowarzyszenie o nazwie Towarzystwo Przyjaciół Chorych HOSPI-CJUM, przedsięwzięcie to finansowane było przez społeczeństwo oraz członków stowarzyszenia. W Białymstoku powstało Towarzystwo Pomocy Chorym Hospicjum.

W 1988 roku w szpitalu klinicznym Akademii Medycznej imienia K. Marcinkowskiego w Poznaniu powstał Zespół Opieki Paliatywnej [26], a trzy lata później przy Katedrze Onkologii Akademii Medycznej w Poznaniu powołano Klinikę Opieki Paliatywnej (1991r.). Później w Gdańsku utworzono Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego, a w 1993 roku powstała przy Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej Krajowa Rada Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej. Aktualnie w Polsce działa około 300 ośrodków świadczących opiekę paliatywną w szerokim zakresie, co jest wybitnym osiągnięciem w skali europejskiej [27].

Nowoczesny ruch hospicyjny oraz powstanie opieki paliatywnej zawdzięczają swój rozwój idei otwartości na człowieka umierającego i stworzenia mu warunków do godnej i spokojnej śmierci. Jest otwarciem medycyny i społeczeństwa na ludzkie cierpienie w końcowej fazie jego życia.

## ROZWÓJ MEDYCYNY PALIATYWNEJ JAKO OD-RĘBNEJ DZIEDZINY MEDYCYNY

Opieki paliatywna wyrasta ze rozwijającej się świadomości społecznej dotyczącej śmierci, umierania i żałoby. Powstawanie domów opieki i hospicjów dowodzi, że istnieje potrzeba szczególnego przygotowania, umożliwiającego udzielenie pomocy umierającym i ich rodzinom. Medycyna hospicyjna dała szersze spojrzenie na ból, wprowadzając pojęcie bólu totalnego, wszechogarniającego, który „[...] łączy ze

sobą w jednorodną całość: ból fizyczny, emocjonalny, społeczny, psychiczny, duchowy, religijny” [28].

Rozumienie bólu uświadamia, że cierpiący człowiek wymaga kompleksowej opieki ze strony zarówno lekarza, jak i psychologa oraz księdza. Ponieważ dotyka każdej warstwy człowieka - psychicznej, fizycznej i duchowej.

Specjaliści w dziedzinie medycyny paliatywnej są zgodni, że nieprzeżycie żałoby po utracie osoby bliskiej potęguje cierpienie i destruktywnie wpływa na dalsze życie, ponieważ życie toczy się dalej. Dlatego właśnie działają w hospicjach grupy wsparcia dla ludzi pogrążonych w żałobie [29-33].

Istotną rolę w pracy z pacjentem odgrywa empatia, rozumienie uczuć przez otoczenie i potrzeb pacjenta, przy czym znaczenie empatii w tej relacji uzależnione jest od rodzaju kontaktu. Wyróżnia się trzy podstawowe modele relacji lekarz – pacjent [34]:

- Aktywność bierność - pacjent jest biernym odbiorcą czynności lekarza,
- Kierownictwo współpraca - aktywność występuje po obu stronach, przy czym zauważa się tu aktywność pacjenta; przeprowadzono badanie nad empatią zawodową w grupie lekarzy,
- lekarza - gdzie lekarz ma rolę dominującą.
- Obustronne współuczestnictwo – pacjent jest partnerem lekarza.

Decyzje w tym ostatnim modelu dotyczące celów i sposobów postępowania podejmowane są wspólne i uwzględniają sytuację pacjenta. W modelu tym lekarz koncentruje się na chorym uwzględniając jego stan psychiczny .

Stwierdzono, że wraz ze stażem pracy wzrasta empatia poznawcza. Biorąc pod uwagę specjalizację najwyższy wskaźnik empatii stwierdzono w grupie lekarzy pediatrów, onkologów, lekarzy rodzinnych, internistów, a najniższy poziom empatii w grupie lekarzy chirurgów, dermatologów i ginekologów [33]. Z punktu widzenia każdego pacjenta – empatia oczekiwana jest od wszystkich grup lekarzy.[35]

## PIŚMIENNICTWO

1. Pearson L. Śmierć i umieranie. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; Warszawa, 1973.
2. Sandrin L. Wobec cierpienia. Zrozumieć, przyjąć, wytłumaczyć cierpienie. Wydawnictwo JEDNOŚĆ; Kielce, 2000.
3. Chmielewski M. Nadzieja umierania. Śmierć jako szczytowy przejaw duchowości człowieka, W: Mielcarek K. (red.) Dar i tajemnica śmierci. Wydawnictwo KUL; Lublin, 2007: 141- 152.
4. Bernyś M. Potęga nadziei. Opowieść o cierpieniu człowieka i miłosierdziu Boga. Wydawnictwo Prawdziwe Jedzenie; Dragacz, 2016.
5. Dudek D.: (red.) Ból. Depresja. Wydawnictwa medyczne Termedia; Poznań, 2011.
6. de Walden – Gałuszko K.: Podstawy opieki paliatywnej. PZWL; Warszawa, 2006.
7. Frankl V. Człowiek w poszukiwaniu sensu. Wydawnictwo Czarna Owca; Warszawa, 2012.
8. Sandrin L. Jak się nie wypalić pomagając innym. Wydawnictwo Jedność; Kielce, 2006.
9. Wordliczek J, Dobrogowski J. Leczenie bólu. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; Warszawa, 2011.
10. Dobrogowski J, Zajączkowska R, Dutka J, Wordliczek J. Patofizjologia i klasyfikacja bólu. Pol Przegl Neurol 2011; 7 (1): 20-30.
11. Wordliczek J, Dobrogowski J. Leczenie bólu. PZWL; Warszawa 2011.
12. Toftthagen CS, McMillan SC. Pain, neuropathic symptoms, and physical and mental well-being in persons with cancer. Cancer Nurs 2010; 33: 436-444.
13. Caraceni A, Davies A, Poulain P. i wsp. Guidelines for the Management of Breakthrough Pain in Patients With Cancer. J Natl Compr Canc Netw 2013; 11: 29-36.
14. Webber K, Davies A, Zeppetella G, Cowie MR. Development and Validation of the Breakthrough Pain Assessment Tool (BAT) in Cancer Patients. J Pain Symptom Manage 2014, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.10.026>
15. Jarosz J. (red.) Leczenie bólów nowotworowych. Wydawnictwo ANmedia; Warszawa, 2009.
16. Pater D. (red.) Ból i cierpienie – ognisko światła i ciemności. PZWL; Warszawa, 2006.
17. Pater D. (red.) Ból i cierpienie – ognisko światła i ciemności. PZWL; Warszawa, 2014.
18. Bartoszek A. Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej. Księgarnia Ś Jacka; Katowice, 2000.
19. Balter L. (red.) Powołanie człowieka. Bo jego miłosierdzia na wieki. W: Stopicki L. Miłosierdzie Boże w świetle Pisma świętego i nasza na nie odpowiedź. Pallottinum; Poznań, 1972: 21-32.
20. Koral J. Podstawy działalności charytatywnej Kościoła na przykładzie organizacji Caritas. Wydawnictwo Salezjańskie; Kraków, 2000.
21. Materiały Ogólnopolskiego Forum Ruchu Hospicyjnego opracowane na IV Zjazd Hospicjów Polskich, Kraków, 23-25 czerwca 2000.
22. Dutkiewicz E. Duszpasterska opieka nad ciężko chorymi i umierającymi. W: Szczotok E., Liskowacka A. (red.) Ewangelizacja i nawrócenie. Program duszpasterski na rok 1995/96. Wydawnictwo WAM; Kraków 1995: 534-540.
23. Redakcja. Ważniejsze osiągnięcia jednostek organizacyjnych Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu za lata 1989-1995. Nowiny Lekarskie 1995; 64:511.
24. Koral J. Istota opieki paliatywnej. Seminare 2003;19: 265.
25. Kołek B. Sens życia i umierania. Impuls; Kraków, 2009.
26. Kliszcz E. Empatia – oczekiwana cecha lekarza rodzinnego. Pol Med Rod 2003;3: 380-387.
27. Wiśniowski E. Bractwa religijne na ziemiach polskich w średniowieczu. Roczniki Historyczne 1969;17: 51-81.

28. Flaga J.: Bractwa religijne w archidiakonacie lubelskim do początku XVII wieku. *Roczniki Historyczne* 1973; 21: 141-169.
29. Fijałek J. Społeczne tradycje organizacyjne i naukowe w opiece zdrowotnej do końca XVIII w. W: Brzeziński T. (red.) *Historia medycyny*. PZWL; Warszawa 1995: 223-230.
30. Skura Madziała A. Aspekty opieki i filozofia postępowania w hospicjum domowym. *JPHNMR* 2011;4:8-13.
31. Skura Madziała A. Rola nauki i techniki medycznej w generowaniu zmian postrzegania śmierci. *JPHNMR* 2011;4:14-19.
32. Antos E , Kowalik K, Kopański Z. Postrzeganie hospicjum i opieki paliatywnej przez wolontariuszy. *JPHNMR* 2012;2:46-49.
33. Glińska J, Szczepaniak M, Lewandowska M, Brosowska B, Dziki A, Dziki Ł. Postawy personelu medycznego wobec człowieka umierającego i śmierci. Postawy wobec śmierci. *JPHNMR* 2012;3:16-25.
34. Broome A, Jellicoe H. *Ból i jak z nim żyć*. PZWL; Warszawa, 1995.
35. Tarczoń-Florek K, Kopański Z. Krótkie rozważania na temat cierpienia człowieka chorego. *JPHNMR* 2013;2:4-6.