

Małgorzata Kowalczyk
ZOP Hospicjum „Światło” w Toruniu

Miłość i gniew

Koszty emocjonalne rodzin w kontekście opieki nad bliskim chorym

Streszczenie

Choroba przewlekła dotyka w bezpośredni sposób osoby chorej, ale też doświadcza jej najbliższych. Sprawia, że rzeczywistość rodziny zmienia się diametralnie w każdej płaszczyźnie jej funkcjonowania. Pojawia się wiele pytań, niezrozumiałych sytuacji, uczuć, które wprawiają w zdumienie. Długo trwająca choroba w rodzinie wymaga stałej i intensywnej opieki nad osobą chorą, zwłaszcza gdy jej stan stopniowo się pogarsza. Sprawowanie opieki i pielęgnowanie chorego jest często okupione niepokojem, frustracjami i nerwami, skrywanymi przed osobami chorymi w przekonaniu, że takie trudne uczucia nie powinny mieć miejsca. Typowe są przemęczenie i brak wypoczynku, na który rodzina nie daje sobie pozwolenia, odkładając swoje potrzeby na nieokreślone „potem”. Kumulowane — mogą doprowadzać do wybuchów złości, trudności w komunikacji z chorym, a wreszcie do wystąpienia objawów typowych dla wypalenia zawodowego.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2012; 6, 1: 23–27

Słowa kluczowe: rodzina w kontekście choroby przewlekłej, bliskość, trudne uczucia, pacjenci drugiego rzutu

Wstęp

Nikogo nie trzeba przekonywać, że choroba przewlekła wzbudza niepokój i lęk. Wydaje się, że choroba onkologiczna — będąca w społecznym odbiorze „tą straszną chorobą” — tym bardziej rodzi różnorodne myśli i uczucia. Dotykając osoby, której postawiono diagnozę, w sposób bezpośredni i namacalny wpływa także na życie poszczególnych członków rodziny, w której funkcjonuje chory. W literaturze poświęconej chorobie nowotworowej, w sposób rzetelny i bardzo dokładny przedstawia się świat przeżyć i doświadczeń osób chorych. Wiele już było — i nadal powstaje — badań i programów wspierających osoby z diagnozą choroby onkologicznej na różnych jej etapach. Eksplorowany jest temat uczuć chorego, faz jego przystosowywania się oraz sposobów za-

radczych. W równym stopniu literatura z zakresu psychoonkologii wydaje się zajmować doświadczeniami osób najbliższych. W mniejszym natomiast opisyje doświadczane uczucia, zwłaszcza negatywne stany emocjonalne w opiece nad bliską osobą.

Prezentowany tekst stanowi próbę analizy uczuć rodzin w sytuacji opiekowania się bliskim chorym. Zwraca uwagę na pozytywne uczucia, pozwalające na zbudowanie bliskości i konstruktywnej więzi uczuciowej, przede wszystkim jednak koncentruje się na doświadczanych uczuciach negatywnych, będących często tematem przemilczanym i wstydlivym.

Rodzina w sytuacji choroby

To, w jaki sposób chory radzi sobie z akceptacją zaistniałej sytuacji, zależy od wielu czynników. Można tu wymienić m.in.: cechy osobowości, podatność na stres, wyuczone sposoby radzenia sobie, obraz choroby i obraz siebie jako osoby chorej. Literatura opisująca doświadczenia chorych onkologicznie wskazuje, że świat przeżyć w sytuacji choroby przewlekłej nie jest obcy bliskim chorego. Poszczególne członkowie rodziny, podobnie jak chory, na swój indywidualny sposób przeżywają chorobę

Adres do korespondencji: mgr Małgorzata Kowalczyk
ZOP Hospicjum „Światło”
ul. Grunwaldzka 64, 80–100 Toruń
tel.: 56 651 14 37
e-mail: małgorzata.j.kowalczyk@gmail.com



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2012; 6, 1, 23–27
Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

i uczą się z nią żyć. Życie rodziny i jej poszczególnych członków w tej złożonej sytuacji zmienia się diametralnie, a opieka nad osobą chorą przewlekłe jest trudnym i wymagającym zadaniem, związanym z jej wspieraniem i pielęgowaniem. „Zależnie od tego, jaki jest ogólny stan chorego, jaki jest obraz jego losu, emocje najbliższych balansują od zaprzeczenia do akceptacji” [1].

Podobnie jak u chorych, poszczególne etapy choroby czy występujące objawy wywołują u ich najbliższych różnorodne przeżycia. Zdarza się, że bezradni stają oni wobec sytuacji, jaką jest przewlekła choroba, choćby ze względu na konieczność reorganizowania dotychczasowego życia i odgrywania ról. Choroba wymusza niejako wyuczenie się całkiem nowych, nieznanych dotąd czynności, które do tej pory stanowiły obowiązek chorego. Czas jest dzielony między dotychczasowe obowiązki a powinność, jaką staje się opieka nad mniej lub bardziej sprawnym chorym. Dodatkowym źródłem cierpienia stają się sprawy socjalne związane z zabezpieczeniem finansowym, zmaganie się z biurokracjami przepisami i brak dostępu do profesjonalnego zespołu leczącego [2–4]. Problemy dotyczą bolesnych wspomnień i niezrealizowanych planów, które trzeba odłożyć na później lub zrezygnować z nich całkowicie. Pojawiają się obawy związane z przyszłością, niepokój i lęk związany z poczuciem odseparowania i niewiadomą. Wachlarz uczuć uzupełnia wszechogarniający lęk przed progresją choroby czy potencjalną śmiercią i przed tym, jak to będzie „potem” [5, 6].

Za de Walden-Gałuszko można podsumować, że rodzina w sytuacji choroby doświadcza trudności zwłaszcza w takich aspektach, jak m.in.:

- kłopoty finansowe związane z leczeniem, utrata pracy przez chorego;
- zaburzenia rytmu dnia (wywołane np. koniecznością dojazdu na leczenie);
- zaburzenia krótkoterminowych planów pojedynczych członków rodziny;
- zaburzenia planów długoterminowych;
- utrata bliskości w małżeństwie (np. bezpośrednio po okaleczającym zabiegu);
- konflikty w obrębie rodziny;
- zaburzenia komunikacji [3].

Na trudności rodziny w sytuacji choroby przewlekłej zwraca również uwagę de Barbaro, stwierdzając: „Dla rodziny choroba, zwłaszcza przewlekła, to wiele emocjonalnych, behawioralnych i finansowych kosztów, ogólnie określanymi jako brzemień rodziny. Choroba może nieść za sobą dezintegrację, nasilenie agresji wewnątrzrodzinnej czy nawet spowodować rozpad rodziny. Istnieje również

druga strona medalu: rodzina w chwili zachorowania jednego z jej członków mobilizuje się, integruje i wspólnie pomaga chorującemu” [7].

Uczucia w trakcie sprawowania opieki nad bliskim chorym

O uczuciach zwykle mówi się potocznie, że są „dobre i złe”. Ten potoczny podział uczuć odnosi się „nie do oceny emocji, ale raczej do stopnia trudności ich zaakceptowania i przeżywania” [8]. Znajduje to odzwierciedlenie w kontekście choroby nowotworowej, pojawiającej się w domu, gdzie uczucia stają się naturalną reakcją na trudności, jakie się wiążą z chorobą przewlekłą. Dotyczy to zarówno samych osób chorych, jak i ich najbliższych. Często bezradność wobec bezmiaru obowiązków i niepewność co do skuteczności własnych działań jest ogromna, wywołując cały wachlarz reakcji w stosunku do chorego. Obok wyrażanych słów przywiązania, troski i miłości, budzą się uczucia trudne, często ukrywane przez bliskich, w myśl przekonania, „że nikt tego nie zrozumie, bo nie doświadczył takiego bólu, jakiego ja doświadczam” [8]. W większości przypadków rodzina w sytuacji choroby próbuje sobie radzić na różne, znane sobie do tej pory sposoby. Wydaje się, że podłożem wspólnych strategii radzenia sobie w chorobie, mogą być — oprócz wielu czynników — m.in. istniejące w rodzinie poczucie bliskości i wypracowane wcześniej więzi emocjonalne. Osoba bliska jest uważana wtedy za kogoś, „kto mnie rozumie i akceptuje wraz z moimi sprawami, z kim można być szczerym i otwartym, do kogo mam zaufanie, na kim mogę polegać, od kogo dostaję wsparcie — a wszystko to z wzajemnością: akceptację i zrozumienie, otwartość i zaufanie, ciepło i uwagę, troskę i wsparcie od bliskiego człowieka” [9]. W kontekście choroby przewlekłej bliskość zbudowana w rodzinie pozwala na podejmowanie prób szczerzej rozmowy na temat doświadczanych niepokojów i trosk. Umożliwia także poszukiwanie pomocy w radzeniu sobie z chorobą i wypracowywanie nowych strategii, wprowadzanie ich w życie i na nowo reorganizowanie życia rodzinnego, tak aby zmieniła je w jak najmniejszym stopniu. Nie chodzi o bagatelizowanie choroby, a raczej o życie z chorobą w tle, gdy rodzina ma świadomość, że choroba nie znikła i że należy zrobić jak najwięcej, aby zapobiec pogłębianiu się objawów z nią współistniejących. Oznacza to również podejmowanie próby „normalnego” życia poszczególnych jej członków i wypełniania dotychczasowych funkcji. Choroba jest traktowana jako zadanie lub też „jako szansa stworzenia czegoś nowego i lepszego” [9].

W wywiadach z chorymi i ich rodzinami często słyszy się wypowiedzi, że choroba zmieniła rodzinę, zbudowała większą intymność, pozwoliła na odkrycie siebie na nowo. Trzeba jednak podkreślić, że czasem — mimo istniejącej bliskości, a może nawet na skutek zbyt dużej więzi emocjonalnej — trudno jest podjąć rodzinie szczerą rozmowę na temat własnych uczuć z chorym. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że wynika to z troski, by nie zranić chorego lub też nie dokładać mu dodatkowych zmartwień [3]. Wówczas tym bardziej negatywne uczucia, wszystkie niepokoje czy frustracje są skrywane przed chorym, pogłębiając dystans i trudność w komunikacji.

Opieka nad bliskim przewlekłe chorym to jedna z najtrudniejszych prób, na jakie „naraża” człowieka życie. Dlatego też — oprócz uczuć pozytywnych: większej bliskości, poczucia zrozumienia, troskliwości i pragnienia bycia razem, empatii i współtowarzyszenia — w trakcie sprawowania opieki mogą wystąpić także uczucia, które budzą niepokój i wyrzuty sumienia wśród najbliższych chorego. „Nie powinienem tak czuć...”, „Ta moja nerwowość wobec niej jest nie na miejscu...”, „Przecież on jest chory — nie powinnam się denerwować”. To tylko niektóre wypowiedzi rodzin, które długo opiekują się swoim bliskim. Przekonania o niestosowności zrodzenia się takich uczuć wywołują dysonans i tym większy niepokój wśród opiekunów. „Zdrowi, długo opiekując się bliskimi, doznają rozmaitych emocji zarówno tych uznawanych za dobre, jak i tych skrywanych. (...) Ganią siebie za płacliwość, rozdrażnienie, bo oczekują od siebie pogody, opanowania, spokoju. Takie reakcje sygnalizują, że opiekun jest już maksymalnie przeciążony. Różnorodne emocje mają prawo się pojawiać, ale jest ważne, by je wyrażać i prosić o pomoc” [10]. Łatwo jest zwracać uwagę i mówić, że należy się zachowywać ciepło i z troską, jeśli nie było się w obowiązku opieki nad przewlekłe chorym bliskim przez 24 godziny na dobę, bez uzasadnionego odpoczynku i poczucia wsparcia ze strony otoczenia. Sprawowanie takiej opieki jest często okupione własnymi nerwami i frustracjami. Codziennością rodzin może się stać „złość (...) i poczucie winy wywołane tą złością” [11], którą próbują ukryć, prezentując na zewnątrz postawę spokoju i optymizmu.

Literatura przedmiotu wskazuje na dużą liczbę różnych czynników, które mogą się stać przyczyną trudnych uczuć w relacji z chorym. Jeden z podstawowych powodów wiąże się z długotrwałym pielęgnowaniem chorego, koniecznością rezygnowania z siebie na rzecz czy też dla dobrego samopoczucia bliskiego. Wiąże się to ze znacznym ograniczeniem

zaspokajania własnych potrzeb u poszczególnych członków rodziny, np. poprzez rezygnowanie z własnego dalszego kształcenia, wyjazdów lub planów życiowych. Konsekwencją nieustannego rezygnowania z siebie mogą być niewyrażane niezadowolenie, złość i napięcie. Skrywane i nieujawniane w poczuciu, że „nie wolno” i „nie należy” tak się zachowywać wobec śmiertelnie chorej osoby bliskiej, kumulowane, sprzyjają frustracji lub wybuchom złości. „Zdarza się, że opiekunowie, zmęczeni i zniechęceni, ‘nie wytrzymują’ i wybuchają złością lub odczuwając w środku negatywne uczucia do chorego — w poczuciu winy starają się to naprawić nadopiekuńczością” [3]. Długotrwała opieka nad osobą chorą może się również przyczynić do wystąpienia objawów stanowiących symptomy wypalenia się opiekunów: codzienne czuwanie przy chorym, spełnianie jego pragnień czy zwyczajnych (lub niezwykłych) próśb, wykonywanie zabiegów, zmiany opatrunków bądź podawanie leków mogą w ostateczności doprowadzić do poczucia przewlekłego zmęczenia. „Oznakami tego stanu są coraz częściej pojawiające się niezadowolenie, chwiejność uczuć, irytacja z powodu nawet drobnych problemów. Powoduje to, że wzrasta coraz wyraźniej poczucie dystansu w stosunku do chorego. Narasta uczucie, że świadczona opieka jest daremnym trudem, że nikt w tej sytuacji nie jest w stanie nic zrobić. Towarzyszy temu uczucie demobilizującego zmęczenia” [12]. Nieumiejętność zadbania o siebie i stałe zapomnianie o własnych potrzebach mogą spowodować w konsekwencji reakcje ze strony organizmu w postaci chronicznego przemęczenia, bólów, przeziębienia lub innych, poważniejszych dolegliwości.

Czasem powodem nieakceptowanych przez opiekunów własnych zachowań jest sam chory i jego zachowanie. Zdarza się, że długo trwająca choroba powoduje u niego wybuchy złości, objawy braku akceptacji własnego stanu zdrowia, które są „wylwane” na najbliższych, bądź też zachowania agresywne wynikające z rozwoju choroby (np. przy przerzutach do mózgu). Takie zachowanie chorego, ujawniające nieustające pretensje lub też inne niż do tej pory, budzą u rodziny żal i poczucie niezrozumienia. Ma to miejsce zwłaszcza w rodzinie mającej poczucie, że jest rodziną, „która tak się stara” [3].

Inne czynniki, o których warto wspomnieć, to poczucie osamotnienia w towarzystwie choremu oraz brak adekwatnej i stałej pomocy ze strony dalszej rodziny, przyjaciół lub innych osób. To prawda, że często bliscy proponują pomoc w opiece przy chorym. Prawdą jest jednak również, że choroba weryfikuje znajomości; część znajomych przestaje dzwonić czy okazywać zainteresowanie, a niektórzy

nie są zapraszani do pomocy z wyboru rodziny bądź chorego. Dochodzi więc do sytuacji, gdy opiekun zostaje sam ze sprawowaniem opieki nad chorym, którego stan i niepełnosprawność raczej się pogarszają oraz wymagają większej uwagi i troski. To pozostawianie bliskich w samotności staje się często powodem kumulowania się przemęczenia i wyczerpania, braku możliwości odpoczynku. W konsekwencji doprowadza, „poza przygnębieniem i lękiem, do stanu zniecierpliwienia i rozdrażnienia, podczas gdy na początku wykazywali oni stan wzmożonej mobilizacji i napięcia. W trakcie trwania choroby przypląwy 'dobrej woli' — mobilizacji — przeplatają się z okresami zmęczenia i zniechęcenia, którym nierzadko towarzyszy poczucie winy (z racji niedorastania do roli) [3]”. Dodatkowym elementem wzmagającym negatywne i niepotrzebne emocje i konflikty są zaburzenia i trudności w komunikacji oraz w budowaniu czy utrzymaniu bliskości. Dochodzą wtedy do głosu takie uczucia, jak: złość na brak autentyczności, obojętność, wyizolowanie, chrońnienie chorego przez ukrywanie prawdy [3].

Łuczak [2] zwraca uwagę na dysonans pojawiający się pomiędzy opieką nad chorym a dbaniem o siebie. Stwierdza, że wśród opiekunów istnieje często skłonność do zaniedbywania samych siebie: swoich potrzeb czy zdrowia. Pytani o swój stan zdrowia opiekunowie odpowiadają: „Och, to nieważne, teraz nie mam czasu, by myśleć o sobie, byle tylko jemu można było pomóc” [3]. Z tego też powodu rodzinę osoby chorej nazywa się często „pacjentami drugiego rzutu”, ponieważ są to osoby szczególnego ryzyka w sytuacji dużego obciążenia w opiece nad chorym. „W tej grupie częściej niż u innych pojawiają się nerwicowe zespoły dezaptacyjne i bardzo nasilone stany lękowe, duże wahania nastroju, przedłużające się okresy załamania, przygnębienia i beznadziejności” [3]. Myślenie o sobie często wzbudza wśród opiekunów niepokój, a nadmierne zmęczenie z powodu stałego opiekowania się chorym wywołuje poczucie winy i wzmożoną drażliwość. Przy tym próba przekonania o konieczności odpoczynku i zadbania o siebie nie przynosi efektów i jest najczęściej spychana na dalszy plan, na niedookreślone „potem”. Czasem w rozmowie pomaga zwrócenie uwagi na potrzebę bycia wypoczętym dla chorego, zadbania o siebie dla niego, nabrania sił na sprawowanie dalszej opieki.

W sytuacji rozmowy z rodziną pomocne wydaje się uświadomienie, że w celu właściwego opiekowania się bliskim chorym dobrze jest racjonalnie dawkować siły i przynajmniej trochę odpoczywać. „Złapanie oddechu” czy „naładowanie akumulatorów” dodaje sił do tego, by z większą uwagą być

przy „swoim” chorym. Opieka nad chorym przewlekłe to trudna i ciężka praca, okupiona frustracjami, nerwami i lękiem. Niestety, w opiece tej często zdarza się, że od chorego rodzina nie słyszy miłego i dobrego słowa. Nie wynika to z natury chorego, ale raczej ze specyfiki chorób, które czasem upośledzają funkcjonowanie procesów poznawczych. Dlatego tak ważne wydaje się poszukiwanie osób, które umiałyby adekwatnie i z wyczuciem wspierać członków rodziny w opiece nad chorym, tak aby mogli oni sami odpocząć i nabrać sił. W literaturze przedmiotu zdecydowanie podkreśla się, że „reakcje opiekunów i ich zdolności radzenia sobie ze stresem zależą od własnej kondycji fizycznej i psychicznej, a także od możliwości i rozmiarów wsparcia ze strony najbliższego otoczenia” [13]. Jeśli tak jest, niezbędna jest szeroko pojęta edukacja skierowana do rodzin, ale też merytoryczna edukacja ze strony osób zajmujących się profesjonalnie opieką, w celu jak najlepszego wspierania i udzielania pomocy pacjentom oraz rodzinom chorego w chwilach dla nich najtrudniejszych.

Podsumowanie

W sytuacji wystąpienia choroby przewlekłej szczególnych uczuć doświadczają wszyscy członkowie rodziny. Jest to dla rodziny sytuacja trudna, stresująca i ogarniająca każdą przestrzeń życia. Wiele aspektów funkcjonowania staje się zupełnie nowych lub się zmienia, a bliscy chorego często nie rozumieją wielu zachowań charakterystycznych dla choroby. Z pewnością są pełni lęku i niepokoju, próbując jednocześnie sprostać trudnej opiece nad przewlekłym chorym, którego stan się stopniowo pogarsza. Miłość połączona z trudnymi emocjami w trakcie opieki wzbudza rozterki, z którymi sami nie umieją sobie poradzić, choćby z tego względu, że nie przewidywali, iż te uczucia mogą się stać ich udziałem. „Są to: strach, niepokój, poczucie winy, złość. Są to normalne reakcje na sytuację nienormalną (traumatyczną — przerastającą ich dotychczasowe doświadczenia” [5]. Trzeba z całą mocą podkreślić: wystąpienie negatywnych uczuć nie oznacza, że bliskość w rodzinie umarła. Bliskość ta istnieje nadal, a negatywne uczucia stają się często rezultatem długo trwającej opieki nad chorym, skutkiem nieprzespanych nocy, nieustannego czuwania i wszechogarniającego lęku, co będzie dalej. Rodzące się uczucia są „integralnym elementem przeżywania straty” [1] i — oprócz wcześniej wymienionych — należą do nich również wyrzuty sumienia, poczucie winy, zastrzeżenia wobec podjętych czy zaniechanych działań i zachowań. Umożliwienie roz-

mowy na ten temat, delikatność „pomagacza” w poruszaniu powyższych kwestii oraz szansa wglądu we własne doświadczenia pozwalają opiekunom na pozbycie się poczucia winy za „niedopełnienie obowiązku wobec bliskiego chorego, nabranie dystansu i lepsze zrozumienie siebie i innych” [5].

Zakończenie

Rodzina w sytuacji opieki nad bliskim w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej stara się zaspokoić wszystkie potrzeby „swojego” chorego. Jednocześnie oczekuje zrozumienia i cierpliwego wysłuchania w sytuacji, gdy jest „dobrze”, ale też wtedy, gdy sobie nie radzi w opiece z narastającą złością, frustracją i innymi budzącymi niepokój emocjami. Pokazanie, że doświadczenia te mogą się zdarzyć nawet w sytuacji opieki nad ukochanym bliskim, wydaje się istotne o tyle, iż zdejmuje z opiekujących się brzemień poczucia winy i poczucia bycia „niedobrym opiekunem”. Najtrudniejsze i najcenniejsze, co można zaofiarować, to być jak najbliższy i jak najbardziej obecnym.

Piśmiennictwo

- Ogryzko-Wiewiórkowska M. Umieranie i śmierć. Perspektywa socjomedyczna. W: Piątkowski W., Titkow A. (red.). *W stronę socjologii zdrowia*. Wyd. UMCS, Lublin 2002; 107.
- Łuczak J. Cierpienie. Charakterystyka. Rozpoznawanie. Wspomaganie cierpiących. Powinności leczących. Jak skutecznie pomagać cierpiącym chorym? Holistyczna opieka paliatywna w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej. Materiały wykorzystane podczas kursu w ośrodku Caritas Diecezji Płockiej w Popowie k. Warszawy. Wyd. BIBLOS, Tarnów 2003.
- Walden-Gałuszko de K. Problemy psychoonkologiczne rodziny. W: Walden-Gałuszko de K. (red.). *Psychoonkologia*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 83–99.
- Walden-Gałuszko de K. Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej. W: Walden-Gałuszko de K. (red.). *Podstawy opieki paliatywnej*. Wyd. PZWL, Warszawa 2004; 164–194.
- Trylińska-Tekielska E. Komu jest potrzebny psycholog w hospicjum? W: Janowski K., Arytmiak M. (red.). *Człowiek chory — aspekty biopsychospołeczne*. Wyd. POLIHYM-NIA, Lublin 2009; 11–23.
- Heszen-Niejodek I. Radzenie sobie z chorobą — przegląd zagadnień. W: Heszen-Niejodek I. (red.). *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*. Wyd. UŚ, Katowice 2000; 13–33.
- Barbaro de B. Pacjent w swojej rodzinie. Springer PWN, Warszawa 1997.
- Buczyński F. Wymiary oddziaływań na rodzinę z pacjentem w terminalnej fazie choroby. W: Binnebesel J., Błęszyński J., Domżał Z. (red.). *Wielowymiarowość cierpienia*. Wyd. WSEZ, Łódź 2010; 361–370.
- Dodziuk A. *Bliskość, która uzdrowia i uszczęśliwia*. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2006.
- Rogiewicz M., Paczkowska A. Trudne sytuacje psychologiczne. W: Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A. (red.). *Przewlekłe chory w domu. Poradnik dla rodzin i opiekunów*. Biblioteka Fundacji Hospicyjnej, Gdańsk 2010; 273–287.
- Kalisz R.A. Rodzina wobec śmierci. W: Pearson L. (red.). *Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym*. Wyd. PZWL, Warszawa 1973; 75–101.
- Kromolicka B. Holistyczny charakter opieki nad przewlekłe i terminalnie chorymi. W: Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A. (red.). *Przewlekłe chory w domu. Poradnik dla rodzin i opiekunów*. Biblioteka Fundacji Hospicyjnej, Gdańsk 2010; 258–272.
- Walden-Gałuszko de K., *U kresu...* MakMed, Gdańsk 2000.