



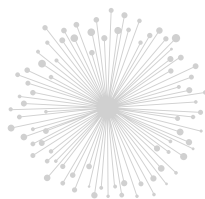
# MEDYCYNA PALIATYWNA

POD REDAKCJĄ  
ALEKSANDRY CIAŁKOWSKIEJ-RYSZ  
ORAZ  
TOMASZA DZIERŻANOWSKIEGO



# MEDYCYNA PALIATYWNA





# MEDYCYNA PALIATYWNA

---

POD REDAKCJĄ  
**ALEKSANDRY CIAŁKOWSKIEJ-RYSZ**  
ORAZ  
**TOMASZA DZIERŻANOWSKIEGO**

---

## **MEDYCYNA PALIATYWNA**

pod red. Aleksandry Ciałkowskiej-Rysz i Tomasza Dzierżanowskiego

Copyright © by Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2019

Wszystkie prawa zastrzeżone.

Żaden z fragmentów książki nie może być publikowany w jakiegokolwiek formie bez wcześniejszej pisemnej zgody wydawcy. Dotyczy to także fotokopii i mikrofilmów oraz rozpowszechniania za pośrednictwem nośników elektronicznych.

Recenzji monografii dokonali:

dr hab. n. med. Katarzyna Dzierżanowska-Fangrat

prof. dr hab. n. med. Dariusz Kowalski

prof. dr hab. n. med. Andrzej Kübler

dr hab. n. med. Michał Lipiński

dr n. med. Michał Magiera

dr n. med. Jadwiga Pyszkowska

## **TERMEDIA**

Termedia Wydawnictwa Medyczne

ul. Kleeberga 2

61-615 Poznań

tel./faks +48 61 822 77 81

e-mail: [termedia@termedia.pl](mailto:termedia@termedia.pl)

<http://www.termedia.pl>

Termedia Wydawnictwa Medyczne

Poznań 2019

Wydanie I

ISBN: 978-83-7988-224-3

Wydawca dołożył wszelkich starań, aby cytowane w podręczniku nazwy leków, ich dawki oraz inne informacje były prawidłowe. Wydawca ani autorzy nie ponoszą odpowiedzialności za konsekwencje wykorzystania informacji zawartych w niniejszej publikacji. Każdy produkt, o którym mowa w książce, powinien być stosowany zgodnie z odpowiednimi informacjami podanymi przez producenta. Ostateczną odpowiedzialność ponosi lekarz prowadzący.



# ZESPÓŁ AUTORÓW

**lek. Anna Adamczyk**

Katedra i Zakład Medycyny Paliatywnej  
*Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy  
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

**ks. dr hab. n. filozof. prof. PWTW Piotr Aszyk**

*Collegium Bobolanum*  
Papieski Wydział Teologiczny w Warszawie

**lek. Magdalena Badian**

Pracownia Medycyny Paliatywnej  
Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego  
Warszawski Uniwersytet Medyczny

**dr n. med. Piotr Bartnicki**

Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Medycyny Rodzinnej  
Uniwersyteckie Centrum Dializoterapii im. prof. Kazimierza Trznadla  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**dr hab. Józef Binnebesel**

Katedra Psychopedagogicznych Podstaw Rewalidacji  
Wydział Nauk Pedagogicznych  
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

**dr n. med. Halina Bogusz**

Katedra Historii i Filozofii Nauk Medycznych  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**dr n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz**

Pracownia Medycyny Paliatywnej  
Katedra Onkologii  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**dr hab. n. med. Jarosław Drobniak**

Zakład Gerontologii  
Katedra Zdrowia Publicznego  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

**dr hab. n. med. Marek Durlik**

Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej i Transplantologii  
Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie

**dr n. med. Tomasz Dzierżanowski**

Pracownia Medycyny Paliatywnej  
Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego  
Warszawski Uniwersytet Medyczny

**dr n. med. Iwona Filipczak-Bryniarska**

Klinika Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej  
Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii  
*Collegium Medicum*, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

**Zbigniew Formella**

Università Pontificia Salesiana, Facoltà di Scienze dell'Educazione, Roma

**dr n. med. Elwira Górąj**

Zakład Medycyny Paliatywnej z Poradnią Przeciwbólową i Medycyny Paliatywnej, Oddziałem Medycyny Paliatywnej i Badania Bólu, Zespołem Wsparcia i Ośrodkiem Szkolenia i Informacji  
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

**dr n. med. Urszula Grata-Borkowska**

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

**dr n. med. Marcin Janecki**

Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej  
Katedra Pielęgniarstwa  
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

**mgr Izabela Kaptacz**

Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej  
Katedra Pielęgniarstwa  
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

**dr n. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek**

Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski**

Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

**lek. Magdalena Kwiatkowska**

Stowarzyszenie Hospicyjno-Paliatywne „Hospicjum Płockie”  
pw. św. Urszuli Ledóchowskiej w Płocku

**prof. dr hab. n. med. FRCP Jacek Łuczak**

członek Królewskiego Londyńskiego Towarzystwa Lekarskiego  
Hospicjum Palium, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**mgr Iwona Maciejewska**

Fundacja Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa w Warszawie

**prof. dr hab. n. med. Mikołaj Majkowicz**

Wydział Nauk o Zdrowiu  
Akademia Pomorska w Słupsku

**lek. Izabela Nankiewicz-Mikusek**

Oddział Onkologii Ogólnej  
Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu

**dr n. med. Piotr Jan Nowak**

Klinika Nefrologii, Hipertensjologii i Transplantologii Nerek  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**dr n. med. Anna Orońska**

Hospicjum Domowe i Poradnia Medycyny Paliatywnej  
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

**prof. dr hab. n. med. Tomasz Pasiński**

Zakład Etyki Lekarskiej i Medycyny Paliatywnej  
Warszawski Uniwersytet Medyczny

**dr n. o zdr. Anna Pyszora**

Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej  
*Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy  
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

**prof. dr hab. n. med. Piotr Radziwon**

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Białymstoku  
Klinika Hematologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**lek. Wojciech Rolski**

Klinika Nowotworów Głowy i Szyi  
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

**prof. dr hab. n. med. Jacek Rysz**

Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Medycyny Rodzinnej  
Uniwersyteckie Centrum Dializoterapii im. prof. Kazimierza Trznadla  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**dr hab. n. med. Marzena Samardakiewicz**

Zakład Psychologii Stosowanej  
Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

**lek. Katarzyna Schab**

Oddział Onkologii  
Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w Lublinie

**dr hab. n. med. Maciej Sopata**

Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej  
Pracownia Leczenia Ran Przewlekłych  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**dr n. med. Iwona Zaporowska-Stachowiak**

Katedra i Zakład Farmakologii  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**dr hab. n. med. Rafał Stec**

Klinika Onkologii  
Warszawski Uniwersytet Medyczny

**dr Jolanta Stokłosa**

Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. św. Łazarza” w Krakowie

**dr n. med. Małgorzata Stolarek**

Oddział Onkologii Ogólnej  
Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu

**lek. Katarzyna Strzępek**

Klinika Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej  
Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii  
*Collegium Medicum*, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

**lek. Beata Stypuła-Ciuba**

Klinika Diagnostyki Onkologicznej, Kardiologii i Medycyny Paliatywnej  
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

**lek. Marta Szostakiewicz**

Centrum Opieki Paliatywnej „Betania” w Opolu  
Poradnia Medycyny Paliatywnej w Brzegu

**dr n. med. Piotr Tokajuk**

Klinika Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku  
Oddział Onkologii Klinicznej, Białostockie Centrum Onkologii

**prof. dr hab. n. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis**

Pracownia Geriatrii  
Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**lek. Karina Wieczorska**

Oddział Onkologii Ogólnej  
Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu

**dr n. med. Piotr Wierziński**

Praktyka Lekarska Piotr Wierziński, Łódź

**lek. Grzegorz Witkowski**

Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej  
Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie

**prof. dr hab. n. med. Marek Wojtukiewicz**

Klinika Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku  
Oddział Onkologii Klinicznej, Białostockie Centrum Onkologii

**dr n. o kult. fiz. Agnieszka Wójcik**

Katedra Fizjoterapii  
Wydział Rehabilitacji  
Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie

**dr n. med. Anna Zasowska-Nowak**

Pracownia Medycyny Paliatywnej  
Katedra Onkologii  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**dr n. med. Anna Zmarzły**

Ośrodek Żywienia Klinicznego  
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu





# SPIS TREŚCI

## CZĘŚĆ I

### PODSTAWY MEDYCZYNY I OPIEKI PALIATYWNEJ ■ 13

- 1. Definicja, filozofia, cele i historia medycyny paliatywnej ■ 15**
  - 1.1. Podstawowe pojęcia i zasady ■ 15**

Halina Bogusz, Jacek Łuczak, Tomasz Dzierżanowski
  - 1.2. Rys historyczny ■ 16**

Halina Bogusz, Jacek Łuczak, Tomasz Dzierżanowski
- 2. Bioetyczne aspekty opieki paliatywnej ■ 20**
  - 2.1. Podstawowe zasady bioetyczne ■ 20**

Tomasz Dzierżanowski
  - 2.2. Podmiotowość chorego i pojęcie godnego umierania ■ 21**

Tomasz Dzierżanowski
  - 2.3. Autonomia pacjenta ■ 25**

Jacek Łuczak, Iwona Zaporowska-Stachowiak
  - 2.4. Postępowanie niezgodne z zasadami medycyny paliatywnej ■ 25**

Tomasz Dzierżanowski
- 3. System organizacji opieki paliatywnej w Polsce ■ 28**
  - 3.1. Podstawy prawne opieki paliatywnej w Polsce i na świecie ■ 28**

Aleksandra Ciałkowska-Rysz
  - 3.2. Organizacja i sytuacja opieki paliatywnej w Polsce ■ 30**

Aleksandra Ciałkowska-Rysz
- 4. Opieka paliatywna w praktyce lekarza rodzinnego ■ 35**

Urszula Grata-Borkowska, Jarosław Drobnik
- 5. Wolontariat i ruch hospicyjny ■ 38**

Jolanta Stokłosa
- 6. Komunikacja z pacjentem i jego rodziną ■ 44**
  - 6.1. Rola komunikacji ■ 44**

Tomasz Dzierżanowski, Jacek Łuczak
  - 6.2. Postawy i umiejętności w efektywnym komunikowaniu się ■ 45**

Tomasz Dzierżanowski, Jacek Łuczak
  - 6.3. Przekazywanie trudnej prawdy ■ 47**

Tomasz Dzierżanowski, Jacek Łuczak
  - 6.4. Przywilej terapeutyczny ■ 48**

Tomasz Dzierżanowski, Jacek Łuczak
- 7. Ocena jakości życia w medycynie paliatywnej ■ 50**
  - 7.1. Definicja jakości życia ■ 50**

Mikołaj Majkiewicz, Tomasz Dzierżanowski
  - 7.2. Metodologia ocen jakości życia oraz narzędzia badawcze ■ 52**

Mikołaj Majkiewicz, Tomasz Dzierżanowski
- 8. Odrębności w opiece nad osobami starszymi ■ 55**

Katarzyna Wieczorowska-Tobis
- 9. Etniczne, religijne i kulturowe odrębności w opiece paliatywnej ■ 62**

Anna Orońska

## CZĘŚĆ II

### OBJAWY SOMATYCZNE ■ 65

- 1. Patofizjologia bólu ■ 67**

Iwona Filipczak-Bryniarska
- 2. Diagnostyka bólu ■ 80**

Beata Stypuła-Ciuba, Tomasz Dzierżanowski
- 3. Leczenie bólu ■ 90**
  - 3.1. Zasady leczenia bólu nowotworowego oraz praktyczne aspekty terapii ■ 90**

Aleksandra Ciałkowska-Rysz, Tomasz Dzierżanowski
  - 3.2. Nieopiodowe leki przeciwbólowe ■ 93**

Elwira Górąj
  - 3.3. Opioidy II stopnia drabiny analgetycznej WHO ■ 106**

Aleksandra Kotlińska-Lemieszek
  - 3.4. Silne opioidy ■ 110**

Tomasz Dzierżanowski, Aleksandra Ciałkowska-Rysz
  - 3.5. Wpływ opioidów na układ immunologiczny ■ 121**

Iwona Filipczak-Bryniarska
  - 3.6. Hiperalgezia opioidowa ■ 129**

Iwona Filipczak-Bryniarska
  - 3.7. Ból neuropatyczny ■ 134**

Tomasz Dzierżanowski
  - 3.8. Ból mięśniowo-powięziowy ■ 138**

Katarzyna Strzępek
  - 3.9. Ból epizodyczny ■ 143**

Tomasz Dzierżanowski, Aleksandra Ciałkowska-Rysz
  - 3.10. Zabiegowe metody leczenia bólu ■ 147**

Elwira Górąj
  - 3.11. Rola kanabinoidów w medycynie paliatywnej ■ 159**

Tomasz Dzierżanowski
- 4. Zaburzenia ze strony układu krążenia ■ 163**
  - 4.1. Problemy kardiologiczne w opiece paliatywnej ■ 163**

Tomasz Pasierski
  - 4.2. Opieka paliatywna w niewydolności serca ■ 165**

Tomasz Pasierski
- 5. Zaburzenia ze strony układu oddechowego ■ 168**
  - 5.1. Dusznność ■ 168**

Anna Zasowska-Nowak
  - 5.2. Kaszel ■ 177**

Anna Zasowska-Nowak
  - 5.3. Krwawienie z dróg oddechowych ■ 180**

Anna Zasowska-Nowak
  - 5.4. Zapalenie płuc ■ 183**

Piotr Jan Nowak, Anna Zasowska-Nowak
  - 5.5. Zatorowość płucna ■ 199**

Anna Zasowska-Nowak

- 5.6. Płyn w jamie opłucnowej ■ 203  
Anna Zasowska-Nowak
- 5.7. Schyłkowa przewlekła obturacyjna choroba płuc ■ 207  
Anna Zasowska-Nowak
- 5.8. Nadciśnienie płucne ■ 214  
Anna Zasowska-Nowak
- 5.9. Wentylacja wspomagana ■ 218  
Anna Zasowska-Nowak
6. Zaburzenia ze strony układu pokarmowego ■ 222
- 6.1. Zmiany w jamie ustnej u chorych w opiece paliatywnej ■ 222  
Tomasz Dzierżanowski
- 6.2. Zaburzenia połykania u chorych objętych opieką paliatywną ■ 227  
Tomasz Dzierżanowski
- 6.3. Czkawka ■ 230  
Tomasz Dzierżanowski, Magdalena Badian
- 6.4. Nudności i wymioty ■ 232  
Tomasz Dzierżanowski
- 6.5. Zaparcie ■ 237  
Tomasz Dzierżanowski
- 6.6. Nowotworowa niedrożność jelit ■ 243  
Tomasz Dzierżanowski
- 6.7. Biegunka ■ 245  
Magdalena Badian, Tomasz Dzierżanowski
- 6.8. Popromienne zapalenie jelit ■ 247  
Magdalena Badian, Tomasz Dzierżanowski
- 6.9. Wodobrzusze ■ 248  
Tomasz Dzierżanowski
- 6.10. Żółtaczka i cholestaza ■ 250  
Tomasz Dzierżanowski
- 6.11. Krwawienie z przewodu pokarmowego ■ 251  
Tomasz Dzierżanowski
7. Zaburzenia ze strony układu moczowego ■ 253
- 7.1. Krwimocz ■ 253  
Marcin Janecki
- 7.2. Opieka paliatywna w przewlekłej chorobie nerek ■ 255  
Piotr Bartnicki, Jacek Rysz
8. Zaburzenia metaboliczne i hormonalne ■ 262
- 8.1. Hiperkalcemia ■ 262  
Aleksandra Ciałkowska-Rysz
- 8.2. Zespół ostrej lizy guza ■ 263  
Aleksandra Ciałkowska-Rysz
- 8.3. Hiponatremia ■ 264  
Aleksandra Ciałkowska-Rysz
- 8.4. Ostra niewydolność kory nadnerczy ■ 265  
Aleksandra Ciałkowska-Rysz
9. Wyniszczenie i znużenie nowotworowe ■ 266
- 9.1. Wyniszczenie nowotworowe ■ 266  
Tomasz Dzierżanowski
- 9.2. Znużenie związane z nowotworem ■ 272  
Tomasz Dzierżanowski
- 9.3. Leczenie żywieniowe pacjenta z nieuleczalnym nowotworem ■ 274  
Anna Zmarzły
10. Zaburzenia hematologiczne ■ 287
- 10.1. Niedokrwistość ■ 287  
Marek Wojtukiewicz, Piotr Tokajuk, Piotr Radziwon
- 10.2. Neutropenia i gorączka neutropeniczna ■ 290  
Marek Wojtukiewicz, Piotr Tokajuk, Piotr Radziwon
- 10.3. Leukocytoza ■ 294  
Marek Wojtukiewicz, Piotr Tokajuk, Piotr Radziwon
- 10.4. Małopłytkowość ■ 294  
Marek Wojtukiewicz, Piotr Tokajuk, Piotr Radziwon
- 10.5. Powikłania zakrzepowo-zatorowe ■ 298  
Marek Wojtukiewicz, Piotr Tokajuk, Piotr Radziwon
11. Postępowanie z chorym z zaburzeniami neurologicznymi ■ 305
- 11.1. Drgawki i napady padaczkowe ■ 305  
Iwona Filipczak-Bryniarska
- 11.2. Stwardnienie rozsiane ■ 309  
Magdalena Kwiatkowska
- 11.3. Stwardnienie boczne zanikowe ■ 314  
Anna Adamczyk
- 11.4. Kwalifikacja do opieki paliatywnej i postępowanie z pacjentem ze stwardnieniem bocznym zanikowym i stwardnieniem rozsianym ■ 318  
Iwona Filipczak-Bryniarska, Anna Adamczyk, Magdalena Kwiatkowska
12. Objawy dotyczące skóry ■ 324
- 12.1. Odleżyny – nowoczesne sposoby profilaktyki i leczenia zachowawczego ■ 324  
Maciej Sopata
- 12.2. Świąd ■ 334  
Anna Zasowska-Nowak
- 12.3. Nadmierna potliwość ■ 347  
Anna Zasowska-Nowak
13. Pielęgnacja przetok i cewników ■ 352  
Anna Zasowska-Nowak
14. Podstawy onkologii ■ 360
- 14.1. Podstawy diagnostyki onkologicznej ■ 360  
Izabela Nankiewicz-Mikusek, Małgorzata Stolarek, Rafał Stec
- 14.2. Zasady oceny rokowania i kwalifikacji do leczenia przyczynowego ■ 362  
Karina Wieczorska, Małgorzata Stolarek, Rafał Stec
- 14.3. Systemowe leczenie chorych na nowotwory ■ 365  
Maciej Krzakowski
- 14.4. Chirurgia paliatywna przewodu pokarmowego ■ 371  
Marek Durlik, Grzegorz Witkowski
- 14.5. Radioterapia paliatywna ■ 374  
Wojciech Rolski
- 14.6. Powikłania leczenia onkologicznego ■ 380  
Katarzyna Schab, Rafał Stec
15. Stany nagłe w medycynie paliatywnej ■ 386  
Aleksandra Ciałkowska-Rysz
- 15.1. Zespół ucisku rdzenia kręgowego ■ 386  
Aleksandra Ciałkowska-Rysz
- 15.2. Zespół wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego ■ 387  
Aleksandra Ciałkowska-Rysz
- 15.3. Zespół żyły głównej górnej ■ 387  
Aleksandra Ciałkowska-Rysz
- 15.4. Lymphangitis carcinomatosa ■ 388  
Aleksandra Ciałkowska-Rysz
- 15.5. Gorączka ■ 388  
Anna Zasowska-Nowak

## 16. Choroby infekcyjne ■ 398

### 16.1. Najczęstsze zakażenia w opiece paliatywnej ■ 398

Marta Szostakiewicz

### 16.2. Opieka paliatywna nad chorymi zakażonymi HIV ■ 405

Marta Szostakiewicz

## 17. Terapia wielolekowa i interakcje leków u chorych objętych opieką paliatywną ■ 410

Aleksandra Kotlińska-Lemieszek

## 18. Modyfikacja dawkowania leków u chorych z niewydolnością wątroby lub nerek 420

Aleksandra Kotlińska-Lemieszek

## 19. Postępowanie w okresie umierania i po śmierci pacjenta ■ 431

Marcin Janecki, Izabela Kaptacz

## 3.3. Rola kapelana w opiece paliatywnej ■ 472

Piotr Aszyk

## 3.4. Lęk przed śmiercią ■ 473

Józef Binnebesel, Zbigniew Formella

## 4. Sedacja jako metoda uśmierzania cierpienia u chorych w opiece paliatywnej ■ 477

Aleksandra Kotlińska-Lemieszek, Jacek Łuczak

## 5. Fizjoterapia w opiece paliatywnej ■ 481

Agnieszka Wójcik, Anna Pyszora, Iwona Maciejewska

## Wykaz skrótów ■ 493

## INDEKS ■ 495

## CZĘŚĆ III

## OBJAWY PSYCHICZNE, SOCJALNE I DUCHOWE ■ 433

### 1. Objawy psychiczne w opiece paliatywnej ■ 435

Piotr Wierziński

#### 1.1. Zaburzenia lękowe ■ 435

Piotr Wierziński

#### 1.2. Zaburzenia depresyjne ■ 436

Piotr Wierziński

#### 1.3. Majaczenie ■ 440

Piotr Wierziński

#### 1.4. Otępienie ■ 445

Piotr Wierziński

#### 1.5. Chemobrain – „mózg po chemioterapii” ■ 448

Piotr Wierziński

### 2. Psychiczne aspekty opieki paliatywnej ■ 451

#### 2.1. Potrzeby psychiczne pacjenta z nieuleczalną chorobą ■ 451

Marzena Samardakiewicz

#### 2.2. Reakcje psychiczne w odniesieniu do choroby ■ 453

Marzena Samardakiewicz

#### 2.3. Reakcje emocjonalne ■ 455

Marzena Samardakiewicz

#### 2.4. Strategie radzenia sobie z chorobą ■ 456

Marzena Samardakiewicz

#### 2.5. Etapy adaptacji w nieuleczalnej chorobie ■ 457

Marzena Samardakiewicz

#### 2.6. Wsparcie psychologiczne ■ 458

Marzena Samardakiewicz

#### 2.7. Terapie psychologiczne w opiece paliatywnej ■ 461

Marzena Samardakiewicz

#### 2.8. Opieka w okresie żałoby ■ 464

Marzena Samardakiewicz

#### 2.9. Seksualność u osób z zaawansowaną chorobą ■ 464

Marzena Samardakiewicz

#### 2.10. Zespół wypalenia w opiece paliatywnej ■ 466

Marzena Samardakiewicz

### 3. Problemy duchowe u pacjentów u kresu życia ■ 469

#### 3.1. Sens życia, cierpienia i śmierci ■ 469

Piotr Aszyk

#### 3.2. Duchowy wymiar człowieka ■ 470

Piotr Aszyk





# OD REDAKTORÓW NAUKOWYCH

Szanowni Państwo,  
jesteśmy zaszczytni, że w imieniu zacnego grona autorów możemy przekazać w Państwa ręce książkę *Medycyna paliatywna*. To pierwsze tak duże monograficzne opracowanie poświęcone medycynie paliatywnej, a jednocześnie dzieło blisko 50 autorów, którzy dołożyli starań, aby poszczególne rozdziały prezentowały najbardziej aktualny stan wiedzy i w szczególności uwzględniały piśmiennictwo oparte na dowodach (*evidence based medicine*).

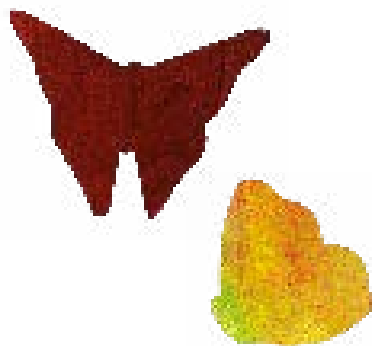
Medycyna paliatywna powstała w drugiej połowie XX wieku, chociaż idea niesienia ulgi osobom nieuleczalnie chorym oraz umierającym pojawiła się już w połowie wieku XIX. W Polsce medycyna paliatywna należy do najmłodszych, podlegających dynamicznym zmianom dziedzin medycyny. Zmiany te z jednej strony wynikają ze starzenia się społeczeństwa i wzrostu zachorowań na nowotwory, z drugiej zaś z postępu dokonującego się w terapii wielu chorób, które wcześniej kończyły się śmiercią pacjenta, a obecnie stały się chorobami przewlekłymi. Dynamiczny rozwój tej dziedziny, odkrywanie nowych sposobów leczenia, w tym skutecznych metod leczenia objawowego, oraz weryfikowanie zasadności

utartych praktyk wymagają od lekarza stałej aktualizacji wiedzy.

Nasza publikacja w zamiarze miała stanowić wyczerpujące opracowanie zagadnień z całej dziedziny, obejmując niezbędne podstawy teoretyczne, ale przede wszystkim zasady postępowania w ujęciu praktycznym. Ograniczyliśmy dyskusję do minimum, w zamian stosując zestawienia w postaci tabel i wypunktowań oraz schematów graficznych. Książkę kierujemy do specjalistów medycyny paliatywnej, lekarzy w trakcie specjalizacji, praktyków opieki paliatywnej, w tym lekarzy, pielęgniarek i psychologów, a także lekarzy innych specjalizacji chcących pogłębić praktyczną wiedzę. Szybko wzrastająca liczba pacjentów chorych na nowotwór czy też będących w schyłkowym okresie innej nieuleczalnej choroby wymaga niemal od wszystkich specjalistów, a w szczególności internistów i lekarzy rodzinnych, umiejętności postępowania paliatywnego. Największą naszą satysfakcją będzie, jeśli niniejsza książka okaże się pomocna w codziennej praktyce.

Aleksandra Ciałkowska-Rysz  
Tomasz Dzierżanowski





**PODSTAWY  
MEDYCYNY I OPIEKI  
PALIATYWNEJ**







# 1

# DEFINICJA, FILOZOFIA, CELE I HISTORIA MEDYCyny PALIATYWNEJ

## 1.1.

### PODSTAWOWE POJĘCIA I ZASADY

Halina Bogusz, Jacek Łuczak, Tomasz Dzierżanowski

#### DEFINICJA

Międzynarodową definicję opieki paliatywnej sformułowaną przez Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) w 2002 r. przedstawiono w ramce poniżej.

**Opieka paliatywna** jest działaniem mającym na celu poprawę jakości życia pacjentów i ich rodzin stojących w obliczu problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą, poprzez zapobieganie cierpieniu i łagodzenie go dzięki wczesnemu wykrywaniu, dokładnej ocenie i leczeniu bólu oraz innych problemów fizycznych, psychospołecznych i duchowych.

Opieka paliatywna:

- zapewnia ulgę w bólu i innych przykrych dolegliwościach,
- afirmuje życie i uznaje śmierć za jego naturalny etap,
- nie przyspiesza ani nie opóźnia śmierci,
- włącza aspekty psychologicznej i duchowej opieki nad chorym,
- wspiera pacjentów, aby umożliwić im prowadzenie aktywnego życia aż do śmierci,
- wspiera rodzinę w jej problemach w okresie choroby pacjenta oraz w okresie żałoby,
- używa podejścia zespołowego w opiece nad chorym i jego rodziną, także w okresie żałoby – jeśli jest to potrzebne,
- poprawia jakość życia chorego i może także wpłynąć pozytywnie na przebieg choroby.

Można ją zastosować we wczesnym okresie choroby, także łącznie z innymi rodzajami terapii mającymi na celu przedłużenie życia, takimi jak chemio- i radioterapia. Posługuje się badaniami potrzebnymi do lepszego zrozumienia i leczenia przykrych objawów klinicznych [1].

Definicja opieki paliatywnej kształtowała się w ciągu ostatnich dziesięcioleci poprzedniego wieku i na początku obecnego. Po raz pierwszy pojęcie to zostało użyte w latach 70. XX wieku przez kanadyjskiego lekarza Balfoura Mounta [2] dla określenia rozwijającej się ówczesnie opieki nad osobami chorymi na nowotwory złośliwe w nieuleczalnym stadium. Zastąpiło ono używane równolegle terminy: „opieka terminalna” i „opieka hospicyjna”.

Słowo „hospicjum”, pochodzące od łacińskiego *hospitium* – dom gościnny, zajazd przydrożny, już w czasach antycznych oznaczało miejsce, w którym udzielano schronienia

przybyszom, pielgrzymom, chorym i innym potrzebującym. Rozpowszechniło się w wiekach średnich, zwłaszcza od XI wieku w okresie krucjat, służąc jako miejsce opieki dla podróżnych umierających z powodu odniesionych ran, chorób infekcyjnych i trudów podróży. W następnych wiekach, wraz z rozwojem wielkich zakonów chrześcijańskich, powstawały liczne hospicja – przytułki dla umierających bezdomnych i ubogich. Wraz z kasatą dóbr kościelnych w okresie oświecenia likwidacji uległo większość przytułków i hospicjów.

*Paliatywny* – jest słowem występującym w językach zachodnioeuropejskich, w medycynie od stuleci (francuskie – *palliatif*, angielskie – *palliative*, włoskie – *palliativa*). Używane było w odniesieniu do terapii, której celem było łagodzenie dolegliwości chorego, nieprowadzącej do wyleczenia. W Polsce słowo to wprowadzono do medycyny dopiero w drugiej połowie XX wieku. Przedtem używano w jego miejsce określenia leczenie objawowe lub uśmierzanie. Pochodzenie słowa paliatywny łączy się z łacińskim słowem *pallium*, oznaczającym płaszcz. Z tego powodu rozpowszechniona jest metafora przyrównująca terapię paliatywną do płaszcza otulającego chorego i kojącego jego cierpienia.

Niekiedy terminy „opieka hospicyjna” i „opieka paliatywna” używane były zamiennie, a w pewnym okresie stosowano je nawet łącznie, np. w dokumentach Krajowej Rady Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej. Pojęcie „opieka terminalna” jest już właściwie nieużywane. Zostało zastąpione określeniem „opieka końca życia” lub „opieka u schyłku życia”. W przypadku leczenia objawowego, prowadzonego równolegle do onkologicznego, stosowane jest także pojęcie „opieka wspomagająca”.

#### ZASADY OPIEKI PALIATYWNEJ

W przytoczonej powyżej definicji opieki paliatywnej zawarte są jej podstawowe zasady, których pełny zbiór nazywany bywa filozofią hospicyjną. Do zasad, które wyróżniają opiekę paliatywną na tle innych specjalności, należą:

- **całościowe (holistyczne) podejście** do problemów chorego, z uwzględnieniem jego potrzeb duchowych, psychicznych i społecznych obok fizycznych; opieka paliatywna była pierwszą specjalnością, która w XX wieku powróciła do wskazywania nie tylko na psychiczne, ale i duchowe potrzeby pacjenta; to całościowe spojrzenie zaowocowało koncepcją totalnego bólu wysuniętą przez Cicely Saunders;
- **wielodyscyplinarne podejście** – opiekę sprawuje zespół, którego liderem jest najczęściej lekarz, ale pełnoprawnymi uczestnikami są:
  - pielęgniarka,
  - psycholog,

- pracownik socjalny,
- fizjoterapeuta,
- duchowny,
- dietetyk,
- terapeuta zajęciowy,
- wolontariusz;
- uznanie **rodziny za środowisko chorego**, które wymaga wsparcia, także po śmierci chorego (opieka w okresie żałoby);
- przedkładanie **opieki ponad terapię** – podstawowym celem opieki paliatywnej nie jest wyleczenie, lecz poprawa jakości życia chorego;
- pełne poszanowanie dla przekonań i **potrzeb duchowych i religijnych** chorego.

Współdziałanie w zespole jest podstawową zasadą, która była innowacyjna w okresie jej wprowadzania.

**Lekarz** pełni w zespole funkcję kierowniczą, organizacyjną i medyczną (we współpracy z konsultantami innych specjalności). Lekarz medycyny paliatywnej powinien odznaczać się umiejętnością opartego na narracji komunikowania się z chorym i jego bliskimi. Kluczowa jest rola **pielęgniarki**, która niekiedy jest „osią” całego zespołu. Jest ona osobą blisko współpracującą z lekarzem – wypełnia i monitoruje przestrzeganie zaleceń, przekazuje lekarzowi obserwacje dotyczące stanu chorego i skuteczności stosowanej terapii. Jednocześnie staje się niejednokrotnie najbliższą choremu osobą, ponieważ wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, wymagających zmniejszenia dystansu, powoduje często nawiązanie bliskiej relacji. Pielęgniarka jest niezbędna w kontakcie z rodziną – uczy wykonywania zabiegów i odpowiedniej pielęgnacji, jednocześnie poznaje i odpowiada na związane z trudną sytuacją lęki i niepokoje osób bliskich. Ważną pomocą w tych działaniach służy **psycholog**. Zadaniem **fizjoterapeuty** jest w miarę możliwości poprawienie lub utrzymanie sprawności pacjenta. Rolą **kapelana hospicyjnego** jest, obok posługi sakramentalnej, rozmowa i wsparcie chorego i bliskich, zwłaszcza w ich niepokojach egzystencjalnych. W skład zespołu wchodzi także **pracownik socjalny**, którego zadaniem jest rozpoznanie i znalezienie możliwości wsparcia w problemach bytowych, oraz **wolontariusze**, którzy wysłuchują chorego, towarzyszą mu i jego rodzinie.

## 1.2.

### RYS HISTORYCZNY

Halina Bogusz, Jacek Łuczak, Tomasz Dzierżanowski

#### PREKURSORZY

W II połowie XIX wieku, kiedy szpitale przechodziły istotną transformację, stając się coraz bardziej miejscami aktywnego leczenia (zwłaszcza zabiegowego), zaistniała potrzeba znalezienia odrębnego miejsca opieki dla osób będących w stanie zaawansowanej, nieuleczalnej choroby. Była to ówczesnie szczególnie gruźlica, ale także nowotwory, które coraz częściej rozpoznawano – a metody terapii były ciągle w dużym stopniu nieskuteczne. Równocześnie zarysowała się powolna zmiana nastawienia do śmierci, którą zaczęto wstydliwie ukrywać. W wielu krajach Europy, Stanach Zjednoczonych, a także Australii powstawały wtedy **ośrodki dobroczynne, których głównym celem była opieka nad umierającymi**. Ich organizacje podejmowały się zarówno zgromadzenia zakonne i grupy religijne różnych denominacji chrześcijańskich, jak i osoby

świeckie, także mające wykształcenie medyczne. Były to m.in.:

- domy dla umierających organizacji Dames de Calvaires założonej przez Jeanne Garnier we Francji (powstałe w 1843 r. w Lyonie i w 1874 r. w Paryżu),
- Our Lady’s Hospice założone przez siostrę Mary John Gaynor ze zgromadzenia sióstr miłosierdzia w Irlandii (w 1879 r. w Dublinie),
- ośrodki dla ubogich chorych umierających w Australii: Home for Incurables powstały w 1879 r. w Adelajdzie, Home of Peace for the Dying and Incurable w 1902 r. w Perth oraz Anglican House of Peace for the Dying otwarty w 1907 r. w Sydney,
- w Wielkiej Brytanii: założony przez Frances Davidson w 1885 r. w Londynie Friedenheim (z niem. „Dom Pokoju”) dysponujący 10 łózkami dla umierających na gruźlicę i raka, założony przez dr. Howarda Barretta w 1893 r. St Luke’s House – „dom dla umierających biedaków”, pierwszy ośrodek medyczny dla osób nieuleczalnie chorych, oraz założony w 1902 r. i prowadzony przez siostry miłosierdzia St Joseph’s Hospice,
- w Stanach Zjednoczonych St. Rose’s Hospice w Nowym Jorku założony w 1899 r. przez the Servants for Relief of Incurable Cancer oraz Woman of Calvary Hospital dla biednych nieuleczalnie chorych osób.

Równocześnie toczyła się dyskusja w literaturze lekarskiej nad rolą lekarza w zapewnieniu choremu „dobrej śmierci”, co oznaczało – możliwie wolnej od dolegliwości i cierpienia fizycznych. W połowie XIX wieku na łamach czasopism „Lancet” i „British Medical Journal” pojawiły się artykuły o potrzebie dobrej opieki i warunków sanitarnych dla terminalnie chorych, natomiast w 1887 r. William Munk (Anglia) opublikował pracę pt. *Euthanasia: or, Medical Treatment in Aid of an Easy Death* – pierwszą nowoczesną publikację na temat niesienia ulgi umierającym (termin „eutanazja” użyty w pierwotnym znaczeniu „dobrej śmierci”, a nie medycznego zabijania).

#### GENEZA NOWOCZESNEJ OPIEKI PALIATYWNEJ

Za okres powstania współczesnej opieki paliatywnej uważa się **lata 60. XX wieku**. Powstała wtedy nowatorska koncepcja całościowej opieki nad nieuleczalnie chorymi, oparta na:

- istniejących tradycjach,
- najnowszych osiągnięciach medycyny.

Początkowo chodziło przede wszystkim o chorych na nowotwory złośliwe w stadium, w którym leczenie przyczynowe okazywało się nieskuteczne.

W połowie XX wieku zaistniało kilka zjawisk, których spłot przyczynił się do powstania i szybkiego rozwoju opieki paliatywnej. Należały do nich:

- zwiększająca się wykrywalność nowotworów i jednocześnie ciągle mało skuteczne leczenie przyczynowe – zatem stosunkowo liczna grupa chorych w stadium nieuleczalnym. Onkologia jako osobna dziedzina medycyny powstała w pierwszej połowie XX wieku i w związku z wprowadzanymi wtedy programami walki z rakiem wzrastała świadomość na temat tej choroby w świecie profesjonalistów i w szerszych kręgach społeczeństwa. Zastosowanie coraz większej liczby badań diagnostycznych przesiewowych skutkowało zwiększaniem się odsetka osób z rozpoznaniem nowotworu złośliwego; wyleczalność tych chorych była ówczesnie niska, zwłaszcza że często rozpoznanie było stawiane na etapie znacznego zaawansowania choroby;

- rozwój badań naukowych w dziedzinie patofizjologii i terapii bólu; coraz lepsze zrozumienie skomplikowanej natury tego zjawiska, jego modulacji centralnej i uwarnkowań psychosocjalnych. Przełomowa była tutaj tzw. teoria bramki opublikowana przez Melzacka i Walla w 1965 r. Odkrycie w latach 70. XX wieku endorfin zwiększyło zrozumienie mechanizmu działania i skuteczności morfiny;
- prowadzenie badań nad skuteczniejszymi i niezależnymi lekami analgetycznymi. Istotne były badania Raymonda Houde'a, które potwierdziły subiektywny charakter odczuwania bólu [3]. Rozwój tych badań spowodował wyłonienie się nowej subdyscypliny w medycynie – nauki o bólu. Dzięki staraniom m.in. Johna Bonica w Stanach Zjednoczonych w 1974 r. powstało Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu. Dawało to nowe perspektywy postępu w leczeniu bólu nowotworowego. Tworzone także w Polsce poradnie leczenia bólu (Gliwice 1975, Warszawa 1976) preferowały inwazyjne metody leczenia bólu.

Dalsze badania nad leczeniem bólu, zwłaszcza nowotworowego, wykazały brak skuteczności stosowanych ówczesnie metod i niedostatki wiedzy lekarzy powodujące, że znaczna większość pacjentów z nowotworami złośliwymi umierała w nieuśmierzonej bólu. W celu rozwiązania tego problemu szef Departamentu Onkologii Światowej Organizacji Zdrowia, Jan Stjernswärd, powołał w 1982 r. międzynarodową grupę ekspertów pod przewodnictwem dr. Marka Swerdłowa z Wielkiej Brytanii. W wyniku prac tej grupy opracowano i ogłoszono w 1986 r. zasady postępowania w bólu nowotworowym, nazywane **drabiną analgetyczną**, możliwe do zastosowania nawet w krajach rozwijających się [4]. Opierały się one na zastosowaniu leków opioidowych jako podstawowych analgetyków w bólu o natężeniu średnim do ciężkiego oraz stopniowym wprowadzaniu leków o coraz większej sile analgetycznej. Mimo że oparte niemal wyłącznie na opinii ekspertów, przy dostępności niewielu rodzajów opioidów pozwalały osiągnąć co najmniej satysfakcjonującą analgezję u 86% chorych.

Zmianom w medycynie towarzyszyły zmiany społeczne, kulturowe i polityczne:

- odkrycie **zjawiska tabuizacji śmierci** w ówczesnym społeczeństwie,
- rozpoczęcie pogłębionej **refleksji nad śmiercią** w jej aspektach kulturowym i biologicznym,
- analiza potrzeb medycznych ludzi o kresu życia i stopnia ich zaspokojenia.

Wszystkie opisane powyżej zjawiska i wydarzenia stworzyły przestrzeń dla rozwoju ruchu hospicyjnego. Szczególne zasługi na tym polu są przypisywane Cicely Saunders i Elizabeth Kübler-Ross.

## POWSTANIE I ROZWÓJ OPIEKI PALIATYWNEJ NA ZACHODZIE

### ► Cicely Saunders

Za założycielkę europejskiego i światowego ruchu hospicyjnego uznawana jest powszechnie angielska lekarka, pielęgniarka i pracownik socjalny – Cicely Saunders. Była ona pierwszą lekarką, która całą swoją karierę zawodową poświęciła osobom umierającym. Właśnie zorganizowanie i doskonalenie tej działalności było główną motywacją podjęcia studiów lekarskich. Inspiracją do rozpoczęcia tej drogi było jej spotkanie w 1947 r. z polskim Żydem, Dawidem Taśmą, umierającym na

raka w londyńskim szpitalu [5]. Niezwykła relacja, jaką nawiązali, zaowocowała decyzją Saunders o poświęceniu swego życia opiece nad umierającymi. Efektem jej zaangażowania było utworzenie w Londynie, w 1967 r. St Christopher's Hospice, pierwszej na świecie nowoczesnej instytucji klinicznej, naukowej i dydaktycznej tego typu. Działalność Saunders doprowadziła do rozwoju ruchu hospicyjnego nie tylko w Wielkiej Brytanii, znajdując swoich naśladowców za granicą (na przykład w 1974 r. Florence Wald otworzyła pierwsze hospicjum w Stanach Zjednoczonych – Connecticut Hospice in Branford, na wzór St Christopher's Hospice).

Do jej najważniejszych osiągnięć na tym polu należy:

- rozpoczęcie badań naukowych nad skuteczną terapią bólu nowotworowego, m.in. za pomocą doustnej morfiny,
- sformułowanie koncepcji **bólu totalnego**, którego komponentami są ból psychiczny, fizyczny i duchowy,
- sformułowanie podstawowych zasad **całościowej opieki nad pacjentem** umierającym, prymatu opieki nad leczeniem, podejściem do chorego jako osoby,
- stworzenie koncepcji organizacyjnej opieki paliatywnej i podstawowych form tej opieki, takich jak hospicjum stacjonarne, opieka domowa, oddział dzienny itp.,
- propagowanie i wspieranie rozwoju opieki hospicyjnej na całym świecie.

Cicely Saunders ma także swój osobisty wkład w powstanie i rozwój polskiej opieki hospicyjnej. W 1978 r. odwiedziła Gdańsk, Warszawę, Kraków i Nową Hutę, co było istotnym bodźcem do rozwoju ruchu hospicyjnego w Polsce. Jej kontakty z krakowskim hospicjum św. Łazarza były szczególnie żywe, być może ze względu na osobę jej męża – polskiego artysty malarza Mariana Szyszko-Bohusza.

### ► Elizabeth Kübler-Ross

Pod koniec lat 60. XX wieku w Stanach Zjednoczonych rozpoczęła działalność urodzona w Szwajcarii Elizabeth Kübler-Ross, psychiatra, która także przyczyniła się do zainicjowania nowego sposobu opieki nad umierającymi. Jej przełomowa książka „Rozmowy o śmierci i umieraniu” z 1969 r. była wynikiem setek rozmów przeprowadzonych przez nią w szpitalu z pacjentami, których choroba zmierzała do rychłej śmierci. Kübler-Ross opisała **schemat przeżyć psychicznych człowieka stojącego w obliczu śmierci**, który stał się podstawą rozwijającej się psychotematologii i szukania sposobów efektywnej **komunikacji z osobami umierającymi**, w tym także dziećmi, oraz ich rodzinami. Elizabeth Kübler-Ross dzięki swojej działalności edukacyjnej, wydawniczej i organizacyjnej przyczyniła się również do rozwoju światowego ruchu hospicyjnego.

### ► Globalizacja ruchu

Dalszy rozwój opieka paliatywna zawdzięcza m.in. WHO. W 1990 r. ukazała się pierwsza oficjalna definicja opieki paliatywnej. Rozwój opieki paliatywnej i jej wyodrębnienie jako osobnej specjalności potwierdzają:

- **powstanie czasopism naukowych i podręczników** poświęconych medycynie paliatywnej – pierwsze było czasopismo „Palliative Medicine”, które ukazało się w 1987 r.; w 1993 r. opublikowano pierwsze wydanie **monografii** medycyny paliatywnej (*Oxford Textbook of Palliative Medicine*),
- powołanie **międzynarodowych organizacji** zrzeszających profesjonalistów zajmujących się opieką paliatywną

- pierwszym było *European Association for Palliative Care* (EAPC) w 1988 r.,
- uznanie medycyny paliatywnej za **specjalizację lekarską** – pierwszym krajem była Wielka Brytania w 1987 r.

## OPIEKA PALIATYWNA W POLSCE

### ► Ruch hospicyjny

Powstanie opieki paliatywnej w Polsce miało swoje źródło zarówno w inspiracjach zachodnioeuropejskich i amerykańskich, jak i w rodzimych tradycjach opieki nad nieuleczalnie chorymi i umierającymi [6].

Pierwsze inicjatywy powstały w Krakowie, w latach 70. XX wieku i były związane z nieformalną grupą wolontariuszy gromadzącą się przy kościele rzymskokatolickim Arka Pana w Nowej Hucie. Przewodniczyła tej działalności **Halina Bortnowska**, filozof i redaktor czasopism katolickich „Znak” i „Tygodnik Powszechny”, z istotnym wsparciem proboszcza parafii, **ks. Józefa Gorzelanego**. W wyniku działania tej grupy podjęto nieformalną opiekę nad chorymi umierającymi ze szpitala zakaźnego, a w 1981 r. w Krakowie powstało **Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum** – pierwsze w Polsce stowarzyszenie, którego celem było rozwijanie opieki hospicyjnej, pod przewodnictwem prezes **doc. Janiny Kujawskiej-Tenner**. Grupa nawiązała jeszcze pod koniec lat 70. XX wieku bliską współpracę z londyńskim St Christopher’s Hospice. Ich celem było wybudowanie w Krakowie hospicjum stacjonarnego [7].

Niezależnie od ośrodka krakowskiego, na początku lat 80. XX wieku powstała nieformalna grupa, działająca w Gdańsku, której animatorem był kapelan szpitalny, **ks. Eugeniusz Dutkiewicz SAC**, zaś medyczną opiekę nad tym środowiskiem sprawowała prof. Joanna Muszkowska-Penson. Grupa ta rozpoczęła, w 1983 r. opiekę domową nad chorymi, według zasady *assistentia palliativa et pastoralis*, jednocześnie starając się prowadzić samokształcenie oraz propagować ideę hospicjum na zewnątrz. Nawiązano także kontakty międzynarodowe z ruchem hospicyjnym, zwłaszcza w Anglii. Dwa pierwsze ośrodki: Gdańsk i Kraków, zainspirowały powstanie ruchu społecznego, którego celami były:

- zapewnienie skutecznej, całościowej opieki ludziom umierającym na nowotwory złośliwe,
- zmiana podejścia środowiska medycznego i całego społeczeństwa do osób umierających.

Szczególnie bujny rozwój tego ruchu w Polsce jest zjawiskiem z trudem znajdującym analogie w ówczesnej Europie, zwłaszcza że **wszystkie pierwotne** ośrodki działały w całości **wolontaryjnie**. Interesujące i ważne są silne **powiązania ruchu hospicyjnego z ruchem Solidarności**.

W 1986 r. powstało Hospicjum św. Jana Kantego w Poznaniu z inicjatywy pracowników służby zdrowia, następnie kolejne hospicja domowe, głównie przy parafiach i zgromadzeniach zakonnych: w Białymstoku (w 1987 r.), Elblągu, Gdyni, Katowicach, Lublinie, Radomiu, Szczecinie, Toruniu, Warszawie, Wrocławiu i Zielonej Górze. W 1992 r. uruchomiono pierwsze stacjonarne hospicjum w Polsce (w Białymstoku). W 1991 r. powstało **Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego** z inicjatywy ks. Eugeniusza Dutkiewicza. Miało ono ważną funkcję scalającą środowiska hospicyjne, zapewniało komunikację i współpracę pomiędzy nowo powstającymi ośrodkami.

### ► Opieka paliatywna – wyodrębnienie dziedziny i profesjonalizacja

Pod koniec lat 80. XX wieku nastąpiła znacząca zmiana w polskiej opiece paliatywnej, dzięki działalności **prof. Jacka Łuczaka**, internisty, anestezjologa i kardiologa z Poznania, który wprowadził opiekę paliatywną w struktury ówczesnej państwowej, a następnie publicznej opieki zdrowotnej. W 1987 r. z jego inicjatywy powstał pierwszy w Polsce zespół opieki paliatywnej w ramach Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1 im. Pawłowa w Poznaniu (obecnie Przemienienia Pańskiego), w skład którego wchodziła poradnia walki z bólem i zespół opieki domowej. W 1989 r. powstał oddział opieki paliatywnej. Rok później – pierwsza w Europie Środkowo-Wschodniej **klinitka opieki paliatywnej** [2].

Dalszy rozwój ruchu ułatwiła uchwalona w 1991 r. ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, która pozwalała stowarzyszeniom świeckim i kościelnym powoływać zakłady opieki zdrowotnej. Równocześnie rozszerzał się zakres problemów, którymi zajmowała się opieka paliatywna. W Gdańsku, dzięki psychiatrze, prof. Krystynie de Walden-Gałuszko powstała **polska psychoonkologia**. W 1998 r. powstało w Warszawie pierwsze **hospicjum domowe dla dzieci**, zainicjowane przez dr. Tomasza Dangla. W latach 90. XX wieku liczba ośrodków w Polsce zarówno publicznych, jak i niepublicznych rosła systematycznie.

W 1993 r. powołano **Krajową Radę Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej (KROPiH)** przy Ministerstwie Zdrowia. Jej inicjatorem i przewodniczącym do 2002 r. był prof. Jacek Łuczak. Zadaniem Rady było koordynowanie działań środowiska, wypracowanie zasad organizacyjnych, legislacji zapewniającej nieodpłatną dostępność analgetyków (w szczególności morfiny doustnej) i programów edukacji zarówno dla jednostek działających w systemie wolontaryjnym, skupionych w Ogólnopolskim Forum Ruchu Hospicyjnego, jak i w systemie państwowym. W 1999 r. zatwierdzono **Program Rozwoju Opieki Paliatywnej w Polsce**. W tym samym roku w Polsce, jako drugim kraju w Europie, powstała **specjalizacja lekarska** w dziedzinie medycyny paliatywnej oraz **pielęgniarska** z zakresu opieki paliatywnej.

Krajowa Rada zapewniła finansowanie opieki paliatywnej ze środków publicznych, początkowo w postaci dotacji celowych, a następnie, po **nowelizacji ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 1997 r.** – ze środków kas chorych (potem Narodowego Funduszu Zdrowia). Dało to możliwość uzyskania środków także podmiotom niepublicznym.

### ► Edukacja. Polska liderem w Europie Środkowo-Wschodniej

Od początku rozwoju ruchu hospicyjnego zdawano sobie sprawę, że podstawowym narzędziem jego rozwoju jest szeroko pojęta edukacja. Jej rozwój zawdzięcza Polska m.in. zaangażowaniu ośrodków akademickich.

- Pierwsze obowiązkowe zajęcia dla studentów medycyny zorganizowano już w 1990 r. w Poznaniu.
- Polscy lekarze i pielęgniarki, oprócz uczestnictwa w trzydniowych kursach podstawowych we wszystkich województwach, korzystali ze szkoleń w wiodących hospicjach brytyjskich.
- Dla szkolących się przyszłych specjalistów zorganizowano anglojęzyczne kursy specjalistyczne we współpracy z ośrodkiem oksfordzkim Sir Michael Sobell House, dzięki czemu poziom wykształcenia kadr nie odbiegał od poziomu europejskiego.



**Rycina 1.1.** Trzy elementy niezbędne do skutecznego rozwoju opieki paliatywnej (Jan Stjernsward, WHO)

Dzięki utworzeniu ośrodków medycyny paliatywnej o randze uniwersyteckiej (w kilku akademiach medycznych) nauczyciele akademicki, oprócz działalności edukacyjnej, włączyli się w badania naukowe. Dla wspierania badań i tworzenia środowiska naukowego w 2002 r. powstało Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej (PTMP). Rozpoczęto wydawanie czasopism naukowych. Od 2010 r. PTMP stało się członkiem zbiorowym EAPC. Jednym z członków honorowych (od 2011 r.) jest prof. Robert Twycross, współpracownik Cicely Saunders, autor pierwszych podręczników z dziedziny opieki paliatywnej. Dzięki powstaniu w 1999 r. organizacji ECEPT (Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Opieki Paliatywnej w Europie Środkowo-Wschodniej) rozpoczęto edukację – szerzenie idei i organizacji hospicjów w regionie, w którym Polska stała się liderem.

## PODSUMOWANIE

W niniejszym rozdziale przedstawiono definicję opieki paliatywnej, jej podstawowe zasady, genezę jej powstania oraz rozwój na świecie i w Polsce.

Opieka paliatywna to wszechstronne działania interdyscyplinarnego zespołu, mające na celu zaspokajanie potrzeb: somatycznych, psychosocjalnych oraz duchowych chorych na nieuleczalne, zmierzające do śmierci choroby, również we wcześniejszych ich stadiach. Pomoc polega na wczesnym ustalaniu zagrożeń i potrzeb, zapobieganiu cierpieniom i niesieniu ulgi w cierpieniu chorych oraz na wsparciu ich rodzin. Celem jest poprawa jakości życia.

Opieka i medycyna paliatywna – jako nowa dziedzina medycyny – stanowiła odpowiedź na niezaspokojone potrzeby chorych nieuleczalnie, zwłaszcza na nowotwory złośliwe. Jej holistyczne i wielodyscyplinarne podejście było nowatorskie w okresie jej powstawania – w latach 60. XX wieku i stało się inspiracją oraz przykładem dla innych dziedzin medycyny.

Polska zaczęła rozwijać opiekę paliatywną w latach 80. XX wieku i szybko stała się niekwestionowanym liderem Europy Środkowo-Wschodniej, w którym powołano pierwszą klinikę opieki paliatywnej, wprowadzono nauczanie akademickie, specjalizację lekarską i pielęgniarską. Tworzące się początkowo nieformalne zespoły opieki hospicyjnej osiągnęły wysoki stopień profesjonalizmu dzięki koordynacji działań w sektorze akademickim, publicznym i niepublicznym oraz specjalistycznej edukacji prowadzonej we współpracy z najlepszymi ośrodkami zachodnioeuropejskimi. W 2003 r. na terenie Europy Środkowo-Wschodniej

i Rosji, zamieszkałym przez blisko 400 milionów mieszkańców istniało 467 ośrodków hospicyjnych, z których połowa znajdowała się w Polsce [8]. W 2007 r. w rankingu krajów Unii Europejskiej co do stopnia rozwoju opieki paliatywnej, Polska zajmowała trzecie miejsce, a w 2013 r. – ósme [9].

## DO ZAPAMIĘTANIA

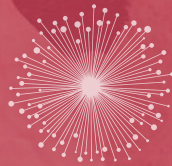
1. Powstanie opieki paliatywnej było odpowiedzią na niezaspokojone potrzeby chorych na nowotwory złośliwe i nowe możliwości leczenia przeciwbólowego, co stało się możliwe dzięki zmieniającemu się podejściu społecznemu i medycznemu do śmierci i umierania. Twórczyniami tej dziedziny były Cicely Saunders oraz Elizabeth Kübler-Ross.
2. W Polsce pierwszymi ośrodkami, w których zaczął kształtować się ruch społeczny mający na celu zorganizowanie opieki paliatywnej, były Kraków i Gdańsk, a pierwszy ośrodek akademicki powstał w Poznaniu. Wprowadzenie opieki paliatywnej do zakładów opieki zdrowotnej w systemie publicznej służby zdrowia, a następnie utworzenie Krajowej Rady Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej pozwoliło na rozszerzenie i profesjonalizację ruchu hospicyjnego i osiągnięcie przez Polskę pozycji lidera w Europie Środkowo-Wschodniej.

## PIŚMIENNICTWO

1. Definicja medycyny paliatywnej wg WHO. Dostępne na: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (dostęp 18.07.2018 r.).
2. Bogusz H. Hospicjum-drzewo życia. Opieka hospicyjno-paliatywna w Poznaniu 1986–2004. Wydawnictwo Kontekst, Poznań 2017.
3. Seymour J., Clark D., Winslow M. Pain and palliative care: the emergence of new specialties. *J Pain Symptom Manage* 2005; 29: 2-13.
4. Cancer pain relief. World Health Organization. Geneva 1986. Dostępne na: <http://www.who.int/iris/handle/10665/43944> (dostęp 21.07.2018 r.).
5. Du Boulay S., Rankin M. Okno nadziei. Cicely Saunders – założycielka ruchu hospicyjnego. Wydawnictwo Znak, Kraków 2009.
6. Bogusz H. O niektórych prekursorach opieki hospicyjnej w Polsce. *Med Paliat* 2017; 9: 120-124.
7. Solidarni. Opieka paliatywno-hospicyjna w Polsce. Janowicz A., Krakowiak P., Stolarczyk A. (red.). Wydawnictwo Fundacji Hospicyjnej, Gdańsk 2015.
8. Clark D. To comfort always. A history of palliative medicine since the nineteenth century. Oxford University Press, Oxford 2016.
9. End of Life Care Audit – Dying in Hospital: National report for England 2016. Dostępne na: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/end-life-care-audit-dying-hospital-national-report-england-2016> (dostęp 22.07.2018 r.).
10. Woitha K., Garralda E., Martin-Moreno J.M. i wsp. Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union. *J Pain Symptom Manage* 2016; 52: 370-377.







# MEDYCYNA PALIATYWNA

pod redakcją  
**ALEKSANDRY CIAŁKOWSKIEJ-RYSZ**  
oraz  
**TOMASZA DZIERŻANOWSKIEGO**

Medycyna paliatywna jest dziedziną młodą, chociaż potrzeba leczenia osób nieuleczalnie chorych oraz umierających zrodziła się już w wieku XIX. Rozwijając się dynamicznie, w obliczu epidemii nowotworów i przewlekłych chorób cywilizacyjnych, stała się specjalizacją niezwykle potrzebną. Książka zawiera wyczerpujące opracowanie zagadnień z całej dziedziny, przede wszystkim w ujęciu praktycznym. Dlatego dyskusja ograniczona jest do minimum, w zamian za to chętnie korzystaliśmy z zestawień, tabel i rycin. Nie było dotychczas tak obszernego opracowania w języku polskim w tej dziedzinie. Naszym marzeniem jest, aby książka stała się ulubionym narzędziem w codziennej pracy specjalistów medycyny paliatywnej, osób w trakcie specjalizacji i pogłębiających swoją wiedzę, praktyków opieki paliatywnej, a także wszystkich lekarzy szukających rzetelnej referencji co do postępowania diagnostyczno-leczniczego. Staraliśmy się przestrzegać zasad *evidence based medicine* i opierać na najbardziej aktualnej wiedzy, uzupełnionej o aspekty praktyczne. Największą naszą satysfakcją będzie, jeśli poniesiony przez nas wysiłek przełoży się na powstanie książki nie tylko dobrej, ale potrzebnej, a wręcz niezbędnej w codziennej praktyce.

Zespół autorów