

Aleksandra Korzeniewska-Eksterowicz^{1,2}, Małgorzata Cynker-McCarthy², Bogna Kędzierska^{1,3},
Łukasz Przysło^{1,2}, Małgorzata Stolarska^{2,4}, Grzegorz F. Nowicki², Wojciech Młynarski⁴

¹Pracownia Pediatrycznej Opieki Paliatywnej Kliniki Pediatrii, Onkologii, Hematologii i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (Polska)

²Fundacja Gajusz — Hospicjum Domowe dla Dzieci Ziemi Łódzkiej (Polska)

³Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego (Polska)

⁴Klinika Pediatrii, Onkologii, Hematologii i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (Polska)

Opracowanie i wdrożenie pilotażowego programu edukacyjnego z zakresu opieki paliatywnej nad dziećmi w Polsce

Projekt opisany w niniejszym artykule został zatwierdzony i otrzymał wsparcie finansowe w wysokości 90% z Fundacji Rozwoju Systemu Edukacji — Działanie V: Rozwój Polskich Uczelni (projekt nr FSS/2009/III/D5/W/0048). Od sierpnia 2009 r. do czerwca 2011 r. projekt był realizowany przy wsparciu udzielonym przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię poprzez dofinansowanie ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego w ramach Funduszu Stypendialnego i Szkoleniowego.

Przedrukowano za zgodą z: *Advances in Palliative Medicine* 2012; 11, 1: 10–14

Streszczenie

W wielu krajach, w ciągu ostatnich 40 lat medycyna paliatywna została uznana za odrębną specjalizację lekarską, związaną głównie z opieką nad dorosłymi pacjentami chorującymi na nowotwory złośliwe. Pediatryczna opieka paliatywna jest dyscypliną szczególną, różniącą się znacznie od opieki paliatywnej nad osobami dorosłymi. W Polsce opieka paliatywna nad dziećmi świadczona jest głównie w modelu opieki domowej. Dynamiczny rozwój opieki paliatywnej nad dziećmi w Polsce w ciągu ostatnich 16 lat świadczy o dużym zapotrzebowaniu na tego typu świadczenia. Mimo dynamicznego rozwoju pediatrycznej opieki paliatywnej w Polsce, wyzwaniem pozostają dwa główne zagadnienia: trudności z naborem personelu oraz istotne braki w wiedzy z tej dziedziny. Trudności te są wynikiem braku odpowiedniego kształcenia studentów w tym zakresie. W większości polskich uniwersytetów medycznych (zarówno na wydziałach lekarskich, jak i pielęgnarskich) opieka paliatywna wchodzi w skład programu nauczania, jednak przeważająca część tych programów dotyczy wyłącznie opieki paliatywnej nad dorosłymi. Program nauczania pediatrii nie obejmuje opieki paliatywnej. Niniejszy artykuł przedstawia opracowanie i wprowadzanie w życie pilotażowego programu edukacyjnego dotyczącego pediatrycznej opieki paliatywnej w Polsce.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2013; 7, 1: 25–30

Słowa kluczowe: opieka paliatywna, dzieci, edukacja, harmonogram szkolenia

Adres korespondencyjny: Aleksandra Korzeniewska-Eksterowicz

Pracownia Pediatrycznej Opieki Paliatywnej Kliniki Pediatrii, Onkologii, Hematologii i Diabetologii


ul. Sporna 36/50, 91–738 Łódź, Polska

tel.: +48 42 6177791

faks: +48 42 6177798

e-mail: aleksandra.korzeniewska-eksterowicz@umed.lodz.pl

Tłumaczenie: lek. Ewa Miszczak

 Medycyna Paliatywna w Praktyce 2013; 7, 1, 25–30

Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

Pediatryczna opieka paliatywna w Polsce

W wielu krajach, w ciągu ostatnich 40 lat medycyna paliatywna została uznana za odrębną specjalizację lekarską, związaną z opieką nad pacjentami z chorobami nowotworowymi. Pediatryczna opieka paliatywna jest dziedziną o szczególnym charakterze i różni się znacznie od opieki paliatywnej nad osobami dorosłymi. Do cech wyróżniających należą: stosunkowo niewielka liczba pacjentów, z uwagi na małą śmiertelność dzieci, szerokie spektrum chorób (choroby swoiste dla wieku rozwojowego), nieprzewidywalny przebieg choroby i umierania, większa niepewność dotycząca właściwego leczenia (kiedy należy zaprzestać leczenia inwazyjnego ratującego życie? Kiedy rozpocząć leczenie objawowe?) [1, 2]. Postęp w metodach diagnostyki prenatalnej sprawił, że pojawił się nowy obszar w pediatrycznej opiece paliatywnej, jakim jest perinatalna opieka paliatywna. Dotyczy ona sytuacji, w których diagnostyka prenatalna sugeruje ciężkie, nieuleczalne schorzenia płodu. Perinatalna opieka paliatywna, obejmująca całą rodzinę, rozpoczyna się w czasie ciąży, trwa w okresie porodu i po narodzinach dziecka. Jej celem jest zapewnienie opieki noworodkom i niemowlętom z chorobami ograniczającymi życie. Jest alternatywą dla rodzin, które nie zdecydowały się na przerwanie ciąży i pragną uchronić swoje dziecko przed cierpieniem i ryzykownymi zabiegami medycznymi. Opieka wielodyscyplinarna oferowana przez zespół hospicjum domowego daje rodzinom szansę na doświadczenie spokojnego i intymnego zakończenia życia ich dziecka. W Polsce w ciągu ostatnich 20 lat obserwujemy dynamiczny rozwój opieki paliatywnej, który został zainicjowany przez niezależny ruch hospicyjny [3]. Pediatryczna opieka paliatywna jest stosunkowo nową dziedziną pediatrii. W Polsce pediatryczna opieka paliatywna świadczona jest w oparciu o model domowy. Dynamiczny rozwój opieki paliatywnej nad dziećmi w Polsce w ciągu ostatnich 16 lat dowodzi dużego zapotrzebowania na tego rodzaju pomoc [4–8]. W 1994 roku założone zostało Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, które zapoczątkowało domową opiekę paliatywną nad dziećmi w Polsce [9]. W 2009 roku w Polsce istniało 16 hospicjów domowych dla dzieci [8]. Dom jest najbardziej odpowiednim środowiskiem dla dzieci w schyłkowej fazie choroby. Taki model opieki powinien być promowany, jako najwłaściwszy zarówno dla dzieci, jak i ich rodzin, a także jako mniej kosztowny, w porównaniu z opieką w lecznictwie zamkniętym. Jest to zgodne z tendencją ogólnoswiatową, która kładzie na-

cisk na znaczenie opieki medycznej prowadzonej w warunkach domowych, ze szczególnym uwzględnieniem pomocy psychologicznej i społecznej [10, 11]. Wyniki największego dotychczas badania retrospektywnego, przeprowadzonego w latach 1989–2003 w Stanach Zjednoczonych, wskazują na istotną zmianę w dokonywaniu wyboru miejsca umierania dzieci z chorobami ograniczającymi życie [12]. Umieranie w domu staje się możliwe w coraz większym stopniu, dzięki szybkiemu rozwojowi metod leczenia objawowego u terminalnie chorych dzieci, opracowywaniu nowych technik i procedur medycznych (zabiegi paliatywne, przezskórna endoskopowa gastrostomia, tlenoterapia w warunkach domowych) oraz postępowi opieki paliatywnej nad dziećmi [12, 13]. Mimo dynamicznego rozwoju pediatrycznej opieki paliatywnej w Polsce, nadal aktualne pozostają dwa podstawowe problemy w tej dziedzinie: trudności z naborem personelu i znaczące braki wiedzy na temat opieki paliatywnej nad dziećmi (w szczególności zasad pediatrycznej opieki paliatywnej, kierowania do tego typu opieki i sposobów prowadzenia hospicjów). Trudności te występują z powodu braku odpowiedniego kształcenia studentów (program studiów medycznych niewiele miejsca poświęca zagadnieniom pediatrycznej opieki paliatywnej lub nie obejmuje ich w ogóle).

Szkolenie w zakresie opieki paliatywnej — przed i podyplomowe

Przez wiele lat tylko w nielicznych krajach zagadnienia opieki paliatywnej były uwzględniane w programach studiów medycznych [14–20]. W większości uniwersytetów medycznych (zarówno na wydziałach lekarskich, jak i pielęgniarzkich) opieka paliatywna jest częścią programu nauczania [21], jednak większość programów dotyczy jedynie opieki paliatywnej nad osobami dorosłymi. Program specjalizacyjny z pediatrii nie obejmuje opieki paliatywnej.

Programy kształcenia podyplomowego pozwalają lekarzom w Polsce na zdobycie specjalizacji w 40 dyscyplinach podstawowych, na przykład w pediatrii, chirurgii itp. Szkolenie trwa od 5 do 6 lat. Lekarz, który otrzymał tytuł specjalisty w dziedzinie podstawowej, może wybrać dyscyplinę szczegółową. W Polsce medycyna paliatywna jest jedną z 28 specjalności szczegółowych, a szkolenie w tym zakresie obejmuje kolejne 2 lata. Program nauczania dotyczy głównie opieki paliatywnej nad osobami dorosłymi; w ciągu dwuletniego okresu szkolenia na opiekę paliatywną dla dzieci przewidziano zaledwie jednodniowy kurs.

W ramach sześcioletniego kursu specjalizacyjnego z pediatrii, lekarze powinni zaznajomić się z określonymi aspektami opieki paliatywnej nad dziećmi, ale zagadnienia te nie zostały uwzględnione w żadnym formalnym szkoleniu. Oczekuje się, że lekarze zdobędą odpowiednią wiedzę na podstawie piśmiennictwa medycznego.

Od lekarzy, którzy ukończyli szkolenie specjalizacyjne, oczekuje się ciągłego poszerzania wiedzy (wymagana jest określona liczba godzin edukacyjnych w okresach czteroletnich). Dostępne formy uczenia się obejmują konferencje i seminaria.

Pielęgniarki w Polsce mogą specjalizować się w 23 dyscyplinach podstawowych i/lub poszerzać wiedzę przez uczestnictwo w specjalistycznych kursach. Specjalizacja w zakresie opieki paliatywnej w przypadku pielęgniarek obejmuje 1070 godzin, z czego 150 przypada na opiekę pediatryczną. Program szkoleniowy przewiduje 35 godzin praktyk w hospicjum dziecięcym, z możliwością zamiany na podobną liczbę godzin na oddziale onkologii dziecięcej. Od 2010 roku pielęgniarki mogą uczestniczyć w specjalistycznym kursie pediatrycznej opieki paliatywnej.

Osoby już zatrudnione w hospicjach dziecięcych mają możliwość uczestniczenia w specjalistycznych kursach i konferencjach.

Opracowanie programu edukacyjnego

Inspiracją dla opracowania profesjonalnego programu kształcenia w zakresie pediatrycznej opieki paliatywnej było kilkuletnie doświadczenie Hospicjum Domowego dla Dzieci Ziemi Łódzkiej, trudności we współpracy z pediatrami, wynikające z braku wiedzy na temat zasad działania i organizacji opieki paliatywnej nad dziećmi, trudności w naborze nowych członków personelu oraz opisane powyżej luki w systemie kształcenia. Pierwszym krokiem było zorganizowanie w 2009 roku Pracowni Pediatrycznej Opieki Paliatywnej, która wchodzi w skład Kliniki Pediatrii, Onkologii, Hematologii i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Jest to pierwsza w Polsce jednostka akademicka, która zajmuje się pediatryczną opieką paliatywną. Zespół pracowni stanowi personel hospicjum i pracownicy Kliniki Pediatrii. Zespół ten opracował pierwszy w Polsce pilotażowy program kształcenia przed- i podyplomowego w zakresie pediatrycznej opieki paliatywnej. Autorzy programu podkreślają potrzebę wszechstronnego szkolenia, uwzględniając zagadnienia zarówno medyczne, jak i psychologiczne. Przekazywanie trudnych informacji, zapewnianie opieki pacjentom w schył-

kowym stadium choroby, towarzyszenie chorym i ich rodzinom są to doświadczenia obciążające, które wymagają profesjonalnego przygotowania pod względem medycznym i psychologicznym. Wnioski płynące z aktualnych badań i obserwacji podkreślają znaczenie przygotowania personelu medycznego do sprawowania opieki nad umierającym pacjentem i jego rodziną. Z jednej strony przygotowanie takie powinno zminimalizować ryzyko ponowienia urazu psychicznego u pacjenta i rodziny. Z drugiej zaś zmniejszać niebezpieczeństwo przeciążenia psychicznego lekarzy oraz skłonność do zachowania dystansu emocjonalnego, która zaburza zdolność realistycznego postrzegania sytuacji. Ponadto przygotowanie takie minimalizuje ryzyko wypalenia zawodowego u personelu medycznego [22].

Praca z umierającymi dziećmi może być szczególnie stresująca dla lekarzy, wywołując poczucie bezsilności i zaburzając racjonalne postrzeganie rzeczywistości. Analiza obecnej sytuacji dowodzi braku odpowiedniego przygotowania na każdym szczeblu edukacji medycznej. Jednocześnie w piśmiennictwie przedstawiane są próby stworzenia odpowiednich programów szkoleniowych [23].

Osoby prowadzące takie szkolenia stają przed szczególnym wyzwaniem. Mają świadomość, jak duże znaczenie dla lekarza decydującego się na sprawowanie opieki nad terminalnie chorymi dziećmi ma minimalizowanie wpływu czynników stresowych, będących pochodną ich własnych postaw (stresory natury osobistej). Oznacza to, że oprócz pogłębiania wiedzy i kompetencji osobistych (umiejętności dotyczące komunikacji, radzenie sobie ze stresem) konieczne jest przepracowanie własnego nastawienia wobec śmierci przez postawienie sobie samemu trudnych pytań (jakie są moje świadome i nieświadome myśli i uczucia związane ze śmiercią? Jak tłumaczę sobie fakt śmierci dziecka? W jaki sposób moje nastawienie i przekonania mogą przeszkadzać w pomaganiu umierającemu dziecku i jego rodzinie?). Proces ten obejmuje również uświadamianie sobie własnych reakcji emocjonalnych i znajdowanie twórczych sposobów radzenia sobie z nimi.

Program opisany powyżej otrzymał dofinansowanie w wysokości 90% z Fundacji Rozwoju Systemu Edukacji (Działanie V: Rozwój Polskich Uczelni). Od sierpnia 2009 r. projekt był realizowany przy wsparciu udzielonym przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię poprzez dofinansowanie ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego w ramach Funduszu Stypendialnego i Szkoleniowego.

Wdrażanie programu edukacyjnego w zakresie pediatrycznej opieki paliatywnej

Kształcenie przeddyplomowe

Opieka paliatywna nad dziećmi została włączona do ogólnego programu nauczania pediatrii. Dotyczy studentów ostatniego roku medycyny i studentów 3. roku pielęgniarstwa. Moduł edukacyjny obejmuje dwa dni obowiązkowych seminariów (5 godzin) i warsztatów (5 godzin). W pierwszym dniu studenci dzieleni są na grupy po 10–12 osób i omawiają następujące zagadnienia: zasady i organizacja pediatrycznej opieki paliatywnej w Polsce, perinatalna opieka paliatywna, opieka paliatywna nad pacjentami z chorobami onkologicznymi i związane z tym zagadnienia kliniczne. Celem pierwszego dnia nauki jest zapoznanie studentów z podstawami domowej opieki paliatywnej, zaleceniami dotyczącymi kierowania pacjentów do tego rodzaju leczenia oraz specyfiką pediatrycznej opieki paliatywnej i metodami leczenia w najczęściej spotykanych przypadkach.

W drugim dniu organizowane są warsztaty (w grupach po 5–6 studentów), podzielone na dwie części — kliniczną i psychologiczną. Warsztaty kliniczne koncentrują się na szczegółowej analizie przypadków pacjentów hospicyjnych. Studenci otrzymują opis 18 przypadków. Ponieważ pacjenci pozostają w domu podczas wizyt zespołów hospicyjnych, aktywny udział w szkoleniu nie jest możliwy ze względów logistycznych. Celem warsztatów klinicznych jest zaznajomienie studentów z najczęściej spotykanymi w opiece paliatywnej chorobami dzieci oraz poznanie elementów kompleksowej oceny stanu pacjenta w opiece u schyłku życia. Warsztaty dają również możliwość przedyskutowania najtrudniejszych aspektów pediatrycznej opieki paliatywnej, na przykład zakończenia leczenia, eutanazji lub granic leczenia inwazyjnego.

Warsztaty psychologiczne obejmują następujące zagadnienia:

- leczenie paliatywne — specyfika procesu podejmowania decyzji;
- przekazywanie trudnych informacji:
 - zaburzenia komunikacji lekarz–pacjent,
 - przyczyny, dla których lekarze unikają trudnych rozmów;
 - komunikacja z rodzicami dzieci w schyłkowej fazie choroby;
 - kryzys emocjonalny,
 - radzenie sobie z kryzysem;
- włączanie dziecka w proces podejmowania decyzji:
 - stopień rozwoju dziecka i jego zdolność do rozumienia choroby,

- struktury rodzinne i sposób, w jaki dzieci radzą sobie z chorobą;
- śmierć dziecka i proces żałoby.

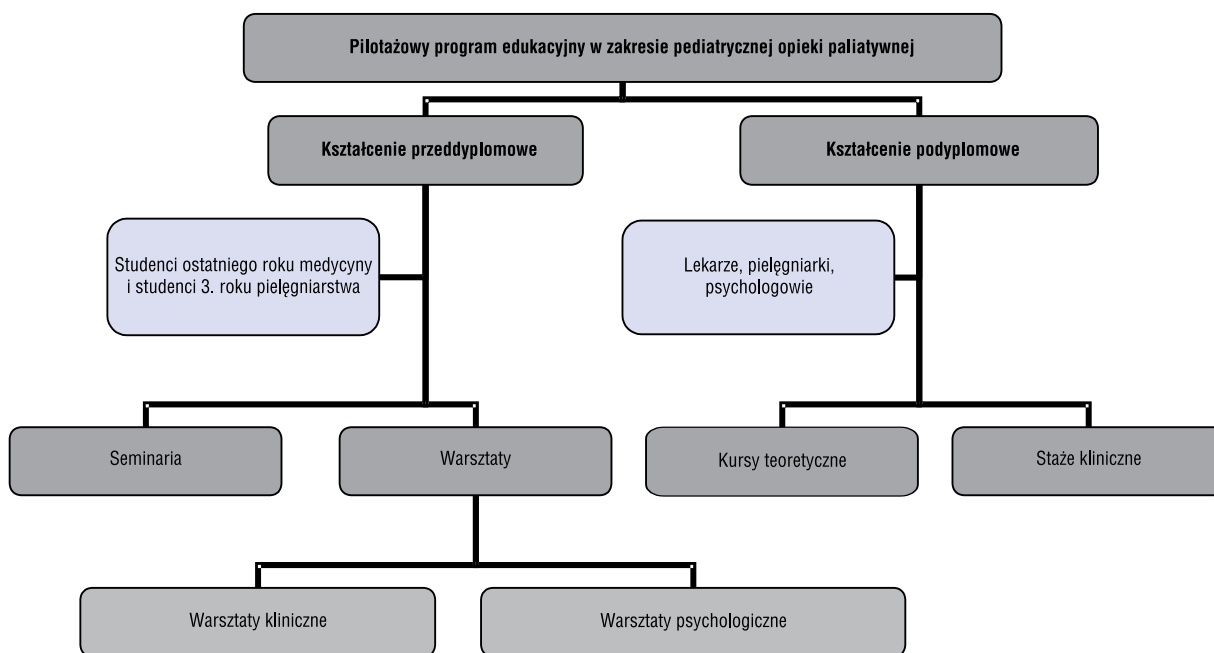
Warsztaty psychologiczne opierają się na osobistych doświadczeniach studentów, od których oczekuje się, że będą gotowi podzielić się refleksjami na ten temat. Celem psychoedukacji — jako metody kształcenia — jest wspieranie rozwoju osobistego przez większą świadomość i szerszy zakres umiejętności osobistych i społecznych [24]. Z uwagi na ograniczenia czasowe i organizacyjne programu, warsztaty skupiają się na wzajemnym zapoznaniu z dotychczasowym doświadczeniem każdego ze studentów, wprowadzaniu nowych doświadczeń, a także zdobyciu wiedzy oraz analizie zastosowań praktycznych.

Wszystkie warsztaty, zarówno kliniczne, jak i psychologiczne, są dostosowane do indywidualnych potrzeb grupy, czyli każdy szkolejący stara się odpowiedzieć na konkretne zainteresowania grupy. W ten sposób prowadzący szkolenie chcą zwiększyć zainteresowanie studentów i ich czynne zaangażowanie. Stosowane metody nauczania obejmują analizę przypadku i dyskusję.

Z uwagi na osobiste reakcje studentów — emocje i refleksje dotyczące ich własnej postawy wobec śmierci — najważniejszy jest sposób prowadzenia szkolenia i poziom kompetencji uczącego. Wydaje się, że większe znaczenie ma dążenie do lepszego zrozumienia zagadnienia przez studentów i budowanie ich poczucia kompetencji, niż podanie zestawu odpowiedzi umożliwiających rozmowę z pacjentami. Uzyskuje się to dzięki podkreślaniu niepowtarzalności każdej ze szkolejących się osób, powstrzymaniu się od oceny oraz akceptacji różnic indywidualnych.

Kształcenie podyplomowe dla lekarzy i pielęgniarzek

Moduł kształcenia podyplomowego składa się z jedenastu jednodniowych kursów teoretycznych i dwutygodniowego stażu klinicznego. Kursy są otwarte dla wszystkich specjalności; obejmują różnorodne zagadnienia, między innymi podstawy pediatrycznej opieki paliatywnej, perinatalną opiekę paliatywną, leczenie bólu w pediatrii, opiekę paliatywną nad dziećmi z chorobami neurologicznymi oraz aspekty psychologiczne pediatrycznej opieki paliatywnej. Celem kursów jest przypomnienie i zaktualizowanie wiedzy uczestników, a także formalne potwierdzenie ich kwalifikacji. Pozwala to uczestnikom na ubieganie się o pracę w hospicjach dla dzieci. Podczas stażu szkolejący się biorą udział w codziennej pracy zespołu hospicyjnego, takich jak wizyty domowe i spotkania zespołów klinicznych.



Rycina 1. Schemat pilotażowego programu edukacyjnego w zakresie pediatrycznej opieki paliatywnej

Ocena programu

Program opisany powyżej jest projektem pilotażowym i wymaga oceny pod względem skuteczności metod nauczania i zadowolenia osób uczących się. Wszystkich uczestników szkolenia poproszono o wypełnienie kwestionariusza sprawdzającego wiedzę przed i po kursie. Proszono ich także o ocenę zadowolenia w następujących obszarach: organizacji kursu, przydatności wiedzy, jakości nauczania i materiałów dydaktycznych.

Analiza kwestionariuszy pozwoli na wprowadzenie koniecznych zmian w programie, dotyczących organizacji i programu nauczania. Wyniki analizy zostaną przedstawione w osobnym opracowaniu.

Autorzy niniejszego programu mają nadzieję, że zgromadzone doświadczenia i wyniki będą pomocne w procesie włączania zagadnień pediatrycznej opieki paliatywnej do programu nauczania pediatrii na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Mają również nadzieję, że ich doświadczenie będzie przydatne dla innych uniwersytetów medycznych w Polsce.

Piśmiennictwo

1. Kliegman R.M., Jenson H.B., Behrman R.E., Stanton B.F. Nelson textbook of pediatrics 18th Edition. Saunders Elsevier 2007; 40: 200–208.
2. A guide to the development of children's palliative care services. Second Edition. Association for Children with Life — Threatening or Terminal Conditions and Their Families/ Royal College of Pediatrics and Child Health 2003.
3. Luczak J. Palliative/hospice care in Poland. Palliat. Med. 1993; 7: 67–75.

4. Dangel T. The status of pediatric palliative care in Europe. J. Pain Symptom. Manage. 2002; 24: 160–165.
5. Dangel T., Fowler-Kerry S., Karwacki M., Bereda J. An evaluation of home palliative care program for children. Ambulatory Child Health 2000; 6: 101–104.
6. Korzeniewska A., Przysło Ł., Filipiak E., Grzelewska A., Stolarska M. Demand for palliative home care for children in Lodz Region. Ped. Pol. 2006; 11: 799–805.
7. Korzeniewska A., Przysło Ł., Filipiak E., Stolarska M. Home Hospice for Children of Lodz Region — experiences in first year of activity. Ped. Pol. 2006; 11: 806–811.
8. http://www.hospicjum.waw.pl/img_in/BIBLIOTEKA/2009_raport_XI_www.pdf.
9. Wright M., Clark D. The development of pediatric palliative care in Warsaw, Poland. Eur. J. Pall. Care 2003; 10: 120–123.
10. Feudtner C., Hays R.M., Haynes G., Geyer J.R., Neff J.M., Koepsell T.D. Deaths attributed to pediatric complex chronic conditions: national trends and implications for supportive care services. Pediatrics 2001; 107: 99–e99.
11. Serwint J.R., Nellis M.E. Deaths of pediatric patients: relevance to their medical home, an urban primary care clinic. Pediatrics 2005; 115: 57–63.
12. Feudtner C., Feinsein J.A., Satchell M., Zhao H., Kang T.I. Shifting Place of death among children with complex chronic conditions in the United States, 1989–2003. JAMA 2007; 297: 2725–2732.
13. Kliegman R.M., Jenson H.B., Behrman R.E., Stanton B.F. Nelson textbook of pediatrics 18th edition. Saunders Elsevier 2007; 40: 200–208.
14. Ellman M.S., Rosenbaum J.R., Cherlin E., Bia M. Effectiveness of an Integrated Wardbased Program in preparing medical students to care for patients at the end of life. Am. J. Hosp. Palliat. Care 2009; 26: 18–23.
15. Mason S.R., Ellershaw J.E. Undergraduate training in palliative medicine: is more necessarily better? Palliat. Med. 2010; 24: 306–309.

16. Mason S.R., Ellershaw J.E. Preparing for palliative medicine; evaluation of an education programme for fourth year medical undergraduates. *Palliat. Med.* 2008; 22: 687–692.
17. Hammel J.F., Sullivan A.M., Block S.D., Twycross R. End-of-Life and Palliative Care Education for final-year medical students: a comparison of Britain and the United States. *J. Pal. Med.* 2007; 10: 1356–1366.
18. Gibbins J., McCoubrie R., Maher J., Wee B., Forbes K. Recognizing that it is part and parcel of what they do: teaching palliative care to medical students in the UK. *Palliat. Med.* 2010; 24: 299–305.
19. Yazdani S., Evan E., Roubinov D., Chung P.J., Zeltzer L. A longitudinal method of teaching pediatric palliative care to interns: preliminary findings regarding changes in interns' comfort level. *Palliat. Support Care* 2010; 8: 35–40.
20. Roth M., Wang D., Kim M., Moody K. An assessment of the current state of palliative care education in pediatric hematology/oncology fellowship training. *Pediatr. Blood Cancer* 2009; 53: 647–651.
21. Luczak J., Okupny M., Wiecek-Cuske L. The program of palliative medicine and care in the curriculum of sixth-year medical students in Poland. *J. Palliat. Care* 1992; 8: 39–43.
22. Nancy A., Larson J., Scofield S., Sourkers B., Cohen H. Hospital staff and family perspectives regarding quality of pediatric palliative care. *Pediatrics* 2004; 114: 1248–1252.
23. Bagatell R., Meyer R., Herron S., Berger A., Villar R. When children die: a seminar series for pediatric residents. *Pediatrics* 2002; 110: 348–353.
24. Kędzierska B., Znajmiecka-Sikora M. Education and active methods of group working. *Innovation in Education. Scientific Journal WSHE In Lodz*, 2003; 1: 70–81.