

Pozamedyczne aspekty opieki paliatywnej. Działalność hospicjów w opinii różnych grup społecznych

Non-medical aspects of palliative care. Hospice activities in the opinion of different social groups

Joanna Flakus

Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
NZOZ Hospicjum w Chorzowie

Streszczenie

W pracy podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, czy i w jakim stopniu hospicjum jako instytucja realizuje swoje cele oraz zadania związane z udzielaniem wsparcia społecznego choremu i jego rodzinie. Rozwój opieki hospicyjnej przyczynił się do zwrócenia uwagi na człowieka chorego jako podmiot opieki. Podejście medycyny do problemów związanych z kresem życia nacechowane jest licznymi wieloznacznościami oraz sprzecznościami. Z jednej bowiem strony, współczesna medycyna dysponuje coraz lepszymi metodami przedłużania życia, co należy odczytać jako pozytywny znak, z drugiej jednak, postęp w dziedzinie medycyny rodzi nowe problemy i dylematy moralne. Dzięki zmianom w postrzeganiu potrzeb osób u kresu życia, zagadnienia związane z umieraniem znowu stały się częścią humanistycznej medycyny, a także całego świata socjokulturowego, w którym żyjemy. W pracy przedstawiono wyobrażenia osób, które nie korzystały z opieki hospicyjnej, na temat jej funkcjonowania, oraz opinie, czym jest dla nich instytucja hospicjum. Poznanie opinii wiąże się ze świadomością społeczną. Wśród uzyskanych odpowiedzi przeważały pozytywne. Znajomość jednostek hospicyjnych w danym mieście jest związana z działalnością edukacyjną, zwłaszcza w zakresie propagowania idei wolontariatu. Ponadto, hospicja poprzez swoją działalność przyczyniają się do wzrostu świadomości o problemach oraz potrzebach ludzi chorych terminalnie w naszym społeczeństwie. Propagują potrzebę rozwijania opieki hospicyjnej oraz poszukiwania optymalnych form opieki nad osobami umierającymi. Sposób i stopień, w jakim społeczeństwo jest zainteresowane opieką nad nieuleczalnie chorymi, wskazuje na rozwijającą się wzajemną relację pomiędzy chorymi a zdrowymi. Chęć niesienia pomocy wiąże się z poznaniem możliwości form pomocy. Nie bez znaczenia jest fakt, że opieka hospicyjna jest bezpłatna.

Słowa kluczowe: opieka hospicyjna, chory u kresu życia, okres terminalny, opieka paliatywna, wolontariat.

Abstract

This study attempted to answer the question whether, and to what extent, the hospice as an institution is fulfilling its aims and tasks regarding social support to the patient and his/her family. The development of hospice care helped to focus attention on the sick person as a subject of care. The medical approach to the problems of the end of life is filled with multimodality and differences. On the one hand, modern medicine is able to prolong life, which is a positive factor. On the other hand, the development of medical procedures brings about new ethical problems and dilemmas. Due to changes in patients' perception of needs, once again problems of death and dying have become a part of humanistic medicine. In this study the opinions of people outside hospice care about their imagination of that care, and the hospice as an institution, are summarized. Most of these opinions were positive. Knowledge of hospice care facilities and resources in specific cities and towns is correlated with educational activities, especially promotion of voluntary work. Moreover, hospice activities have broadened the community awareness of terminally ill people's needs and problems and helped to build a special relationship between sick and healthy individuals. The need to be helpful for dying persons leads caregivers to knowledge about the possibilities of hospice care. Last but not least is the fact that hospice care is fully reimbursed.

Key words: hospice care, patient in the end-of-life stage of disease, end stage of disease, palliative care, voluntary work.

Adres do korespondencji:

Joanna Flakus, Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej ŚUM, ul. Medyków 12, 40-752 Katowice,
tel. 603 69 87 96, e-mail: joanna.flakus@poczta.fm

WSTĘP

Żyjemy w epoce nastawionej na pokonywanie sytuacji trudnych. Jedną z nich jest choroba – zwłaszcza nieuleczalna. Praca z ludźmi w terminalnym okresie choroby, naznaczonymi stygmatem śmierci, to jedna z najtrudniejszych form opieki medycznej, obarczona szczególną odpowiedzialnością. Wymaga nie tylko bezinteresownego poświęcenia sił dla dobra drugiego człowieka, ale przede wszystkim determinacji, wrażliwości, umiejętności łączenia empatii ze sprawnością działania, wyrozumiałością i cierpliwością, dyscypliny emocjonalnej, a więc cech, które charakteryzują dojrzałą osobowość i układają się w postawę roztropnej życzliwości. Dużo pisze się o śmierci, o tym, jak powinna wyglądać, a także o stosunku do ludzi umierających. Dyskusja ta nie dotyczy jednak śmierci jako faktu, ale procesu umierania.

Zapotrzebowanie na racjonalną i fachową pomoc medyczną w okresie, kiedy wyleczenie choroby jest niemożliwe, stawia nowe wyzwanie przed systemami ochrony zdrowia na całym świecie. Wyzwanie stanowi zarówno aspekt ilościowy wynikający ze starzenia się społeczeństw oraz wzrostu zachorowalności i umieralności z powodu chorób przewlekłych (nowotwory, choroby układu krążenia, układu oddechowego, choroby neurologiczne), jak i aspekt jakościowy na skutek wzrastających oczekiwań oraz możliwości leczniczych [1].

Jedną z odpowiedzi na wyzwanie, jakie stworzyło globalne obciążenie chorobami nowotworowymi, stanowi obserwowany rozwój opieki i medycyny paliatywnej. Opieka hospicyjna w Polsce jest działalnością charytatywną na rzecz chorych u kresu życia. Ta działalność jest określana terminem historycznym, chętnie używanym przez środowiska działające w ośrodkach organizowanych i prowadzonych przez różnego rodzaju organizacje pozarządowe. Najważniejszą ustawą regulującą działalność oraz funkcjonowanie ośrodków opieki hospicyjnej jest ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 r. (DzU 2004, nr 64 poz. 593). Współinicjatorami opieki paliatywnej i medycyny paliatywnej byli wolontariusze medyczni. Cele, jakie stawia medycyna paliatywna, kontrastują z dominującym w naszej kulturze sposobem postrzegania medycyny jako dziedziny, która umieranie traktuje jako problem do rozwiązania lub odsunięcia w czasie. Tymczasem umieranie zarówno z powodu sta-

zenia, jak i z powodu postępującej, nieuleczalnej choroby musi być rozpoznane jako proces nieodwracalny i naturalny w życiu jednostki. Mimo że umieranie to proces naturalny, zawsze jest niezwykle trudne. Życie ze świadomością postępującej, śmiertelnej choroby odciska piętno na wszystkich aspektach funkcjonowania chorego: fizycznym, emocjonalnym, duchowym i socjalnym. Oddziałuje także na jego bliskich.

Terminy „opieka paliatywna” i „hospicjum” oznaczają koncepcję opieki oraz leczenia objawowego, nie zaś miejsce, gdzie opieka ta jest sprawowana. Zadaniem hospicjum jest uzyskanie możliwie najlepszej jakości życia [1], w koncepcji kompleksowej, wielospecjalistycznej opieki, skoncentrowanej na potrzebach chorego i jego rodziny, sprawowanej tam, gdzie aktualnie znajduje się chory. Istnienie w społeczeństwie takiej instytucji umożliwia przezwyciężanie trudności związanych z funkcjonowaniem w chorobie, przywraca radość i sens życia [1].

Instytucja społeczna, jaką jest hospicjum, ma na celu umożliwienie osobom terminalnie chorym i ich bliskim przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać, wykorzystując własne środki, możliwości i uprawnienia [1].

CEL PRACY

Celem badania było uzyskanie odpowiedzi na pytanie, jakie miejsce w obecnych strukturach społecznych zajmuje hospicjum, i poznanie stopnia świadomości społecznej dotyczącej tego zagadnienia. Aby poznać opinię społeczną dotyczącą funkcjonowania i działalności hospicjów, przeprowadzono badania wśród osób, które nie zetknęły się z opieką hospicyjną.

MATERIAŁ I METODY

Jako metodę zbierania danych empirycznych o charakterze ilościowym wybrano badanie ankietowe, które posłużyło do poznania opinii różnych grup społecznych na temat funkcjonowania hospicjum jako instytucji społecznej. Opinia publiczna (opinia społeczna) to ogół poglądów członków lub jego znaczniejszych odłamów na sprawy stanowiące w danym momencie przedmiot ogólnego zainteresowania. Badaniem opinii publicznej zajmuje się

socjologia za pomocą metod statystycznych, zwłaszcza sondaży. Według *Słownika języka polskiego* „opinia publiczna” oznacza występujący w społeczeństwie lub jego grupach ogół poglądów dotyczących aktualnie ważnych dla danego społeczeństwa spraw, zwłaszcza prowadzonej przez państwo polityki wewnętrznej i zewnętrznej. Samo słowo „opinia” używane jest w związku z badaniami opinii publicznej, a jego definicja jest szeroka. Opinia to mniemanie, sąd, przekonanie, pogląd [2, 3].

Poznanie opinii wiąże się ze **świadomością społeczną**, którą F. Znaniecki określa jako idee, wyobrażenia, wiedzę ludzi o świecie społecznym, przyrodniczym, o sobie i innych. Typowymi rodzajami świadomości społecznej są teorie nauk przyrodniczych i humanistycznych. Przedmiotem świadomości jest świat społeczny, którego trzon stanowią zależności, wzajemne oddziaływania między myślącymi i działającymi rozumnie jednostkami ludzkimi. Świat społeczny bywa nazywany w socjologii życiem społecznym lub bytem społecznym. Wpływ świadomości społecznej na egzystencję społeczną dokonuje się zawsze z udziałem mniej lub bardziej prawdziwej wiedzy [2].

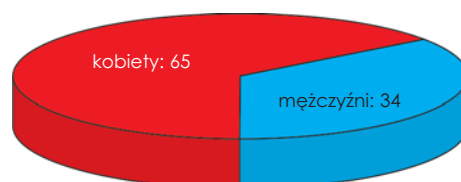
Świadomość społeczna stanowi nie tylko intrygujące zjawisko, które można z pożytkiem badać, lecz także rzeczywistą możliwość dla jednostki chcącej uporządkować zdarzenia własnego życia w sensowny sposób. Żyjemy w epoce, w której poważa się przede wszystkim młodość, sprawność i sukces. Ludzie pozbawieni tych cech przestają się liczyć w ocenie społecznej i czasem również w ocenie własnej. Nieuleczalna choroba czy śmierć to zjawiska nieakceptowane społecznie. Naruszają poczucie bezpieczeństwa, wywołują stan niepewności i psychicznego dyskomfortu. Nie potrafimy rozmawiać o śmierci, staramy się myśleć i żyć, jakby jej nie było. Wzory zachowań w obliczu śmierci składają się na to, co nazywa się postawą społeczną wobec śmierci. Odnosi się ona do określenia miejsca śmierci w życiu danego społeczeństwa i w jego świadomości. Stosunek do śmierci uwarunkowany jest kulturowo oraz społecznie. Zmienia się wraz z przemianami cywilizacyjnymi [2, 4].

Świadomość ludzi jest określona przez świat społeczny za pomocą bezpośredniego uczestnictwa jednostek w określonych rodzajach współdziałania i pracy. Wyobrażenia o świecie społecznym są ukształtowane przez socjalizację pierwotną (dzieciństwo) i wtórną (szkoła, praca). W procesie socjalizacji człowieka niezbędna jest względnie prawdziwa wiedza o sposobach działania i myślenia innych ludzi, która otwiera drogę do udziału we współżyciu. Świadomość społeczna to wiedza o powinnościach człowieka wobec innych ludzi. Wskazuje ona na sytuacje, w których interes osobisty, a nawet życie, muszą być poświęcone dobru wspólnemu i innym ludziom [5].

W celu uzyskania odpowiedzi na pytanie, czy wybrane grupy społeczne mają wiedzę na temat hospicjum, o wypełnienie ankiety poproszono 100 losowo wybranych osób, mieszkańców Chorzowa i Rudy Śląskiej, które nie korzystały (w sposób bezpośredni lub pośredni) z pomocy hospicjum. Zwracając się z prośbą o wypełnienie kwestionariusza, autorka spotkała się z różnymi reakcjami – zdziwieniem, strachem, pytaniem, dlatego właśnie temat hospicjum, to przecież takie smutne, przygnębiające.

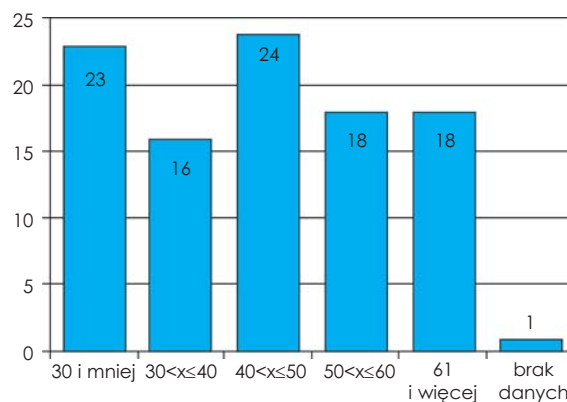
Wśród osób, które wzięły udział w badaniu, było 65 kobiet i 34 mężczyzn. Kobiety zdecydowanie

Rycina 1. Osoby badane wg płci



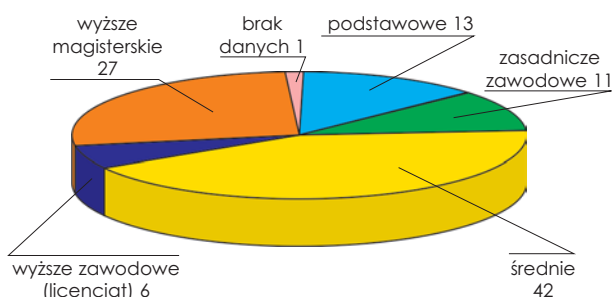
źródło: badania własne N = 100

Rycina 2. Wiek badanych osób



źródło: badania własne N = 100

Rycina 3. Osoby badane wg wykształcenia



źródło: badania własne N = 100

chętniej zgadzały się na uczestnictwo w badaniu (ryc. 1.–2.).

Przeszło 40% badanych miało średnie wykształcenie; 33% – wyższe magisterskie albo wyższe zawodowe. Na poziomie szkoły podstawowej edukację zakończyło 13% ankietowanych, 11% miało dyplom zasadniczej szkoły zawodowej. Analizując społeczny wymiar rozwoju opieki hospicyjnej w Polsce związanej z ciągle utrzymującym się wysokim wskaźnikiem zachorowań na choroby nowotworowe, należy zwrócić uwagę na to, że przystosowanie do nowego ładu społecznego nie może obejść się bez przebudowy systemów wartości, aspiracji i dążeń. Wyniki wielu badań socjologicznych potwierdzają, że najważniejszym czynnikiem określającym poziom zdolności do zmian, a tym samym poziom możliwości adaptacyjnych jednostek do wciąż nowych wymagań społecznych jest wykształcenie. Rozwój i propagowanie opieki hospicyjnej oraz wprowadzenie jej zagadnień do edukacji zarówno na poziomie średnim, jak i wyższym przyczynia się do wzrostu świadomości społecznej [6] (ryc. 3.).

Religijna funkcja rodziny bywa niejednokrotnie traktowana jako część funkcji socjalizacyjnej, o ile w ramach ogólnego procesu socjalizacji rodzinnej dokonuje się proces socjalizacji religijnej. Wydaje się jednak, że ze względu na szczególnie charakter tego rodzaju oddziaływań socjalizacyjnych i rolę socjalizacji religijnej w naszym kręgu kulturowym, warto jej się przyjrzeć [4]. Przekazywanie wartości, norm i wzorców zachowań religijnych w procesie socjalizacji powoduje, że kiedy pacjent i jego rodzina stają w obliczu poważnej choroby lub śmierci, lepiej zmagają się z chorobą, jeśli większe zaufanie pokładają w jakimś systemie wierzeń i praktyk religijnych. Wiara w siłę wyższą stanowi podstawę do zrozumienia i ustalenia przynależności, daje siłę, odwagę życiową, poczucie bezpieczeństwa, a także możliwość osiągnięcia spokoju wewnętrznego [5].

Dziewięćdziesiąt dwa procent ankietowanych osób przywiązywało wagę do swojej duchowości,

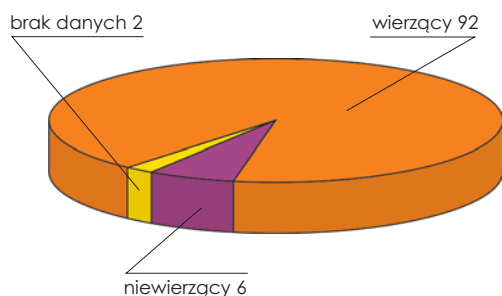
mimo że nie zetknęło się z opieką hospicyjną. Człowiek jako istota społeczna jest naturalnie ukierunkowany na poszukiwanie wartości i to właśnie one mogą stać się istotnym źródłem sensu życia, które jest tożsame z zaangażowaniem w sprawy społeczne, odpowiedzialnością za siebie i innych, chęcią działania na rzecz innych. W takiej perspektywie człowiek uczy się rezygnacji z czegoś, odnosi się ku wartościom wyższym i w ten sposób spełnia własną egzystencję (ryc. 4.) [6].

Można zatem uznać, że kontekst życia religijnego wydobywa specyficzne rozumienie i znaczenie sensu życia, nadając mu w ten sposób szczególny wymiar. Bardzo ważną rolę w poszukiwaniu sensu życia po doświadczeniu straty mogą odgrywać wiara bądź filozofia życiowa. Nie oznacza to jednak, że wiara daje ludziom pogrążonym w smutku proste odpowiedzi. Nie jest też prawdą, że ludziom wierzącym łatwiej przychodzi przeżywanie straty bliskiej osoby niż ludziom niewierzącym. Wychodząc jednak z punktu widzenia osoby wierzącej, mamy możliwość umieszczenia śmierci i cierpienia w szerszej perspektywie. Perspektywa wiary daje możliwość przeżywania straty nie tylko z punktu widzenia własnej historii życia. Wiara gromadzi ludzi w społecznościach religijnych, w których doświadczają oni opieki oraz wsparcia [7].

Współczesna opieka z medycyną paliatywną, dynamicznie rozwijającą się dziedziną medycyny, oraz ruch społeczny, jakim jest opieka hospicyjna, wyrosły w oparciu o pomoc nieuleczalnie chorym na nowotwory. Okres terminalny, charakteryzujący się postępującym, pomimo adekwatnego leczenia, procesem chorobowym, dotyczy jednak nie tylko nowotworów, ale każdej choroby wiodącej do zgonu, niezależnie od rozpoznania.

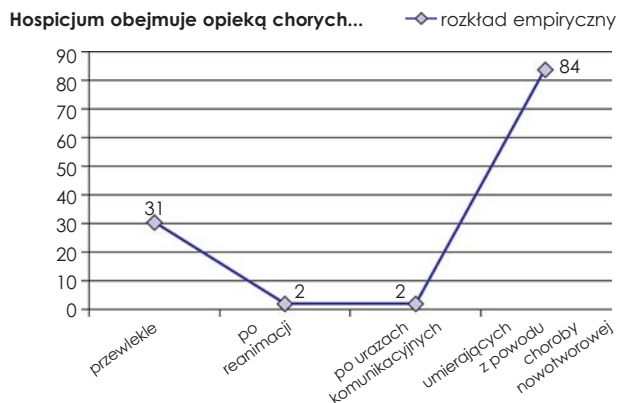
Z odpowiedzi respondentów wynika (84 uczestników), że hospicja obejmują opieką chorych umierających z powodu choroby nowotworowej – 31 ankietowanych uważało, że działalność hospicyjna skupia się na sprawowaniu opieki nad przewlekłe

Rycina 4. Osoby badane wg deklarowanej wiary



źródło: badania własne N = 100

Rycina 5. Grupy osób, które w opinii respondentów są objęte opieką hospicyjną



źródło: badania własne N = 100

chorymi. Czterech ankietowanych stwierdziło, że osoby korzystające z pomocy hospicjów uległy wcześniej urazom komunikacyjnym albo poddane były reanimacji. Większość uczestników badań poprawnie rozpoznało rodzaj schorzeń będących przedmiotem opieki hospicyjnej (ryc. 5.).

Wobec oczekiwanego zwiększenia liczby osób w wieku podeszłym i oczekiwanej liczby zgonów, rośnie świadomość wad systemu opieki medycznej, skupionej głównie na leczeniu przez hospicja osób w terminalnej fazie choroby. Zapewnienie właściwej jakości opieki wymaga uwzględnienia potrzeb ludzi starych. Szczególnego znaczenia nabiera potrzeba zrozumienia, wsparcia w celu zapewnienia pomocy, poczucia bezpieczeństwa i miłości, szczególnie gdy więzy społeczne są ograniczone i nie zaspokajają tych potrzeb [8, 9].

Z danych epidemiologicznych wynika, że większość zgonów stanowi konsekwencję chorób nienowotworowych, głównie niewydolności oddechowej, krążenia i demencji. Przewiduje się, że w nadchodzących latach wzrost zachorowań na powyższe schorzenia będzie większy niż na nowotwory złośliwe [10]. Obecnie chorzy przewlekle umierają zwykle poza domem: w szpitalach bądź domach pomocy społecznej, bez dostępu do specjalistycznej opieki paliatywnej, mimo że profil ich dolegliwości jest zbliżony do chorych na nowotwory.

Dziewiętnastu respondentów odpowiedziało, że hospicjum jest oddziałem szpitalnym dla umierających. Nikt z ankietowanych nie wiązał pojęcia hospicjum z przytułkiem dla bezdomnych albo domem opieki społecznej. Żaden z badanych nie przyznał, że nie zna określenia hospicjum. Celem badania było uzyskanie odpowiedzi, czy osoby ankietowane rozpoznają istotę instytucjonalnej organizacji hospicjów (ryc. 6.).

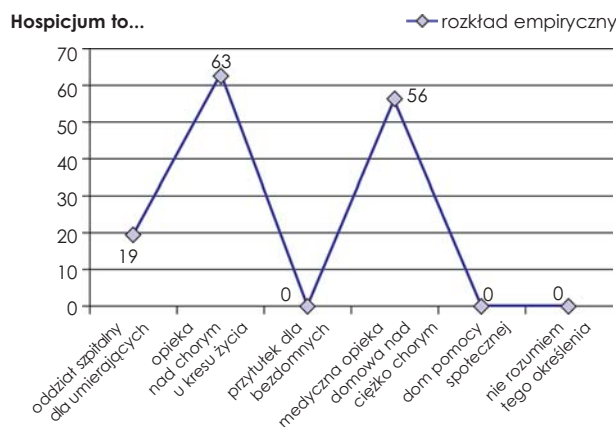
Za prawidłowe wskazania uczestników sondażu uznawano te, które definiowały hospicjum jako opiekę nad chorym u kresu życia – i w tym przypadku stwierdzono 63 prawidłowe odpowiedzi – albo medyczną opieką domową nad ciężko chorym, sprawowaną przez zespół wolontariuszy – tutaj uzyskano 56 prawidłowych odpowiedzi.

Dziewięćdziesięciu ośmiu badanych postrzegało charakter przedmiotowego wsparcia. Stwierdzili, że hospicja udzielają wszechstronnej opieki chorym umierającym i ich rodzinom. Za ledwie jedną osobą uważała, że hospicja pomagają w adopcji dzieci. Pięć osób stwierdziło, że hospicja zajmują się wypożyczaniem sprzętu ortopedycznego. Należy zwrócić uwagę, że hospicja w swojej strukturze organizacyjnej mają wypożyczalnię sprzętu ortopedycznego, który chorym objętym opieką wypożyczany jest bezpłatnie. W zakres takiego sprzętu wchodzi także łóżka wielofunkcyjne oraz koncentratory tlenu, wykorzystywane tylko w opiece hospicyjnej (ryc. 7.).

Człowiek umierający w każdych warunkach – w domu, szpitalu, domu opieki czy na oddziale pielęgnacyjnym – ma prawo do fachowej opieki paliatywnej, opartej na zasadach etyki medycznej. Wydaje się, że istnieją dwie zasadnicze bariery utrudniające ten dostęp: niedostateczna wrażliwość personelu medycznego połączona z niezrozumieniem zasad opieki paliatywnej w ruchu hospicyjnym, a także trudności w określeniu rzetelnych wyznaczników rozpoczęcia fazy terminalnej choroby nowotworowej. Zawsze powinno obowiązywać podejście indywidualne, oparte na rzetelnej wiedzy o przebiegu zaawansowanej fazy choroby z wielowymiarowym uwzględnieniem potrzeb chorego. Wyzwaniu temu mogą sprostać jedynie interdyscyplinarne zespoły opieki paliatywnej w hospicjach [11].

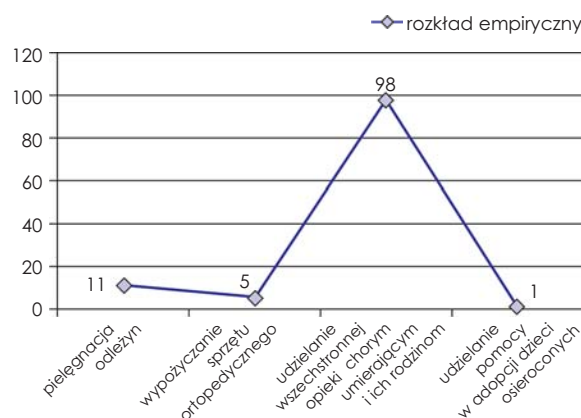
Właściwym sposobem uzyskania pomocy ze strony hospicjum jest zgłoszenie telefoniczne – tak odpowiedziało 46 respondentów, oraz uzyskanie skierowania od lekarza rodzinnego lub specjalisty – tak odpowiedziało 67 badanych. Dwie badane osoby błędnie utrzy-

Rycina 6. Istota instytucji hospicjum w opinii respondentów



źródło: badania własne N = 100

Rycina 7. Charakter pomocy hospicjum w opinii respondentów

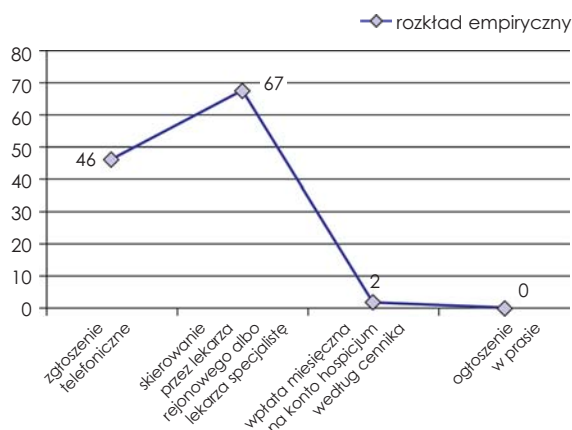


źródło: badania własne N = 100

mywały, że warunkiem uzyskania pomocy ze strony hospicjum jest dokonywanie wpłat (ryc. 8).

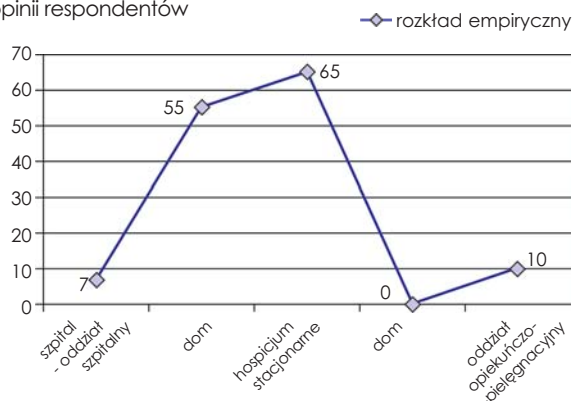
Przyjęcie chorych do poradni opieki paliatywnej oraz pod opiekę zespołu hospicyjnego w domowej opiece paliatywnej odbywa się na podstawie rozpoznania u nich okresu terminalnego w chorobie niepoddającej się leczeniu przyczynowemu. W uzasad-

Rycina 8. Opinie respondentów na temat sposobu uzyskiwania pomocy hospicjum



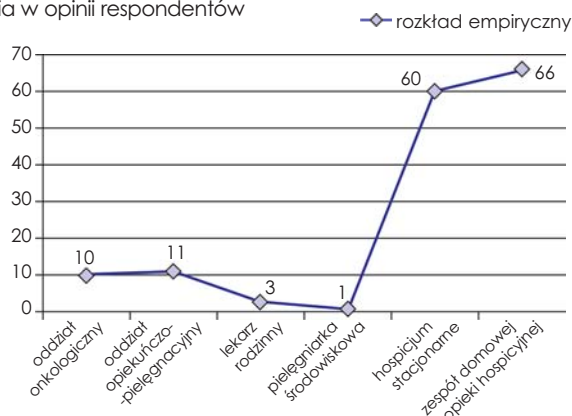
źródło: badania własne N = 100

Rycina 9. Właściwa forma opieki nad chorym terminalnie w opinii respondentów



źródło: badania własne N = 100

Rysunek 10. Najkorzystniejsze formy opieki nad chorym u kresu życia w opinii respondentów



źródło: badania własne N = 100

nionych sytuacjach klinicznych (objawy trudne do złagodzenia) opieką zostają objęci również chorzy aktywnie leczeni paliatywnie. Dotyczy to chorych z trudno poddającymi się kontroli objawami występującymi w przebiegu postępujących, zagrażających życiu schorzeń nowotworowych [11, 12]. Przyjmowanie chorych na oddział opieki paliatywnej w hospicjum jest poprzedzone konsultacjami z lekarzem rodzinnym lub lekarzem hospicjum w zespole domowej opieki paliatywnej.

Lekarze rodzinni oraz specjaliści powinni informować potrzebujących chorych i ich bliskich o możliwości skorzystania z wszechstronnej, specjalistycznej pomocy zespołów opieki paliatywnej w najtrudniejszym okresie choroby (ryc. 9.).

Sześćdziesiąt pięć osób odpowiedziało, że najlepsza forma opieki nad chorym umierającym to oddział w hospicjum stacjonarnym. Pięćdziesięciu pięciu uczestników badania stwierdziło, że najkorzystniejsza jest opieka domowa, tylko 10 respondentów wskazało na oddziały opiekuńczo-pielęgnacyjne. Oddział szpitalny jako właściwe miejsce opieki hospicyjnej uznało 7 badanych. Nikt z respondentów nie stwierdził, że najlepszym miejscem opieki dla osób terminalnie chorych są domy opieki społecznej. Niewielu lekarzy i niewiele pielęgniarek pracujących w zakładach opiekuńczych ma fachowe przygotowanie. Chorzy w terminalnej fazie choroby potrzebują kosztownego zaopatrzenia w leki, które w przypadku opieki domowej można otrzymać na podstawie recepty, co nie jest już możliwe w przypadku opieki stacjonarnej. Opieka domowa to najtańsza forma opieki, umożliwiającą przy tym umierającemu właściwą jakość życia. Gdy opiekunowie są przemęczeni sprawowaniem opieki domowej, choremu należy zapewnić możliwość okresowej hospitalizacji (ryc. 10.).

Połowa ankietowanych stwierdziła, że hospicja mają za zadanie udzielać wsparcia psychoduchowego. Podobna liczba respondentów za zadanie hospicjów uznała zapewnienie dobrej jakości życia. Tylko dwóch respondentów błędnie uznało, że celem działalności placówek opieki paliatywnej jest wyleczenie z choroby nowotworowej.

Nikt nie odpowiedział, że hospicja powinny zajmować się ratowaniem życia. Sześćdziesiąt osób wskazało, że najkorzystniejszego wsparcia udziela hospicjum stacjonarne, a 66 osób, że zespół hospicjum domowego. Dziesięć osób stwierdziło, że najlepszą formą opieki jest pomoc oddziału onkologicznego, a 11, że oddziału opiekuńczo-pielęgnacyjnego. Trzy badane osoby jako źródło wsparcia wskazały lekarza rodzinnego, a jedna pielęgniarkę środowiskową. W przeprowadzonym badaniu opinii społecznej na temat działalności hospicjum uzyskane odpowiedzi wskazywały na znajomość specyfiki tych placówek, tj. hospicjum domowego i stacjonarnego. Respon-

denci udzielali trafnych odpowiedzi, dotyczących zarówno form sprawowania opieki, jak i osób objętych opieką hospicjum.

WYNIKI

Przeprowadzono analizę wyników badań dotyczących działalności hospicjów w opinii wybranych grup społecznych (opinie osób niekorzystających z opieki hospicjum). Spośród badanych:

- 31% uważało, że hospicja obejmują opieką osoby przewlekle chore,
- 4% wskazywało na opiekę nad osobami po wypadkach i reanimacji,
- 19% stwierdziło, że hospicjum to oddział szpitalny dla umierających,
- 67% uważało, że uzyskanie pomocy ze strony hospicjum odbywa się na podstawie skierowania lekarza POZ,
- 10% oceniło, że lepszej pomocy udzielą choremu oddziały onkologiczne,
- 84% twierdziło, że hospicjum obejmuje opieką chorych umierających z powodu choroby nowotworowej,
- 98% poprawnie rozpoznało rodzaj schorzenia będącego przedmiotem opieki hospicyjnej,
- 98% postrzegało charakter podmiotowego wsparcia, stwierdzając, że hospicja udzielają wszechstronnej opieki chorym umierającym i ich rodzinom,
- 65% odpowiedziało, że najlepszą formą opieki nad chorym umierającym jest hospicjum stacjonarne,
- 55% stwierdziło, że najkorzystniejszą formą opieki jest hospicjum domowe.

WNIOSKI

1. Hospicjum z opieką paliatywną spełnia swoją funkcję jako instytucjonalna forma pomocy i wsparcia społecznego.

2. Poprzez swoją działalność przyczynia się do wzrostu świadomości w społeczeństwie na temat problemów chorych w terminalnej fazie choroby nowotworowej.

3. Propaguje potrzebę poszukiwania optymalnych rozwiązań opieki nad ludźmi umierającymi.

PIŚMIENNICTWO

1. Jarosz J. Medycyna paliatywna – rozważania ogólne. W: Medycyna bólu. Dobrogowski J., Worliczek J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 355-356.
2. Znaniecki F. Wstęp do socjologii. PWN, Warszawa 1988; 12.
3. Świadomość społeczna, uczyłowiec i ubytowanie wiedzy; dostępne na stronie: <http://www.staff.amu.edu.pl/Kozyr-Kowalski S>.
4. Kaniok P. Historia rozwoju opieki hospicyjnej. W: Formy opieki, wychowania i wsparcia w reformowanym systemie pomocy społecznej. Brągiel J., Badora S. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005; 584.
5. Kaniok P. Historia rozwoju opieki hospicyjnej. W: Formy opieki, wychowania i wsparcia w reformowanym systemie pomocy społecznej. Brągiel J., Badora S. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005; 357-358.
6. Kaniok P. Historia rozwoju opieki hospicyjnej. W: Formy opieki, wychowania i wsparcia w reformowanym systemie pomocy społecznej. Brągiel J., Badora S. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005; 579.
7. Adams D. Nasza duchowość i określenie sposobu w jaki rozpoznajemy potrzeby duchowe. W: Człowiek nieuleczalnie chory. Block B.L., Otrębski W. (red.). WNS, Lublin 1997; 64.
8. de Walden-Gałuszko K. Problem jakości opieki paliatywnej. W: Podstawy opieki paliatywnej. de Walden-Gałuszko K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007; 292.
9. de Walden-Gałuszko K. Problem jakości opieki paliatywnej. W: Podstawy opieki paliatywnej. de Walden-Gałuszko K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007; 293.
10. Grądalski T. Czy hospicjum powinno obejmować opieką także ludzi umierających z powodu schorzeń innych niż nowotwory złośliwe? W: Hospicjum w służbie umierającym. Materiały z VI Konferencji. Częstochowa 2002; 118.
11. Pyszkowska J. Organizacja opieki paliatywnej. W: Podstawy opieki paliatywnej. de Walden-Gałuszko K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 279.
12. Modlińska A. Problemy wieku podeszłego w aspekcie oceny jakości opieki sprawowanej nad człowiekiem starym. *Psycho-onkologia* 2000; 6: 44.