

Magdalena Kowalczyk¹

¹ Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Kraków

OPIEKA PALIATYWNA JAKO JEDNA Z FORM OPIEKI NAD PACJENTEM TERMINALNIE CHORYM

Adres korespondencyjny

Magdalena Kowaczuk, os. Stawki 70/21, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski
tel. 501529143
e-mail: dilian@wp.pl

Streszczenie: W niniejszym artykule zwrócono uwagę na cele i zadania opieki paliatywnej. Mimo, że w Polsce istnieje od ponad 30 lat, to jednak nadal jest błędnie rozumiana. Zrozumienie sytuacji pacjenta i jego rodziny pozwala na dobór odpowiedniej dla niego instytucji. Skupiono się szczególnie na chorych w terminalnej fazie choroby, w której pacjenci odczuwają nasilenie dolegliwości. Główną kwestią poruszaną w artykule jest przede wszystkim zespołowa kontrola i leczenie objawów.

Słowa kluczowe: instytucja, opieka paliatywna, hospicjum, jakość życia, terminalna faza choroby

Opieka paliatywna i jej zadania

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2002 r., przez opiekę paliatywną należy rozumieć wszechstronną opiekę medyczną i niemedyzną (psychologiczną, socjalną itp.) dla chorych na nieuleczalną, zagrażającą życiu chorobę. Szczególny nacisk w powyższej definicji położono na zapobieganie i znoszenie cierpienia poprzez wczesną jego identyfikację (czego nie uwzględniano w poprzednich definicjach).

Opieka paliatywna:

- przynosi ulgę w bólu i w innych niepokojących objawach,
- podtrzymuje wiarę w życie i traktuje śmierć jako normalny proces,
- nie przyspiesza ani nie opóźnia nadejścia śmierci,
- łączy aspekty psychologiczne i duchowe opieki nad pacjentem,
- oferuje wsparcie ułatwiające pacjentom w miarę możliwości aktywne życie aż do śmierci,
- oferuje wsparcie i pomoc rodzinom w czasie choroby pacjenta i w ich własnej żałobie,
- tworzy zespoły ludzi wychodzących naprzeciw potrzebom pacjentów i ich rodzin, w tym dotyczące żałoby, jeśli to konieczne,
- poprawia jakość życia; może również pozytywnie wpłynąć na przebieg choroby,
- jest udzielana odpowiednio wcześnie w połączeniu z innymi rodzajami terapii mającymi na celu przedłużenie życia, takimi jak chemioterapia lub radioterapia, i obejmuje badania potrzebne do lepszego zrozumienia i postępowania z ciężkimi powikłaniami chorób [1].

Powyższa definicja, zdaniem konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej Aleksandry Ciałkowskiej-Rysz, jest niefunkcjonalna, gdyż nie można określić docelowej populacji chorych wymagających opieki paliatywnej. Jeszcze większy problem dotyczy zdefiniowania słowa hospicjum. Jednym kojarzy się z wysokospecjalistycznym ośrodkiem, gdzie chory z postępującą nieuleczalną chorobą otrzymuje wszechstronną profesjonalną pomoc. Dla innych hospicjum to dom opieki dla chorych w ostatnich miesiącach życia. Rzadko natomiast postrzegane jest jako miejsce wsparcia, kontroli objawów oraz godnego życia aż do naturalnej śmierci, czyli miejsca profesjonalnej opieki medycznej [2].

Problemy z rozumieniem opieki paliatywnej/hospicyjnej

Problem z rozumieniem terminu hospicjum może wynikać (co w pewnym sensie sugeruje A. Ciałkowska-Rysz) w utożsamianiu go z budynkiem, a nie z instytucją. Jeśli weźmie się pod uwagę, że istnieją w kraju i na świecie hospicja domo-

we, które świadczą swoje usługi w domu pacjenta, to znaczenie instytucjonalne zdaje się bardziej adekwatne do określenia tego pojęcia. Czym zatem jest instytucja? Instytucja, to termin socjologiczny wprowadzony przez Herberta Spencera, odnoszący się do bardzo trwałych elementów ładu społecznego (jak np. rodzina, własność, prawo), uregulowanych i usankcjonowanych form działalności (np. nauka, szkolnictwo, sądownictwo), uznanych sposobów rozwiązywania problemów współpracy i współżycia (małżeństwo, rozwód, kredyt, arbitraż itp.) oraz niektórych organizacji formalnych pełniących w społeczeństwie określone funkcje (szpital, więzienie, fabryka, urząd) [3].

Hospicjum wpływa na trwałe elementy ładu społecznego, takie jak rodzina, przez jej wspieranie, zarówno w trakcie nieuleczalnej choroby jednego z jej członków, jak również podczas żałoby. Wsparcie to ma charakter wieloaspektowy (fizyczny, psychiczny, duchowy) i uwzględnia prawo do godnego życia i naturalnej śmierci pacjenta. Zespół hospicyjny ma określone cele (wynikające z definicji opieki paliatywnej) oraz wypracowane sposoby rozwiązywania problemów współpracy i współżycia. Hospicjum należy do organizacji pełniących w społeczeństwie określone funkcje w zakresie ochrony zdrowia.

Kiedy chce się podkreślić, że chory znajduje się w hospicjum, mając na myśli budynek, używa się stwierdzeń typu: hospicyjny oddział stacjonarny lub dom hospicyjny. Oprócz stacjonarnej formy opieki hospicyjnej, wyróżnić można jeszcze wspomniane już hospicja domowe oraz oddziały dziennego pobytu (gdzie pacjenci są przywożeni na kilka godzin do budynku hospicjum i mogą korzystać z porady lekarza, pielęgniarki, czasem uczestniczą w rehabilitacji czy terapii zajęciowej itp.) Zwykle hospicja domowe mylone są z opieką długoterminową, gdyż dla pacjenta nie ma znaczenia, skąd personel pochodzi – ważne, żeby przyjechał ktoś do domu. Dopiero spokojne wyjaśnienie celów i zadań obu instytucji pozwala na świadomy wybór pacjenta – jednej z powyższych form opieki, zgodnie z jego potrzebami.

Obecnie w Polsce dąży się do tworzenia instytucji, które zajmują się specjalistyczną opieką paliatywną, co oznacza czynną całościową opiekę nad pacjentem z postępującą, dalece zaawansowaną i źle rokującą chorobą oraz ich rodzinami, sprawowaną przez wielozadaniowy zespół, który został poddany specjalnemu szkoleniu w zakresie opieki paliatywnej. Udzielenie opieki polega na wsparciu fizycznym, psychologicznym, socjalnym i duchowym i angażuje osoby z szerokimi umiejętnościami [1].

Mówiąc o opiece paliatywnej wiele osób ma na myśli jej znaczenie ogólne, a nie specjalistyczne. Ogólna opieka paliatywna jest szerokim pojęciem i trudno jest je w pełni zdefiniować, gdyż zależy od tego, w jakim stanie zdrowia jest pacjent, gdzie przebywa, jakie ma oczekiwania i dostęp do opieki specjalistycznej. Przykładowo, chory może mieć ciężką nieuleczalną chorobę, która źle rokuje i przebywać w Domu Pomocy Społecznej (DPS), nie odczuwa żadnych przykrych dolegliwości, jego potrzeby biologiczne są zaspokajane przez opiekunów,

lekarza pierwszego kontaktu i pielęgniarkę środowiskową, w innych aspektach (psychologicznym, społecznym, duchowym) również czuje się bezpiecznie – taki chory nie będzie czuł potrzeby zgłoszenia się do hospicjum, gdyż środowisko, w którym funkcjonuje, jest dla niego komfortowe. W nomenklaturze hospicyjnej sytuację wyżej opisanego chorego można określić w kategorii dobrej jakości życia.

Jakość życia w opiece paliatywnej

W medycynie wprowadzono pojęcie jakości życia warunkowanej stanem zdrowia. Jest to własna ocena chorego dotycząca stopnia zaspokojenia wszystkich ważnych dla niego potrzeb, uwzględniająca szczególnie wpływ choroby i leczenia [4]. W bardzo prostym ujęciu jakość życia można określić jako różnicę między tym, czego pacjent oczekuje, a tym, co można mu zaoferować, czyli dotyczy rozbieżności między sytuacją realną a idealną [4]. Jeśli oczekiwania chorego są zbieżne z możliwościami ich realizacji przez personel, to taki pacjent (jak w przykładzie z chorym z DPS-u) będzie odczuwał większą satysfakcję, czyli dobrą jakość życia. Jeżeli natomiast chory oczekuje od personelu czegoś, co realnie zespół pracowników nie jest mu w stanie zagwarantować, np. usunięcie nowotworu, wówczas taki chory będzie sfrustrowany, a jego jakość życia będzie niska.

Jak podkreśla K. de Walden-Gałuszko, jakość życia warunkuje stan zdrowia pacjenta, dlatego też autorka wprowadziła podział ciężkiej zaawansowanej choroby na 3 okresy.

- 1) Okres preterminalny to stan, w którym w stosunku do chorego zaprzestano leczenia mającego na celu dalsze przedłużanie życia, dolegliwości pacjent może nie odczuwać, bądź jest ich niewiele (w tej sytuacji dość skuteczną pomoc w leczeniu objawów powinien chory uzyskać w Poradni Medycyny Paliatywnej). Prognoza życia takiego chorego waha się od tygodni nawet do kilku lat. W tym czasie jakość życia chorego może być uzależniona od innych chorób, ich leczenia czy sytuacji rodzinnej, wówczas rodzi się pytanie, gdzie chory chciałby spędzić kolejny okres tej choroby? Jeżeli chory ma rodzinę i możliwość przebywania w domu, to czy chciałby korzystać z opieki najbliższych? Jeśli chory przebywa w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym czy w DPS, to na ile te instytucje są w stanie odpowiedzieć na jego potrzeby? Jeżeli chory jest leczony w szpitalu z innych powodów niż choroba podstawowa i w czasie tego leczenia dojdzie do pogorszenia stanu ogólnego, czy właściwym miejscem pobytu będzie wówczas szpital? Są to bardzo trudne pytania, które muszą być przedyskutowane indywidualnie z chorymi, których dotyczą.
- 2) Okres terminalny to stan, kiedy następuje dalsza progresja choroby, nasilają się dolegliwości bólowe, czasem nudności, wymioty, duszność, zaparcia (łącznie z ryzykiem niedrożności jelit), zwiększa się ryzyko częstszych

napadów padaczkowych (dotyczy głównie pacjentów z przerzutami bądź guzami pierwotnymi mózgu), u chorych z nowotworami zewnątrznie widocznymi powstają owrzodzenia, mogą pojawiać się odleżyny, zespół anorektyczno-kaheksyjny, a co za tym idzie, odwodnienie. Aktywność fizyczna takiego pacjenta zwykle ogranicza się do poruszania po domu. Chory powoli staje się zależny od innych, lecz nie musi stale przebywać w łóżku. W tej sytuacji z pomocą wkracza hospicjum (o ile chory sobie życzy). To pacjent wybiera dogodną dla siebie formę opieki hospicyjnej. De Walden-Gałuszko określiła ten okres jako okres właściwej opieki paliatywnej, trwający zwykle ok. 6–8 tygodni.

- 3) Okres agonalny jest stanem poprzedzającym bezpośrednio śmierć pacjenta. Pacjent wówczas jest leżący, ma trudności ze zmianą pozycji, całkowicie jest uzależniony od pomocy innych osób. Chory w tym okresie traci powoli odruch połykania, więc nie je i nie pije. Nasilać się mogą dolegliwości związane z niewydolnością wielonarządową. Pojawiają się zaburzenia świadomości, w tym splątanie, niezwykle przykre dla chorego, gdyż niejednokrotnie pacjent pożytkuje rezerwy energii życiowej na pojawiające się zaburzenia psychiatryczne. Zdarza się również, że przed śmiercią chorzy odzyskują w pełni świadomość i przypominają sobie pewne fragmenty zachowania w psychozie, co jest dla nich trudne do zaakceptowania. U wielu pacjentów pojawiają się zalegania w drogach oddechowych (rzęzenie przedśmiertne). Zgodnie z sugestią de Walden-Gałuszko, okres ten trwa zwykle 2–3 doby [4].

W niniejszym artykule uwaga zostanie skupiona na tym właśnie okresie opieki paliatywnej, czyli fazie terminalnej choroby. W celu przybliżenia problemu jakości życia chorych terminalnie, w tabeli 1 opisano najczęściej występujące objawy [5]. Można dostrzec, jak bardzo subiektywnych problemów dotyka opieka paliatywna.

Tabela 1. Pięć najważniejszych objawów występujących w terminalnej fazie choroby z punktu widzenia lekarza (kolumna 1–3) i chorego (kolumna 4)

Gradacja objawów	Hospicja	Hospicja domowe	Szpitala	Punkt widzenia chorych
1	ból	zmęczenie	ból majaczenie (w tym rozumieniu oznacza stan splątania)	zmęczenie
2	jadłowstręt	ból	nudności	ból
3	zespół objawów niedrożności jelit	jadłowstręt	zespół objawów niedrożności jelit	kserostomia – zespół suchości jamy ustnej
4	duszność	chudnięcie	duszność	zespół objawów niedrożności jelit
5	zmęczenie	duszność	duszność	

Wybrane aspekty jakości życia pacjentów w terminalnej fazie choroby: ból, zmęczenie, osłabienie, senność

W Polsce na nowotwory złośliwe umiera w ciągu roku ponad 80 tys. chorych. Ból może pojawić się na każdym etapie choroby nowotworowej i występuje średnio u 50%, a w zaawansowanym okresie choroby u ponad 75% chorych. W zależności od czynnika etiologicznego, wyróżnia się bóle spowodowane procesem nowotworowym, bóle powstałe w wyniku leczenia przeciwnowotworowego, bóle spowodowane wyniszczeniem nowotworowym i bóle niezwiązane z nowotworem (współistniejące) [6].

Ból, zgodnie z określeniem Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu (*International Association for the Study of Pain – IASP*), jest odczuciem subiektywnym, nieprzyjemnym, zmysłowym i emocjonalnym, związanym z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek albo opisywanym w kategoriach takiego uszkodzenia [7].

Jak można zauważyć, ból nie jest tylko zjawiskiem fizycznym, ale także emocjonalnym, a idąc dalej – może mieć wymiar społeczny i duchowy, co potwierdzają Hemming i Maher w swoich badaniach z 2005 r. Wspomniani wyżej badacze odkryli, że na tolerancję bólu (maksymalne natężenie bólu, które człowiek jest w stanie znieść) wpływają następujące czynniki:

- bezsenność,
- zmęczenie,
- lęk i niepokój,
- smutek,
- nuda,
- izolacja,
- brak bodźców,
- brak interakcji,
- słaba komunikacja,
- rodzinny stres i uraz,
- niewiedza [7].

Uwzględniając wieloczynnikowe podłoże bólu, funkcjonuje w medycynie paliatywnej określenie bólu wszechogarniającego (*total pain*), który wymaga diagnozy multidyscyplinarnej, leczenia oraz kontroli skuteczności podjętych działań.

Do diagnozy bólu (jego umiejscowienia, częstotliwości, natężenia, charakteru występowania, czasu trwania i wrażliwości na leczenie) służą odpowiednie skale, znane i zaakceptowane przez zespół interdyscyplinarny. Skale, którymi posługuje się personel, powinny być jasne również dla chorego i jego rodziny. Najbardziej popularną i najprostszą skalą oceny ból jest skala VAS i NRS. W skali VAS (skala wizualno-analogowa) chory graficznie zaznacza natężenie bólu na specjalnej linii, z tyłu której personel odczytuje wartość numeryczną. W skali

NRS (*Numerical Rating Scale*) pacjent podaje w skali od 0 do 10 wartość liczbowa, która najbardziej odpowiada natężeniu bólu, jaki obecnie chory odczuwa. W obu opisanych skalach, wartości 0 przypisuje się brak bólu, natomiast cyfrze 10 najsilniejszy ból, jaki chory jest w stanie sobie wyobrazić.

Leczenie farmakologiczne bólu zostało zaproponowane przez Światową Organizację Zdrowia w 1986 r. Zostało ono ujęte w postaci algorytmu i okazało się skuteczne u 85–90% chorych. Obecnie stosuje się następujące zasady:

- lek i jego dawkowanie dobiera się indywidualnie do każdego pacjenta tak, aby zapewnić właściwy dla danego leku czas bezbolesności,
- lek powinien być dobrany w zależności od natężenia bólu (czyli zgodnie z zastosowaną skalą oceny, na przykład NRS) i zgodny z drabiną analgetyczną,
- jeżeli zwiększa się natężenie bólu, należy przejść na wyższy szczebel drabiny analgetycznej, natomiast nie powinno się podawać innego leku o podobnej sile działania (wyjątkiem mogą być wskazania do zmiany jednego silnego opioidu na inny),
- leczenie łagodnego natężenia bólu powinno być zaczęte od paracetamolu lub/i niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ), o ile nie ma przeciwwskazań,
- wszyscy pacjenci ze znacznym natężeniem bólu powinni otrzymać opioid bez względu na mechanizm powstania bólu,
- wskazane jest stałe utrzymanie stężenia terapeutycznego leku poprzez podawanie kolejnych dawek w regularnych odstępach czasu oraz w razie nasilenia bólu,
- zaleca się zmianę słabszego leku na silniejszy, o ile ten pierwszy jest nieskuteczny,
- wskazane jest kojarzenie leków przeciwbólowych o różnych mechanizmach działania,
- jeżeli jest to możliwe, wskazana jest doustna doga podawania leków [6].

Preferowanymi drogami podawania leków, oprócz doustnej, gdy na przykład pacjent ma utrudnione połykanie, są podskórna (przy zastosowaniu igły typu motylek), transdermalna (stosowanie plastrów) oraz w nagłych przypadkach dożylna. Nie powinno się stosować iniekcji domięśniowych [6].

National Comprehensive Cancer Network Fatigue Guidelines Panel podaje definicję zmęczenia, jako nietypowego, utrzymującego się, subiektywnego poczucia znużenia związanego z chorobą nowotworową lub jej leczeniem, zakłócającego zwykle funkcjonowanie. Zmęczenie jest odczuciem subiektywnym, manifestującym się objawami fizycznymi (na przykład obniżenie energii), poznawczymi (na przykład osłabienie koncentracji) i emocjonalnymi (na przykład obniżenie motywacji) [8].

Zmęczenie, o którym mowa różni się zasadniczo od tego samego odczucia u osób zdrowych. Zgłaszane przez chorego „poczucie znużenia”, występuje

niezależnie od odpowiedniej ilości snu i odpoczynku. Zdarza się też, że pacjent zgłasza personelowi „zmęczenie samym zmęczeniem”, co niejednokrotnie może się wydawać odbiorcy nielogiczne, a nawet śmieszne. Zmęczenie u chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową zgłasza ok. 60–90% pacjentów i może towarzyszyć objawom depresji, bólu, jadłowstrętu, bezsenności, lęku, nudności i duszności, a każdy z nich może przyczyniać się do jego pojawienia się [8].

W medycynie paliatywnej opracowano wiele narzędzi badających nasilenie różnych dolegliwości, w tym także zmęczenia, z których najbardziej popularna jest *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS).

Etiologia zmęczenia uwzględnia rolę cytokin prozapalnych produkowanych przez guzy nowotworowe, które przyczyniają się do powstania niedokrwistości, wyniszczenia, gorączki, zakażenia oraz depresji. U podstaw patogenetyki zmęczenia leżą zaburzenia metaboliczne i neurohormonalne, zjawiska wtórne do zmian w układzie immunologicznym obejmujących wytwarzanie cytokin [8]. Inne przyczyny, to schorzenia współistniejące oraz stosowanie leków przeciwwymiotnych, opioidowych, przeciwłękowych, nasennych, przeciwnadciśnieniowych oraz glikokortykosteroidów [8,9]. Postępowanie w leczeniu pacjentów to przede wszystkim:

- edukacja w zakresie stopniowania wysiłku (w tym również przy spożywaniu posiłku – często, ale w małych ilościach),
- ćwiczenia dostosowane do możliwości pacjenta,
- organizacja czasu wolnego, w tym terapii zajęciowej,
- leczenie farmakologiczne, na przykład krótkotrwałe stosowanie glikokortykoidów (długotrwałe podawanie nasila zmęczenie), leki progestagenne, takie jak octan megestrolu, są wskazane w celu poprawy apetytu i zwiększenia spożycia kalorii [8].

W przypadku senności i osłabienia etiologia może być podobna, lecz ponadto należy upewnić się, że pacjent jest odpowiednio nawodniony i nie ma zaparć. Opiekując się pacjentem z tak wieloma problemami medycznymi, można zapomnieć o niekorzystnym wpływie metabolitów na organizm chorego, co bywa wtórną przyczyną pogorszenia stanu ogólnego. Medycyna paliatywna zwraca bardzo drobiazgowo uwagę na leczenie objawów, ale również nie zapomina o jego ubocznych skutkach.

Opieka paliatywna posiada jasno określone cele i zadania, które realizowane są przez zespoły wielodyscyplinarne. W prawidłowo funkcjonującym zespole interdyscyplinarnym poszczególni członkowie są specjalistami w swoim zakresie, posiadają także wiedzę na temat funkcji innych jego członków, aby w razie potrzeby, w miarę swoich umiejętności i uprawnień, móc się wzajemnie zastępować [10]. Trudno zatem wyobrazić sobie zespół, w którym np. lekarz jest specjalistą w zakresie kardiologii, pielęgniarka w opiece chirurgicznej, psycholog w terapii małżeństw, a pracownik socjalny uzależnień. W opiece paliatywnej zespół terapeutyczny powinien być kompatybilny. Niestety, zdarza się, że zgłaszają się

do instytucji zajmujących się opieką paliatywną pacjenci oczekujący długoterminowej opieki pielęgniarzkiej, lekarskiej opieki onkologicznej, bądź potrzebujący wsparcia socjalnego (niekoniecznie dla osoby chorej somatycznie) w postaci wyręczenia rodziny w jej podstawowych funkcjach (sprzątania, prania, robienia zakupów itd.). Wyjaśnianie powyższej osobie i jej rodzinie, jakim rodzajem pacjentów zajmuje się opieka paliatywna, służy również podnoszeniu wiedzy społecznej na ten temat. Niejednokrotnie eksponuje się fakt, że zakwalifikowanie do domowej opieki hospicyjnej nie zwalnia rodziny z funkcji opiekuńczej, co oznacza jej czynny udział w zadaniach niewymagających wykształcenia specjalistycznego, na przykład mycie i przebieranie pacjenta, dbanie o odpowiednie nawodnienie i karmienie, zapewnienie warunków do załatwiania potrzeb fizjologicznych.

Podsumowanie

Pod pojęciem opieki paliatywnej skrywają się wielodyscyplinarne cele i zadania, ukierunkowane na poprawę jakości życia pacjenta. Chory decyduje sam, czy chce korzystać z usług personelu zajmującego się opieką paliatywną oraz co do miejsca sprawowania tej opieki. Lekarz kierujący pacjenta może zaproponować pacjentowi: poradnię medycyny paliatywnej, szpitalny oddział opieki paliatywnej, inny oddział szpitalny współdziałający ze szpitalnym zespołem wspierającym (zespół opieki paliatywnej wspierający pracowników dowolnego oddziału szpitalnego), stacjonarny oddział hospicyjny, hospicjum domowe, hospicyjny ośrodek opieki dziennej [11].

Opieka paliatywna wspiera rodziny w opiece nad chorym poprzez edukację w zakresie leczenia dolegliwości, profilaktyki przeciwoleżynowej, pojenia i karmienia, regulacji wypróżnień, rehabilitacji, organizacji wsparcia socjalnego, psychologicznego, informacyjnego itp.

Medycyna paliatywna nie zastępuje innych specjalności medycznych, a chętnie współpracuje z nimi dla dobra chorego. Akceptacja bliskości śmierci pacjenta nie neguje potrzeby poprawy jego jakości życia pod względem kardiologicznym, ortopedycznym, stomatologicznym itd.

Należy rzetelnie przekazywać chorym informacje tak, aby mieli możliwość wyboru takiej instytucji medycznej, która realnie będzie odpowiadała ich oczekiwaniom.

Bibliografia

1. Travers E, Mitchel D, *Zagadnienia strategiczne i ogólne w opiece paliatywnej* [w:] Kinghorn S, Gaines S (red.), *Opieka paliatywna*. Elsevier Urban &Partner, Wrocław 2012; 1–8.

2. Ciałkowska-Rysz A, *Wskazania do objęcia opieką paliatywną*. Med. Paliat. 2010; 1: 6–8.
3. [www.pl.wikipedia.org/wiki/Instytucja_\(socjologia\)](http://www.pl.wikipedia.org/wiki/Instytucja_(socjologia)), [25.05.2012].
4. de Walden-Gałuszko K, *Podstawy opieki paliatywnej*. PZWL, Warszawa 2007.
5. Tassinari D, Maltoni M, *Opieka nad chorym umierającym* [w:] Catane R, Cherny NI, Kloke M, Tanneberger S, Schrijvers D (red.), *Postępowanie w zaawansowanej chorobie nowotworowej*. ESMO, United Kingdom 2006; 213–218.
6. Dobrogowski J, Krajnik M, Jassem J, Wordliczek J, *Stanowisko dotyczące postępowania przeciwbólowego u chorych z nowotworem*. Onkol Prak Klin. 2009; 5: 55–68.
7. Farrer K, *Kontrola bólu* [w:] Kinghorn S, Gaines S (red.), *Opieka paliatywna*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012; 23–41.
8. Stiefel F, Stagno D, *Problemy psychiatryczne* [w:] Catane R, Cherny NI, Kloke M, Tanneberger S, Schrijvers D (red.), *Postępowanie w zaawansowanej chorobie nowotworowej*. ESMO, United Kingdom 2006; 142–144.
9. de Walden-Gałuszko K, *U kresu*. Wydawnictwo Medyczne MAK-med, Gdańsk 1996.
10. Ciałkowska-Rysz A, *Opieka paliatywna – definicja, zalecenia organizacyjne*. Ter Med. Paliat. 2011; 10: 7–8.
11. Richardson E, *Opieka paliatywna dla pielęgniarek*. Fundacja Pomoc Krakowskiemu Hospicjum, Kraków 1997.

Palliative care as one of the forms of terminally ill patient care

Abstract: In this case described aims and tasks of the palliative care. Even though we are in contact with her in Poland for over 30 years still is incorrectly understood. Understanding the situation of the patient and his family lets proper selection the institution meeting their needs.

They concentrated on the terminal phase of illness, in which we have for becoming many pathological complaints. Major issues essential for symptom control for patients in terminal phase are presented in the article.

Key words: institution, palliative care, hospice, quality of life, terminal phase