Idea opieki domowej bł. Hanny Chrzanowskiej realizowana w hospicjum domowym

The concept of home hospice care introduced by blessed Hanna Chrzanowska

Grzegorz Godawa^{A–F}

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie, Kraków, Polska

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2019;9(3):237–241

Adres do korespondencji

Grzegorz Godawa
e-mail: xgodawa@wp.pl

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 26.09.2018 r.

Po recenzji: 26.11.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 13.12.2018 r.

Streszczenie

Początek profesjonalnej domowej opieki nad chorym człowiekiem w Polsce jest związany z postacią Hanny Chrzanowskiej (1902–1973). Jej działalność pielęgniarska na terenie Krakowa była w dużym stopniu innowatorska. Wyrażała się to poprzez umiejętność zauważenia problematyki pomocy obłożnie chorym osobom poza szpitalem i domem pomocy społecznej. Udzielenie pomocy było poprzedzone rzetelną oceną środowiska rodzinnego i zasobów lokalnej społeczności. Kolejnym krokiem było rozpoznanie potrzeb chorego człowieka i dostosowanie do nich działań pomocowych. Chrzanowska organizowała pomoc zespołową dzięki wolontaryjnemu i zawodowemu zaangażowaniu pielęgniarek oraz osób przygotowujących się do tego zawodu. Jej zasługą były inicjatywy polegające na organizowaniu wyjazdowych rekolekcji dla chorych. Chrzanowska pomagała ludziom pokonać bariery fizyczne i socjalne, co ułatwiało integrację. Zapoczątkowana przez nią opieka pielęgniarska sprawowana w domu chorego człowieka miała głębokie uzasadnienie religijne. Była także wyrazem bezinteresownej pomocy, niezależnie od wyznania i zasobów materialnych chorego. Działalność domowych hospicjów w Polsce można uznać za swoistą kontynuację działalności Chrzanowskiej, choć geneza opieki hospicyjnej jest szersza. Zasadne wydaje się przedstawienie teoretycznych założeń i praktycznych rozwiązań problemów osób nieuleczalnie chorych, objętych domową opieką hospicyjną. Wykorzystanie spuścizny Chrzanowskiej może być pomocne w przezwyciężaniu trudności, jakie pojawiają się w czasie realizacji domowej opieki hospicyjnej.

Słowa kluczowe: chory, hospicjum, opieka domowa, Hanna Chrzanowska

Cytowanie

Godawa G. Idea opieki domowej bł. Hanny Chrzanowskiej realizowana w hospicjum domowym. *Piel Zdr Publ.* 2019;9(3):237–241. doi:10.17219/pzp/100717

DOI

10.17219/pzp/100717

Copyright

© 2019 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

The development of professional home care for ill people in Poland is connected with Hanna Chrzanowska (1902–1973) and her activity. To a significant extent, her nursing work was innovative, which resulted from the fact that she was able to recognize the need to care for the ill outside hospitals and nursing homes. An accurate diagnosis of the family environment and local community resources was the first step to provide support. The next step was to assess the needs of an ill person and to offer appropriate support. Chrzanowska organized teams which consisted of both professional nurses and the ones in training. She based teamwork on their voluntary and professional involvement. One of her greatest achievements was organizing spiritual retreat for ill people. She helped them overcome physical and social barriers to integration. Nursing home care initiated by Chrzanowska was deeply rooted in religion. It also reflected her willingness to help people regardless of their faith or financial resources. The work of home hospices in Poland may be regarded as a continuation of Chrzanowska's activity. However, the origins of hospice care are more complex. It seems necessary to present theoretical assumptions and practical solutions to the problems of the terminally ill in home hospice care. Chrzanowska's legacy may help to overcome obstacles in the process of providing hospice care.

Key words: ill patient, hospice, home care, Hanna Chrzanowska

Wprowadzenie

Domowa opieka hospicyjna stanowi dziś powszechnie stosowaną formę opieki nad terminalnie chorym człowiekiem. Jest praktykowana na całym świecie i dynamicznie rozwija się również w Polsce, uważanej za pioniera i lidera opieki paliatywnej w Europie Środkowo-Wschodniej.¹ Swoisty charakter opieki sprawowanej w domu chorego człowieka sprawia, że zaspokaja ona codzienne potrzeby pacjentów i ich rodzin.

Celem opieki hospicyjnej jest „zapobieganie i przyniesienie ulgi w bólu oraz cierpieniu poprzez wczesne rozpoznanie i bezbłędną ocenę oraz leczenie bólu i rozwiązywanie innych problemów fizycznych, psychosocjalnych i duchowych”.² Podczas sprawowania opieki są przestrzegane założenia i standardy, które obejmują: ocenę objawu, wyjaśnienie jego przyczyny, indywidualizację leczenia, monitorowanie stanu pacjenta przy jednoczesnym zwróceniu uwagi na szczegóły w przebiegu procesu leczenia.³ Schemat postępowania zakłada określenie przyczyny bólu i przeciwdziałanie mu, co jest możliwe m.in. dzięki współpracy specjalistów z różnych dziedzin medycyny. Współpraca ta polega na profesjonalnym udzielaniu pomocy z zastosowaniem najnowszych osiągnięć medycyny, np. w zakresie leczenia bólu. Najczęściej stosowaną formą pomocy hospicyjnej jest opieka stacjonarna i opieka domowa.

Współczesna domowa opieka hospicyjna łączy w sobie ideę pomocy człowiekowi cierpiącemu w domu z możliwościami współczesnej medycyny, zwłaszcza opieki paliatywnej. Domowa opieka hospicyjna „wyrasta” z praktycznej realizacji idei pomagania chorej osobie i teoretycznej refleksji nad jej istotą. W dużej mierze opiera się na założeniach chrześcijańskiej koncepcji miłości bliźniego. Przykładem realizacji tych założeń jest działalność Hanny Chrzanowskiej (1902–1973), uznawanej za prekursorkę modelu opieki hospicyjnej, który funkcjonuje na terenie Polski do dzisiaj.⁴ W pełni zasadne jest zatem przedstawienie koncepcji pomocy realizowanej przez Chrzanowską. Odniesienie tej koncepcji do działalności Cicely Saunders (1918–2005), twórczyni współczesnego ruchu

hospicyjnego, poszerzyło rozumienie zagadnienia. Obie pielęgniarki żyły w podobnym czasie, lecz uwarunkowania prowadzonej przez nich działalności na rzecz cierpiących ludzi były diametralnie różne. Warto podkreślić, że obie przyczyniły się do powstania i rozwoju opieki hospicyjnej.

Prekursorki opieki hospicyjnej

Działalność pierwszej z wymienionych kobiet jest powszechnie znana. W 1967 r. Saunders założyła w Londynie hospicjum,⁵ które rozpoczęło działania w kierunku łagodzenia bólu totalnego (ang. *total pain*), jakiego doświadcza nieuleczalnie chory człowiek. Wychodząc od osobistych doświadczeń w opiece nad chorymi ludźmi, od rozmów z nimi i obserwacji, założycielka współczesnego ruchu hospicyjnego zaproponowała koncepcję bólu totalnego. Idea pomagania jest ukierunkowana na przeciwdziałanie jego destrukcyjnemu działaniu poprzez zastosowanie leczenia objawowego, zmniejszającego przykre dolegliwości i ból. Opieka hospicyjna zaspokaja nie tylko potrzeby somatyczne, ale także psychiczne oraz wpływa na sferę duchową i socjalną. Przy Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie rozwinął się również model opieki domowej oraz szpitalnych grup wsparcia.⁶ Rozwój ruchu hospicyjnego na zachodzie Europy zaowocował dostępnością tej formy leczenia dla coraz większej liczby pacjentów. Warto zaznaczyć, iż Saunders odwiedziła Polskę, przedstawiając ideę opieki paliatywnej, co przyczyniło się do powstania pierwszych polskich hospicjów w Krakowie i Gdańsku⁷ oraz kolejnych w następnych miastach.

Biorąc pod uwagę Europę, postać Chrzanowskiej jest znacznie mniej znana w porównaniu z Saunders, jednak jej wpływ na kształt opieki domowej w Polsce jest znaczący. Chrzanowska urodziła się 7.10.1902 r. w Warszawie, w rodzinie zasłużonej dla polskiej kultury, nauki oraz pielęgniarstwa. Po przeniesieniu się do Krakowa ukończyła w 1920 r. gimnazjum prowadzone przez siostry urszulanki.⁸ Po maturze przeszła kurs pielęgniarstwa, aby nieść pomoc ofiarom wojny polsko-bolszewickiej. Chcąc pogłębić swo-

ją wiedzę i umiejętności, ukończyła w 1924 r. Warszawską Szkołę Pielęgniarstwa. Następnie wyjechała na stypendia do Francji i Belgii. Podjęła pracę jako instruktorka w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie. Od 1929 r. do wybuchu II wojny światowej Chrzanowska redagowała poczytne czasopismo zawodowe „Pielęgniarka Polska”.⁹ Z Kulczyńską współredagowała pierwszy podręcznik pielęgniarstwa *Zabiegi pielęgniarские*.¹⁰

Podczas wojny, która zabrała jej ojca i brata, angażowała się w pomoc uchodźcom, więźniom i osobom przesiedlonym, troszcząc się zwłaszcza o dzieci, także dzieci żydowskie. Jej pragnienie pomagania potrzebującym skłaniało ją do działania na rzecz chorych również po odzyskaniu wolności przez Polskę. Pracowała w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarsko-Położniczej i podejmowała inicjatywy pomocy chorym ludziom przebywającym w domach. W tym czasie odbyła staż w Stanach Zjednoczonych oraz prowadziła liczne kursy dla pielęgniarek, poszerzając jej wiedzę i umiejętności w zakresie otwartej opieki zdrowotnej.¹¹ Ten rodzaj wsparcia rozumiała jako świadczenia „udzielane ludności w jej zwykłych warunkach bytowania”,¹² a więc dostosowane do warunków mieszkaniowych chorego i jego bliskich.

Szczególnym okresem jej działalności pomocowej był czas po przejściu na wcześniejszą emeryturę w 1957 r. Zdecydowała się wtedy na podjęcie, wraz z Szendlak, inicjatywy domowej opieki pielęgniarstwie, którą łączyła z działalnością Kościoła krakowskiego.¹³ Pomocy chorym poświęciła resztę swojego życia, które zakończyło się w 1973 r. Kościół katolicki ogłosił ją błogosławioną 28.04.2018 r.

Opieka nad chorymi przebywającymi w domach jest ma kilka cech, które wyróżniają ją spośród innych nielicznych inicjatyw na rzecz chorych. Głębsza analiza działalności Chrzanowskiej pozwoli na scharakteryzowanie domowej opieki nad chorym człowiekiem sprawowanej w Polsce.

Rozpoznanie środowiska chorego człowieka

Chrzanowska zwracała dużą uwagę na potrzebę dogłębnego rozpoznania i analizy środowiska, w którym przebywa chory człowiek, dlatego dużą rolę przywiązywała do pierwszej wizyty w jego domu. We wskazaniach skierowanych do pielęgniarek podkreślała, iż ocena środowiska rodzinnego jest warunkiem optymalnej opieki nad chorym. Zwracała uwagę, że praca pielęgniarek jest ukierunkowana nie tylko na dobro chorego, ale także na dobro jego rodziny. Będąc świadoma trudności w tym względzie, Chrzanowska podkreślała, że poznanie drugiego człowieka jest procesem, a nie pojedynczym wydarzeniem. W związku z tym używała określenia „poznanie”, któremu przeciwstawiała „poznanie”. Stąd wagi nabrała umiejętność poznawania bliskich chorego, ich wzajemnych więzi i relacji, emocjonalnej atmosfery wo-

kół chorej osoby. Ważne było stopniowe poznawanie zwyczajów panujących w rodzinie i sąsiedztwie, co pomagało w dokonywaniu ewentualnych korekt, które okazywały się niezbędne, by móc skutecznie wspierać chorego człowieka.¹⁴

Ocena środowiska chorego obejmuje także poznanie zasobów społecznych osób spoza rodziny. Ważne jest także rozpoznanie ogólnego stanu materialnego rodziny, a szczególnie poznanie mieszkania traktowanego jako miejsce pracy pielęgniarki. Higiena mieszkania, o którą powinna troszczyć się rodzina, jest ważnym elementem w procesie opieki nad chorym.¹² Oprócz obserwacji podstawowym narzędziem diagnostycznym dla Chrzanowskiej była umiejętność stawiania pytań. Uważała ona, że im więcej pielęgniarka będzie wiedzieć, tym lepiej pomoże choremu. Umiejętnie sformułowane pytania stanowią źródło cennej wiedzy, ale należy pamiętać, że jej pozyskiwanie nie może ograniczyć wolności człowieka ani uchybić jego godności.¹⁵

Chrzanowska przykładła dużą wagę do uporządkowania i systematyzacji wyników oceny środowiska, w którym przebywa chory. Zalecała, aby pielęgniarki solidnie prowadziły kartoteki chorych i ich rodzin, uważając, że sprawozdawczość to „podstawa do udowodnienia wartości naszej pracy, do wyciągania wniosków, do jej poszerzania, pogłębiania”.¹⁴

Pielęgnacja i towarzyszenie choremu

Rzetelna ocena środowiska rodzinnego jest wstępem do zapoznania się z jego osobistą sytuacją zdrowotną i zakresem jego potrzeb. Uzyskanie informacji na temat chorób, z jakimi zmagają się chory, i stosowanych leków są podstawą diagnozy. Powinna ona jednak pójść dalej. Choć Chrzanowska uważała, że człowiek zdrowy nie jest w stanie w pełni zrozumieć potrzeb człowieka obłożnie chorego, zalecała zrobienie wszystkiego, co jest w mocy pielęgniarki, by poznawanie cierpiącego człowieka pozwalało na udzielenie mu jak najbardziej skutecznego wsparcia: „Stopniowe poznawanie prowadzi do coraz większego zrozumienia chorego człowieka i wzmacnia, pogłębia naszą do niego życzliwość. Chorzy mówią o nas: «To mój prawdziwy przyjaciel»”.¹⁴ Chrzanowska uważała jednak, że to zaszczytne określenie nie jest w pełni adekwatne, gdyż przyjaźń zakłada obustronne zwierzenia, a taka postawa pielęgniarki byłaby nieprofesjonalna.

Chrzanowska miała świadomość, że przekroczenie progu mieszkania chorego człowieka może być niekiedy bardzo trudne. Przestrzegała swoje uczennice: „Wchodząc do domu, musicie być gotowe na szok”.¹⁵ Wywoływał go stan chorego, który nie zawsze był należycie pielęgnowany, a także warunki, w których przebywał (przykładowe opisy niektórych dramatycznych przypadków zostały zamieszczone w artykule *Pacjenci domowi* opublikowanym

w „Tygodniku Powszechnym”¹⁶). Umiejętność opanowania pierwszej reakcji jest kluczowa w pracy pielęgniarki, dlatego niezbędna jest duża samoświadomość osób udzielających pomocy. Udzielane przez nich wsparcie powinno być zgodne z wyznaczonymi standardami postępowania, ale jednocześnie kreatywne i otwarte na nieprzewidziane sytuacje. Dzięki tej postawie pielęgniarka, która wychodzi poza szpitalną przestrzeń powtarzalnych czynności, jest w stanie dostosować swoje działania do sytuacji niestandardowych.

Chrzanowska świadczyła pomoc stosowną do koncepcji traktowania osoby, która zakłada jej niezbywalną godność. Niezależnie od stanu zdrowia, wyglądu i rokowań, chory człowiek pozostawał dla niej osobą, której należy się szacunek. Opierając swoje przekonania na chrześcijańskiej koncepcji osoby, domagała się poszanowania szerokiego zakresu potrzeb chorego, obejmujących obok potrzeb cielesnych także potrzeby psychiczne czy duchowe. Jej celem było integralne spojrzenie na człowieka oraz zapewnienie mu adekwatnej opieki, pozbawionej znamion redukcjonizmu.¹¹

Zespołowy charakter opieki

W dążeniu Chrzanowskiej do rozwinięcia idei pomocy nieuleczalnie chorym przebywającym w domach można dostrzec wyraźne ukierunkowanie na zbudowanie zespołu świadczącego pomoc. Aby zrealizować to zamierzenie, niezbędna jest współpraca pielęgniarek między sobą, a także z osobami przeszkolonymi do opieki nad chorym człowiekiem. Chrzanowska miała świadomość, że próba zaspokojenia szerokiego zakresu potrzeb chorego człowieka wymaga podjęcia działań, które wykraczają poza kompetencje pielęgniarki. Starła się zatem przede wszystkim, by każda pielęgniarka współpracowała z lekarzem. Chrzanowska podkreślała wagę tej współpracy, gdyż podporządkowanie się decyzjom lekarza oraz zachowanie lojalności jest wymaganiem, które zapobiega nadużyciom oraz buduje poczucie zaufania.¹⁴

Błogosławiona pielęgniarka zwracała uwagę na konieczność włączenia do współpracy również sektora wsparcia społecznego. W tym celu niezbędna jest znajomość struktur tej formy wsparcia oraz umiejętność wykorzystania jego zasobów. Chrzanowska pragnęła, aby w pomoc chorym włączyły się organizacje pozarządowe i Kościół. Autorka *Zagadnień etycznych* sugeruje, że zadaniem pielęgniarki jest inicjowanie i organizowanie działań, w które są włączane również osoby pracujące wolontaryjnie, zwłaszcza kobiety, młodzież, studenci. Jeśli pomoc jest świadczona umiejętnie, osoby jej udzielające także czerpią z niej korzyści: „Chociaż celem bezpośrednich działań pielęgniarki jest dobro chorego, powinna też mieć na względzie dobro samego aktywu, tj. jego członków. Specjalnie ważne są grupy młodzieży, dla których zetknięcie się z chorymi i potrzebującymi może mieć wpływ niezmier-

nie dodatni, jeśli jest prowadzona ta akcja ze znajomością ich psychiki i możliwości”.¹⁴ Poczucie odpowiedzialności za osoby niewykwalifikowane jest szczególnie istotne.

Osobą, która może wzmocnić działania zespołu, jest duchowny. Zaproszenie go do domu chorego wymaga niekiedy pokonania oporów i lęku. Chrzanowska zalecała zachowanie pełnej delikatności w tym względzie, gdyż miała świadomość, że wizyta duchownego może być dla chorego trudna. Zamiast nakłaniania chorego do spowiedzi i przyjęcia sakramentu chorych, proponowała czujność i rozmowę, która pozwala rozładować napięcie wewnętrzne i dodaje otuchy. Delikatność i wyczucie sprawiają, że „na propozycję sprowadzenia księdza i przyjęcia sakramentów św. – jakże często godzą się z ochotą i radością ci, których rzekomo miało to przestraszyć”.¹⁴ Warto podkreślić, że Chrzanowska wprowadziła w świat osób cierpiących ks. Karola Wojtyłę, który w 1960 r., już jako biskup krakowski, razem z nią odwiedził w Wielkim Poście 35 chorych. Później stało się to corocznym rytuałem wielkopostnym oraz stałym punktem podczas wizytacji parafii.¹⁷

Pokonywanie barier

Począwszy od pierwszej połowy lat 60. ubiegłego wieku Chrzanowska organizowała wyjazdy rekolekcyjne dla chorych. Był to wyraz jej troski o duchowy i religijny rozwój cierpiących osób, które na co dzień nie miały okazji korzystać z sakramentów. Wyjazdy te miały również znaczenie integracyjne, ponieważ zdrowi opiekunowie mieli okazję do zetknięcia się z ludźmi chorymi oraz pomagania im. Kontakt ten miał szczególne znaczenie rozwojowe dla pomagających, a dla niepełnosprawnych był niezwykle okazją do nawiązania nowych relacji i wzmacniania więzi. Budował w nich także poczucie własnej godności i przywracał wiarę w innych, na co wskazuje wypowiedź jednej z uczestniczek rekolekcji: „W 68’ roku znalazł mnie prawdziwy Człowiek, tj. śp. p. Chrzanowska, a później inni, jej podobni. Oni sprawili, że przestałam się czuć przedmiotem niepotrzebnym nikomu. Zaczęłam wierzyć, że jestem człowiekiem – z dużym defektem, co prawda, ale jednak człowiekiem. A także uwierzyłam, że istnieją jeszcze prawdziwi ludzie”.¹⁸

Dla wielu chorych udział w rekolekcjach był jedyną możliwością wyjazdu z domu, w którym przebywali niekiedy wiele lat.¹⁹ Nie dziwi więc, że na propozycję wyjazdu chory reagowali z niedowierzaniem. Jednak pełne zaangażowanie ze strony organizatorów i podopiecznych powodowało, że wszelkie bariery architektoniczne, psychologiczne i społeczne zostały przełamane.

Podsumowanie

Analiza działalności pielęgniarskiej, pisarskiej i organizatorskiej Chrzanowskiej pozwala zauważyć, że wy-

pracowana przez nią metodyka działań pomocowych ma realne przełożenie na współczesny model opieki nad nieuleczalnie chorym człowiekiem. Choć Chrzanowska nie posługiwała się wszystkimi pojęciami i metodami, których używa się w dzisiejszej opiece hospicyjnej, ukazała znaczenie podstawowych prawd i założeń. Zachowując profesjonalny charakter pracy pielęgniarki, pozostała otwarta na nowości i dostrzegała potrzebę nieustannego rozwoju. Wcielając w życie przyjęte idee, inspirowała innych do zaangażowania się w pomoc drugiemu człowiekowi. Słusznie więc nazywa się ją prekursorką domowej opieki hospicyjnej, co nie oznacza, że można jej przypisać całokształt tworzenia tej opieki. Działalność Chrzanowskiej wpisuje się w nurt działań podejmowanych przez inne osoby zaangażowane na rzecz pomocy cierpiącym. Stanowi cenne źródło inspiracji do świadczenia pomocy drugiemu człowiekowi, poparte osobistym przykładem. Warto tutaj wymienić współczesne pielęgniarstwo środowiskowe czy działalność hospicjów domowych. Szczególnym śladem jej działalności są obozy dla osób niepełnosprawnych i rekolekcje dla pielęgniarek, organizowane również obecnie. Jej postać na tyle wyraźnie utrwaliła się w świadomości kolejnych pokoleń, że powstało wiele placówek o charakterze opiekuńczym i organizacji pozarządowych noszących jej imię.

Nie przypadkiem przedstawienie życia i działalności Chrzanowskiej rozpoczęto od przypomnienia postaci Saunders. Choć nie ma dowodów na to, że obie kobiety kiedykolwiek się spotkały, realizowane przez nie idee są sobie bardzo bliskie. W jednym ze swoich kluczowych tekstów Chrzanowska podkreśliła tę jedność, konkludując wskazówki skierowane do pielęgniarek: „Uspokajające działanie troski o chorego, łagodzenie bólu, szczerza rozmowa, taktowne i mądre przybliżenie choremu świadomości odejścia i pogodzenie się z tym – to również założenia, które stały u początków Hospicjum św. Krzysztofa – domu dla nieuleczalnie chorych i umierających w Anglii”.¹⁴ Nawiązanie to oznacza, iż Chrzanowska miała świadomość, że prowadzone przez nią dzieła są równie potrzebne choremu w ubogiej Polsce, jak i osobom umierającym w znacznie lepszych warunkach ekonomicznych. Zaznaczone różnice nie dotyczą bowiem istoty życia ludzkiego, jego wartości i sensu. Pomoc choremu człowiekowi stała się celem jej życia, choć wymagało to od niej wiele wysiłku. Przyjęcie roli prekursora oznaczało konieczność wykazania się kreatywnością, odpornością, hartem ducha, nadzieją, a nade wszystko miłością do ludzi chorych. Te cechy dobrze charakteryzują Chrzanowską i są wskazówką dla wszystkich, którzy angażują się w pomoc cierpiącemu człowiekowi.

ORCID iD

Grzegorz Godawa <https://orcid.org/0000-0002-2283-3965>

Piśmiennictwo

1. Kurczewska U, Jasińska M, Orszulak-Michalak D. Opieka paliatywna w Polsce – wybrane zagadnienia. Część I. Założenia, organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej. *Farm Pol.* 2010;66(2):93–100. <http://ptfarm.pl/pub/File/Farmacja%20Polska/2010/02-2010/04%20%20Opieka%20paliatywna.pdf>. Dostęp 14.06.2019.
2. Travers E, Mitchell D. Zagadnienia strategiczne i ogólne w opiece paliatywnej. W: Kinghorn S, Gaines S, red. Walden-Gałuszko K de, Gaworska-Krzemińska A, red. wyd. pol. Trelewicz-Sosnowska J, Wenecka B, tłum. *Opieka paliatywna*. Wrocław, Polska: Elsevier Urban & Partner; 2012:1–8.
3. Kaptacz I. Znaczenie badań opartych na dowodach naukowych w leczeniu objawowym w opiece paliatywnej z uwzględnieniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP. W: Krzyżanowski DM, Payne M, Fal AM, red. *Ból i cierpienie – ujęcie interdyscyplinarne. Życie godnie do końca*. T 3. Wrocław, Polska: Presscom; 2013:21–28.
4. Kowalik G. Idea opieki paliatywno-hospicyjnej – rys historyczny. *Stud Med.* 2013; 29(2):188–194. doi:10.5114/ms.2013.36892
5. Górecki M. Geneza i rozwój opieki hospicyjnej – paliatywnej. W: Górecki M, red. *Prawda umierania i tajemnica śmierci*. Warszawa, Polska: Żak; 2010:226–257.
6. Boulay S du, Rankin M. Sumera I, tłum. *Okno nadziei. Cicely Saunders – założycielka ruchu hospicyjnego*. Kraków, Polska: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak; 2009.
7. Szot L. Powstanie i rozwój ruchu hospicyjnego. *Studia Warmińskie*. 2009;46:221–236. http://bazhum.muzhp.pl/media/files/Studia_Warmińskie/Studia_Warmińskie-r2009-t46/Studia_Warmińskie-r2009-t46-s221-236/Studia_Warmińskie-r2009-t46-s221-236.pdf. Dostęp 14.06.2019.
8. Klich AE. Służyć Chrystusowi wprost – Sługa Boża Hanna Chrzanowska. *Sosnowieckie Studia Teologiczne*. 2016/2017;13:253–265. https://www.osu.pl/uploadfiles/materialy/sluzyc_chrystusowi_hanna_chrzanowska_klich.pdf. Dostęp 14.06.2019.
9. Miller E, Jantos P. Błogosławiona Hanna Chrzanowska. Życiorys. <https://hannachrzanowska.pl/sample-page/>. Dostęp 17.09.2018.
10. Łukasz-Paluch K, Franek GA. Rodowód czasopisma „Pielęgniarka Polska” – życie i działalność redaktor naczelnej. *Probl Pielęg.* 2007; 15(2–3):86–90. <https://www.termedia.pl/Rodowod-czasopisma,134,35332,0,0.html>. Dostęp 14.06.2019.
11. Kubik K. *Hanna Chrzanowska. Błogosławiona pielęgniarka*. Kraków, Polska: SPES; 2018.
12. Chrzanowska H, Skobyłko K. *Pielęgniarstwo w otwartej opiece zdrowotnej*. Warszawa, Polska: PZWL; 1975.
13. Chrzanowska H. Pamiętnik. W: Chrzanowska H, Rumun A, Florkowska M, oprac. *Pamiętniki, listy, notatki*. Kraków, Polska: Wydawnictwo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych im. Hanny Chrzanowskiej; 2018:17–158.
14. Chrzanowska H. Zagadnienia etyczne w pielęgniarstwie domowym. W: Chrzanowska H. *Pamiętniki, listy, notatki*. Rumun A, Florkowska M, oprac. Kraków, Polska: Wydawnictwo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych im. Hanny Chrzanowskiej; 2018:159–222.
15. Zuchniewicz P. *Siostra naszego Boga. Niezwykła historia Hanny Chrzanowskiej*. Kraków, Polska: Znak; 2017.
16. Chrzanowska H. Pacjenci domowi. *Tygodnik Powszechny*; 21.01.1976;5.
17. Rumun A. Hanna Chrzanowska. W: Bejze B, red. *Chrześcijaństwo*. T 3. Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej; 1978:346–438.
18. Chorzy o Hannie Chrzanowskiej (w dziesiątą rocznicę śmierci). *Tygodnik Powszechny*. 1983;20:8.
19. Wadas T. Hanna Chrzanowska (1902–1973) wybitna pielęgniarka, nauczycielka i opiekunka chorych. *Małopolskie Pielęgniarki i Położne*. 2018;30:6–8. http://www.moipip.org.pl/media/doc/mpip/mpip_nr_30.pdf. Dostęp 14.06.2019.