



## SZANOWNI PAŃSTWO!

Z wielkimi nadziejami i ogromnym optymizmem wkroczyliśmy w kolejny 2015 Rok.

Rok 2015 będzie wyjątkowym w naszej ponad 20-letniej działalności. Wierzymy, że za kilka miesięcy otrzymamy zezwolenie na budowę Hospicjum w Lubojence. Obecnie stoimy przed wyborem najlepszego projektu, który zaspokoi potrzeby pacjentów i zapewni najwyższą jakość życia w chorobie i w starości.

A tymczasem w pierwszym numerze w tym roku chcemy mówić o leczeniu bólu, o jego różnych przejawach i nowoczesnych metodach niesienia ulgi w cierpieniu. Chcemy pokazać niezwykle, niecodzienne świadectwa walki o życie. Porozmawiamy o tym, dlaczego warto przekazać 1 procent naszego podatku lokalnym organizacjom pozarządowym.

Przypomnijmy również, że wiosną zaczyna się drugi etap kampanii „Pola nadziei” i wraz z nim kolejne wydarzenia i akcje związane z promowaniem idei opieki paliatywnej/hospicyjnej.

A na nadchodzące święta wielkanocne pragniemy złożyć Państwu serdeczne życzenia zdrowia, pogody ducha i nadziei, jaką daje zmartwychwstały Jezus. Życzę również, by hasło z naszego kalendarza na 2015 rok „Hospicjum sztuką życia” przyświecało chorym, ich rodzinom, opiekunom, wolontariuszom i pracownikom.

*Anna Kaptacz*  
Prezes Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej  
Ziemi Częstochowskiej

## Jak ja się czuję

*Kiedy ktoś zapyta, jak ja się dziś czuję,  
Grzecznie mu odpowiadam, że „dobrze, dziękuję”.  
To, że mam artretyzm, to jeszcze nie wszystko,  
Astma, serce mi dokucza i mówię z zadyszką,  
Puls słaby, krew w cholesterol bogata...  
Lecz dobrze się czuję, jak na moje lata.*

*Bez laseczki chodzić teraz już nie mogę,  
Choć zawsze wybieram najłatwiejszą drogę.  
W nocy przez bezsenność bardzo się morduję,  
Ale przyjdzie rano... i znów dobrze się czuję.  
Mam zawroty głowy, pamięć „figle” płata  
Lecz dobrze się czuję, jak na swoje lata.*

*Z wierszyka mojego ten sens się wywodzi,  
Że kiedy starość i niemoc nareszcie przychodzi,  
To lepiej się zgodzić ze strzykaniem kości  
I nie opowiadać o swojej starości.  
Zaciskając zęby z tym losem się pogódź  
I wszystkich dookoła chorobami nie nudź!*

*Powiadają, że starość okresem jest złotym,  
I kiedy spać się kładę, zawsze myślę o tym...  
„Uszy” mam w pudełku, „zęby” w wodzie studzę,  
„oczy” na stoliku zanim się obudzę...  
Jeszcze przed zaśnięciem ta myśl mnie nurtuje:  
„Czy to wszystkie są części, które się wyjmuje?”*

*Za czasów młodości (mówię bez przesady)  
Łatwe były biegi, skłony i przysiady.  
W średnim wieku jeszcze tyle sił mi pozostało,  
Żeby bez zmęczenia przetańczyć noc całą...  
A teraz na starość czasy się zmieniły,  
Spacerkiem do sklepu, z powrotem bez siły...*

*Dobra rada dla tych, którzy się starzeją  
Niech zacisną zęby i z życia się śmieją.  
Niech wstaną rano, „części” pozbierają,  
Niech rubrykę zgonów w prasie przeczytają,  
Jeśli ich nazwiska tam nie figurują,  
To znaczy, że są ZDROWI I DOBRZE SIĘ CZUJĄ*

Józefa Jucha



# „EDUKACJA ZDROWOTNA W ZAKRESIE PROFILAKTYKI SCHORZEŃ ONKOLOGICZNYCH” „LECZENIE BÓLU PRZEWLEKŁEGO” „DZIEŃ WOLONTARIUSZA”

5 Grudnia 2014 r

5 grudnia 2014 r. w sali sesyjnej Urzędu Miasta Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej zorganizowało **Konferencję pt. „Informacja i edukacja zdrowotna” w ramach zadania „Edukacja zdrowotna w zakresie profilaktyki schorzeń onkologicznych”** współfinansowaną przez Urząd Miasta Częstochowa. Konferencję otworzyła prezes Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej **mgr Anna Kaptacz**. Następnie głos zabrała naczelnik Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta **mgr Grażyna Stramska-Świerczyńska** w imieniu Pana Prezydenta Częstochowy i własnym przywitała uczestników życząc owocnych obrad, zdobycia wiedzy, wymiany doświadczeń w zakresie poszarzenia pakietu opieki dla mieszkańców miasta. Pierwszym zagadnieniem omówionym podczas Konferencji przez **mgr Annę Kaptacz** było przedstawienie nefarmakologicznych metod postępowania przeciwbólowego, które mogą ułatwić życie pacjentom z bólem przewlekłym. **Mgr fizjoterapii Przemysław Miodek** przedstawił zagadnienia związane ze zdrowym trybem życia, głównie aktywnością fizyczną, której obecnemu pokoleniu znacząco brakuje:

*Żyjemy w czasach, w których nasz tryb życia jest daleki od właściwego. Częsty stres i nieregularne posiłki, wzrost spożycia tłuszczu oraz soli, spożywanie małych ilości błonnika, a w szczególności mniejsza aktywność fizyczna są przyczyną wielu dolegliwości i schorzeń. Dlatego właśnie tak ważny jest ruch w naszym życiu. Dane naukowe wskazują, że wysiłek fizyczny może zmniejszyć ryzyko szeregu nowotworów, takich jak rak piersi, jelita grubego, gruczołu krokowego i trzonu macicy. Wystarczy trzymać się zasady, by 5 razy w tygodniu lub częściej uprawiać wysiłek fizyczny o umiarkowanej lub dużej intensywności przez minimum 30 minut, (dążąc do 45-60 minut) aby zmniejszyć ryzyko zachorowania na nowotwór.*

Kolejnym punktem spotkania było wystąpienie koordynatora Hospicjum **mgr psychologii Agnieszki Banaszkiewicz**. Przybliżyła ona założenia i formy realizowanego wolontariatu w Stowarzyszeniu Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej.

Wolontariat hospicyjny jest jak wspinaczka wysokogórska, trzeba się do niej bardzo dobrze przygotować, dlatego też w naszym Stowarzyszeniu bardzo duży nacisk kładziemy na szkolenie i odpowiedni dobór zadań dla każdego potencjalnego wolontariusza. Bez wolontariuszy działalność hospicjum nie byłaby pełna. Dlatego zapraszamy wszystkich, którzy czują

w sobie chęć niesienia pomocy, zarówno bezpośrednio pomagając chorym, jak również uczestnicząc w różnego rodzaju akcjach promocyjnych i charytatywnych mających na celu szerzenie idei hospicyjnej i pomoc naszym podopiecznym.

Na zakończenie pierwszej części spotkania z okazji **Międzynarodowego Dnia Wolontariusza** wręczono podziękowania i nagrody dla wolontariuszy Stowarzyszenia „Hospicjum” za zaangażowanie w wolontariat akcyjny i wolontariat medyczny, realizowany dla pacjentów objętych opieką paliatywną. Wszyscy nasi wolontariusze są wspaniałymi ludźmi i jesteśmy im wdzięczni za tą pełną zaangażowania i bezinteresowną pomoc. Jak co roku staramy się podziękować wszystkim i wyróżnić szczególnie tych **najbardziej aktywnych w 2014 roku**, byli to:

*Wolontariusze pomagający pacjentom przebywającym na oddziale stacjonarnym:*

**Emilia Gała, Krzysztof Musiański.**

*Grupa wolontariuszy akcyjnych wspierająca nas w naszych działaniach:*

**Kinga Godosz  
Katarzyna Kasprzyk  
Ewa Mielczarek  
Małgorzata Różyńska  
Klaudia Szukała**

*i osoba która na co dzień pracuje w hospicjum jako pielęgniarka a wolontaryjnie dba o to by uchwycić w obiektywie aparatu każdą ważną dla nas chwilę **Aneta Moćko.***

Po przerwie odbyła się druga część konferencji poświęcona najnowszym doniesieniom w aspekcie całościowemu podejścia w **leczeniu bólu przewlekłego u pacjentów z chorobą nowotworową**. Sesję rozpoczął lek. med. Artur Pakosz z Hospicjum Miłosierdzia Bożego w Gliwicach prezentując klasyfikacje bólu, mechanizmy powstawania różnych rodzajów bólu, zagadnienia rozpoznawania bólu przewlekłego, kwalifikację do farmakoterapii oraz współczesne zasady leczenia bólu przewlekłego. Obszerną charakterystykę oraz metody leczenia różnych rodzajów bólu, szczególnie bólu neuropatycznym oraz bólu przebijającego, omówił dr n. med. Marcin Janecki z Zakładu Medycyny i Opieki Paliatywnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Wystąpienie konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej w woj. śląskim i opolskim dr n. med. Jadwigi Pyszkowskiej zawierało podsumowanie tematu leczenia



*Święty Mikołaj  
w domach pacjentów Hospicjum  
Domowego dla Dzieci.*

Zespół **HOSPICJUM DOMOWEGO DLA DZIECI** świadczy domową opiekę paliatywną dla nieuleczalnie chorych dzieci i młodzieży w terminalnym okresie choroby, cierpiących głównie na choroby nowotworowe, mózgowo-porażenia dziecięce, zespoły wad wrodzonych, wady genetyczne, uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

Liczba chorych dzieci, objętych opieką przez Hospicjum Domowego dla Dzieci stale wzrasta: w 2001 roku sprawowaliśmy opiekę nad 7 dziećmi, w 2002 – zarejestrowanych było 6 dzieci, w 2003 – 12, w 2004 – 11, w 2005 – 21, w 2006 – 24, w 2007 – 32, w 2008 – 27, w 2009 – 32, w 2010 – 44, w 2011 – 52, w 2012 – 54, w 2013 – 62, a już w 2014 roku – objęliśmy opieką 68 dzieci.



*Święty Mikołaj w Stowarzyszeniu.*

bólu oraz aktualne wytyczne dotyczące wystawiania recept Rpw w leczeniu bólu przewlekłego u pacjenta z chorobą nowotworową.

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej dysponuje szczegółowymi informacjami na temat poruszanych zagadnień. Osoby, które z różnych powodów nie uczestniczyły w konferencji, mogą zgłosić się do siedziby Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej przy ul. Krakowskiej 45 a.

## MIKOŁAJKOWE PREZENTY

**5 Grudnia 2014 r**

Choć w tym roku śniegu było mało, sanie Mikołaja hospicyjnego i tak dotarły do wszystkich dzieci objętych opieką, ich rodzeństwa oraz dzieci osieroconych. W tym roku z mikołajkowymi paczkami dotarliśmy do 88 dzieci. Uśmiech i radość zagościły w każdym domu! Święty Mikołaj przyjeżdża również do dzieci pracowników naszego Stowarzyszenia.



*Święty Mikołaj  
w domach pacjentów Hospicjum Domowego dla Dzieci.*

## MIKOŁAJKOWA ZUMBA

**14 Grudnia 2014 r.**

W Hali Sportowej przy ul. Żużlowej 4 odbył się maraton: Mikołajkowe Szaleństwo Zumbowe, który poprowadzili instruktorzy z ZUMBA Częstochowa Team & Rafał Rafi Pośpiech. Impreza wsparła małych pacjentów Hospicjum Domowego. W imieniu dzieciaków dziękujemy organizatorom i wszystkim zumbowiczom za super zabawę i wsparcie!!!





## WIGILIA

**07 Grudnia 2014 r.**

Liczny, ponad stuosobowy zespół pracowników Stowarzyszenia Hospicjum spotkał się z gośćmi -przedstawicielami władz Urzędu Miasta Częstochowy, Starostwa Powiatowego, współpracownikami i wolontariuszami na uroczystym spotkaniu noworoczno-opłatkowym w „Złoty Arkadach”. W atmosferze jak w domu, z opłatkiem i kolędami,



a także noworocznymi życzeniami i podziękowaniami zainaugurowano nowy 2015 rok. To był kolejny, udany rok dla Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, podjęto szereg ważnych inicjatyw dla poprawy jakości opieki nad pacjentami chorującymi na przewlekłe, postępujące choroby niepoddające się leczeniu.

**18 Grudnia 2014 r.**

Radość, przyjaźń, dobre słowo zagościły przy wspólnym stole w dziennym oddziale opieki paliatywnej Stowarzyszenia Hospicjum. To coroczne, ważne wydarzenie dla wszystkich, szczególnie dla pacjentów. Składano życzenia świąteczne i łamano się opłatkiem. Błogosławieństwa pacjentom i pracownikom udzielił ks. Arcybiskup Metropolita częstochowski dr Wacław Depo.



## ZAKOŃCZENIE ROKU

**31 Grudnia 2014**

Pożegnanie starego 2014 roku - przy wspólnym stole pacjenci i personel w stacjonarnym oddziale opieki paliatywnej Stowarzyszenia Hospicjum.



## XIX KONFERENCJA NAUKOWO – SZKOLENIOWA OPIEKI PALIATYWNEJ I ZESPOŁÓW HOSPICYJNYCH

**22-24 Stycznia 2015 r**

Po raz dziewiętnasty mieliśmy przyjemność zorganizować **Konferencję Naukowo – Szkoleniową Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych**, podczas której spotkali się ludzie z całej Polski, którym bliska jest idea opieki hospicyjnej i na co dzień świadczą opiekę paliatywną oraz hospicyjną. Konferencja odbyła się w dniach **22-24 stycznia 2015 r.** w Częstochowie na Jasnej Górze.

*Tematem przewodnim konferencji była:  
„Rodzina – pocieszenie dla chorego czy powód do żmartwień”.*

Podczas rozważań nad aspektami obaw i trosk rodzin, szukając blasków i cieni w codzienności funkcjonowania pacjenta nieuleczalnie chorego i jego rodziny, znaleźliśmy istotne aspekty do zrozumienia problemów w rodzinie chorego oraz potrzebę otaczania wsparciem i profesjonalną opieką.

Patronat Honorowy nad Konferencją objęli:

1. Arcybiskup Metropolita Częstochowski ks. dr Wacław Depo
2. Starosta Powiatu Częstochowskiego Andrzej Kwapisz
3. Prezydent Miasta Częstochowy Krzysztof Matyjaszczyk
4. Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk
5. Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej dr n. med. Maciej Hamankiewicz

6. Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta

Swoja obecnością zaszczytili nas dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia **dr Beata Cholewka**, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych **mgr Teresa Kuziara**, prezes Forum Hospicjów Polskich **dr Jolanta Stokłosa**, wiceprzewodniczący Rady Miasta Częstochowy **Artur Gawroński**, przewodniczący Śląskiej Izby Lekarskiej **dr n. med. Jacek Kozakiewicz**, sekretarz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie **mgr Barbara Płaza**. Podczas konferencji referaty wygłosili i warsztaty poprowadzili eksperci i praktycy zaangażowani w ruch hospicyjny oraz opiece paliatywnej. W konferencji wzięło udział 250 uczestników i niemal 40 prelegentów. Poruszana tematyka dotyczyła aspektów medycznych bólu i innych objawów towarzyszących chorobie, aspektów socjalnych, bioetycznych, psychologicznych i duchowych chorzy i ich rodzin, dziecka w rodzinie z chorobą, form pomocy i wsparcia oraz komunikacji interpersonalnej. ▶

**Wykład inauguracyjny** na temat Kat w domu, – czyli o molestowaniu moralnym w rodzinie wygłosiła **prof. dr hab. n. med. Jadwiga Joško – Ochojska**, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

**Wykład programowy** na temat Proces osierocenia: przebieg – możliwości pomocy wygłosiła **prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden – Gałuszko**, prezes Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej z Gdańska.

Podczas konferencji prelegenci wygłosili referaty o następującej tematyce:

**Dr n. o zdr. Beata Cholewka** - Nowe uprawnienia dla pielęgniarek i położnych, **mgr Teresa Kuziara** - Pielęgniarka w relacji pacjent-rodzina, **dr n. med. Jadwiga Pyszkowska** - Dylematy w komunikacji werbalnej z rodziną chorego objętego specjalistyczną opieką paliatywną, **dr hab. n. med. Zbigniew Bohdan** - O przebaczeniu, **ks. dr hab. Antoni Bartoszek** - Znaczenie duchowego potencjału małżeństwa i rodziny w opiece nad osobą u kresu życia, **ks. dr Tomasz Knop** - Święty Jan Paweł II – Patron rodzin, **mgr Krystyna Kochan** - Budowanie relacji z bliskimi chorego w kontekście zgody na objęcie opieką i prawa do uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta, **dr n. med. Aleksandra Ciałkowska – Rysz** - Podstawowe zasady farmakoterapii bólu u chorych na nowotwory – wykorzystanie zaleceń w praktyce, **dr n. med. Marcin Janecki** - Bóle przebijające, **mgr Marta Gawlik** - Komunikacja zespołu terapeutycznego z pacjentem podstawą dobrego leczenia bólu nowotworowego, **dr n. med. Mariola Kosowicz** - Wybrane aspekty komunikacji w relacji z pacjentem i lekarzem, **mgr Alina Juraszek-Basa** - Rola pielęgniarki w leczeniu bólu nowotworowego, **dr hab. n. med. Wojciech Leppert** - Badanie rodzin i opiekunów pacjentów w ramach Międzynarodowego Projektu Zintegrowanej Oceny Technologii Zdrowotnych w opiece paliatywnej (Integrate – HTA), **dr n. med. Marcin Janecki** - Najczęstsze zaburzenia ze strony układu moczowo-płciowego – brzemie pacjenta i jego rodziny, **dr Jarosław Woron** - Przyczyny niepowodzeń w farmakoterapii bólu u chorego na nowotwór – czy możemy im zapobiegać, **dr n. o zdr. Agata Panas** - Rola opieki paliatywnej w onkologii dziecięcej, **mgr Iwona Wojnowska-Rudnik** - Pacjent - rodzina - zespół hospicyjny, **mgr Marta Gawlik** - Rodzina pacjenta - członkiem zespołu terapeutycznego. Jakość życia opiekunów domowych pacjentów chorych onkologicznie

w Domowej Opiece Paliatywnej, **mgr Piotr Deszcz** - Rozwiązania w opiece nad pacjentem leżącym, **mec. Krzysztof Socha** - Prawo spadkowe, **mgr Bogusława Achimowicz** - Leki i pożywienie – interakcje, **mgr Marta Leszczyńska-Szypuła** - Rola interwencji żywieniowej w opiece nad pacjentem onkologicznym.

**Podczas konferencji uczestnicy wzięli udział w warsztatach na temat: Lęk w kontekście procesów poznawczych. Pomoc pacjentowi w zakresie planowania działania, Trudne przypadki czy trudności moje, Dziecko pacjenta u kresu życia – źródło nadziei czy powód do lęku, Sytuacje trudne, sporne, konfliktowe w relacjach pielęgniarka – bliscy chorego, możliwości zapobiegawcze, sposoby rozwiązania – analiza przypadku, Lęk, strach czy przyjaźń?, Odpady medyczne – obowiązki związane z wytwarzaniem odpadów medycznych w podmiocie leczniczym.**

Pielęgniarki zrzeszone w **Polskim Towarzystwie Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej** w czwartek 22.01.2015 r. spotkały się na corocznym IX Walnym Zebraniu Sprawozdawczym Członków PTPOP, podczas którego przyjęto sprawozdania roczne i podjęto stosowne uchwały.

W sobotę 24 stycznia 2015 r. w Kaplicy Cudownego Obrazu Matki Boskiej Częstochowskiej lekarze, pielęgniarki, psychologowie, rehabilitanci, pracownicy socjalni, kapelanie i wolontariusze uczestniczyli w **Pielgrzymce Hospicjów Polskich**. Mszę Świętą celebrował i słowo do uczestników skierował **Arcybiskup dr Wacław Depo Metropolita Częstochowski**.

Mamy nadzieję, że atmosfera konferencji sprzyjała nawiązywaniu nowych kontaktów, a bliskość Matki Boskiej Częstochowskiej napełniła nowymi siłami duchowymi i wzmocniła naszą motywację do dalszej realizacji idei hospicyjnej.

W imieniu organizatorów konferencji pragniemy serdecznie podziękować wszystkim prelegentom, przybyłym gościom i uczestnikom za osobisty udział oraz merytoryczny wkład w tworzenie niezwyklego charakteru konferencji.



**mgr Izabela Kaptacz**

*Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego,  
Konsultant Krajowy w dziedzinie  
pielęgniarstwa opieki paliatywnej*





# VII BAL WALENTYNKOWY

14 Luty 2015 r

Zabawa aż do białego rana, jedyna w swoim rodzaju artystyczna aukcja, moc nagród i niespodzianek – to wszystko czekało na gości VII Charytatywnego Balu organizowanego przez Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, który odbył się w Walentynki 2015 roku w Restauracji Astoria.



Na gości, którzy tej nocy tłumnie stawili się w restauracji Astoria, czekało wiele atrakcji. Podczas imprezy zagrał kwartet smyczkowy, wystąpiła również znana z telewizyjnego talent show „The Voice of Poland” – Magda Meisel z zespołem Sound Machine. Tradycyjnie podczas balu walentynkowego odbyła się artystyczna aukcja, którą poprowadził doskonale znany częstochowianom dyrektor Teatru im. Adama Mickiewicza Robert Dorosławski. Nie zabrakło emocji i nieoczekiwanych zwrotów akcji, a wszystkie przedmioty rozeszły się niemal w okamgnieniu. Pod młotek trafiły między innymi koszulka Bayernu Monachium z autografem Roberta Lewandowskiego, piłka z podpisem Mistrza Świata w siatkówce Michała Winiarskiego, koszulka z podpisem Marcina Gortata oraz rękawice bokserskie Andrzeja Gołoty. Wylicytowano również prace przekazane hospicjum



przez znanych częstochowskich artystów plastyków: Tomasza Sętowskiego, Jacka Pałuchę, Sabinę Lonty, Izabelę Kitę, Jacka Łydzbę, Małgorzatę Stępniańską, Tomka Lubaszkę i Krystynę Szwajkowską. Jedną z największych atrakcji balu była modna FOTOBUDKA, czyli profesjonalny automat do samodzielnego robienia zdjęć. Organizatorzy nie zapomnieli o nagrodach dla uczestników, otrzymali oni między innymi płytę z autografem Janusza Yaniny-Iwańskiego, krążek Shambou plus Muniek z autografami, zegarek DKNY ufundowany przez salon „Rybicy”, okulary marki Prada ufundowane przez OPTIMAX Fenig, I-PAD ufundowany przez firmę WEBTA, masaże Spa ufundowane przez Przemysława Miodka, zabiegi kosmetyczne w A – derm serwis oraz wiele innych. Dochód z imprezy zostanie przeznaczony na cele charytatywne. Zebrane środki trafią do jednego w naszym regionie Domowego



Hospicjum dla Dzieci przy ul. Krakowskiej 45 a, które swoją opieką obejmuje 57 małych pacjentów cierpiących na nowotwory oraz inne nieuleczalne choroby, a pochodzących z rejonu Częstochowy i okolic.



## STATUETKA STAROSTY CZĘSTOCHOWSKIEGO

21 Luty 2015 r

21 lutego 2015 roku w Filharmonii Częstochowskiej odbyła się uroczystość wręczenia Statuetek Starosty Częstochowskiego za zasługi dla powiatu. Do nagrody nominowana była m.in. pielęgniarka **Aneta Długosz** pracująca od 18 lat w Stowarzyszeniu Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej przy ul. Krakowskiej 45a. Nominację otrzymała za



zasługi dla powiatu w kategorii „Zdrowie i pomoc społeczna”. Aneta Długosz rozpoczęła pracę w Stowarzyszeniu Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej jako pielęgniarka w 1997 roku. W 2001 roku podjęła również funkcję koordynatora zbiorów publicznych. Od 2004 roku decyzją Walnego Zebrania Członków Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej pełni funkcję Członka Zarządu. Jest Koordynatorem Poradni Opieki Paliatywnej, współorganizatorem konferencji hospicyjnych i innych kampanii prowadzonych w Stowarzyszeniu. Posiada niezwykłą siłę i wewnętrzną motywację do podejmowania coraz to nowych inicjatyw. Swoje obowiązki wykonuje z dużym oddaniem, nie licząc czasu poświęconego chorym. Gratulujemy!!!



# POMOC NA WAGĘ ZŁOTA

*Działają w różnych dziedzinach. Zapewniają wsparcie i fachową pomoc. Często nie mamy świadomości, jak wiele korzyści przynoszą mieszkańcom naszego miasta. Lokalne organizacje pożytku publicznego - to im możemy przekazać swój 1 procent podatku. W tym roku na liście Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej znalazły się aż 64 stowarzyszenia oraz 4 organizacje, które mają swoją siedzibę właśnie w Częstochowie. Wśród nich niezwykle misję od ponad dwudziestu lat wypełnia Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej.*

**Dlaczego tak ważne jest przekazywanie 1 procenta naszego podatku lokalnym organizacjom pozarządowym ?**

**Anna Kaptacz:** To jest bardzo ważne, bo pieniądze, które przekażą darczyńcy, zostaną w organizacjach pozarządowych działających tu, na miejscu, w Częstochowie i będą wykorzystane z myślą o mieszkańcach miasta.

**Ale mieszkańcy wciąż nie mają świadomości, że z tych pieniędzy będą mogli w przyszłości skorzystać, w rozmaity sposób... Często wolą oni przekazać środki fundacjom ogólnopolskim, niż przeznaczyć 1 procent na lokalne potrzeby.**

**Anna Kaptacz:** Niestety, tak wynika również ze sprawozdań finansowych z Urzędu Skarbowego. Wyraźnie widać, że tylko 30 procent wszystkich środków trafia do lokalnych organizacji pożytku publicznego w Częstochowie, a pozostałe 70 procent - do organizacji ogólnopolskich. W tym drugim przypadku nie wiemy, w jaki sposób zostaną spożytkowane. Mamy jednak pewność, że w bardzo niewielkim zakresie trafią tu do Częstochowy. Czasem jedno dziecko z hospicjum domowego otrzyma sprzęt rehabilitacyjny, ale są to przypadki sporadyczne. A my jako Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej zaopatrujemy nasze dzieci we wszystko, co jest potrzebne koncentratory tlenu, ssaki, nebulizatory, itp.

**W całej tej trudnej sytuacji Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej i tak zajmuje jedno z czołowych miejsc wśród lokalnych organizacji pożytku publicznego w Częstochowie w zakresie pozyskiwania środków z 1 procenta podatku. Po ponad 20-tu latach działalności na terenie miasta mieszkańcy zdążyli wam zaufać...**

**Anna Kaptacz:** Tak, ale mimo wszystko porównując naszą kwotę z 1 procenta do tych, które otrzymują inne hospicja, w podobnych do Częstochowy miastach, wypadamy słabo. Na przykład hospicjum w Pucku otrzymuje ponad milion złotych, my - 300 tysięcy, a to szalona różnica. Nie

wspominam już o hospicjach, które otrzymują po kilka milionów, tak jest w Krakowie, Poznaniu, Warszawie czy Wrocławiu.

**A jeśli otrzymujecie środki z 1 procenta, to na co je przeznaczacie?**

**Anna Kaptacz:** Każdego roku staramy się zasilać tzw. konto budowy hospicjum, które zostało założone na początku naszej działalności. Dzięki temu mogliśmy już między innymi wyremontować budynek przy ulicy Krakowskiej 45a, gdzie obecnie mieszczą się: stacjonarny 15-lóżkowy oddział, oddział dzienny, poradnia opieki paliatywnej, Akademia Walki z Rakiem i Ośrodek Szkoleniowy. Dzięki zgromadzonym środkom mogliśmy także z sukcesem starać się o pieniądze unijne, których nie udało się pozyskać, gdyby nie wkład własny.

**Na co w tym roku przeznaczycie środki z 1 procenta?**

**Anna Kaptacz:** Część środków zawsze przeznaczana jest na zakup sprzętu medycznego. Nigdy dość koncentratorów tlenowych, pulsoksymetrów, aparatów do mierzenia ciśnienia, neserów pielęgniarskich. Musimy spełniać wszystkie warunki, mieć dobry sprzęt i w odpowiedniej ilości. Poza tym średnio 25 tysięcy złotych miesięcznie dokładamy do utrzymania stacjonarnego oddziału paliatywnego a w całości finansujemy dzienny oddział opieki paliatywnej, bo opieka paliatywna, stacjonarna jest niestety bardzo niedofinansowana. Pozostała część środków z 1 procenta trafi na konto budowy hospicjum.

**Teraz przed Stowarzyszeniem Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej właśnie to wielkie wyzwanie – budowa hospicjum.**

**Anna Kaptacz:** Tak, chcemy do końca października tego roku otrzymać pozwolenie na budowę. Musimy przygotować projekt architektoniczny, uzyskać zgodę Państwowej Straży Pożarnej, Powiatowej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej i innych służb, które mają wpływ na zgodność naszych działań z przepisami. Czekamy na oferty przygotowywane przez architektów, marzy nam

► się piękny, nowoczesny budynek, na miarę XXI wieku.

**Dlaczego hospicja, zarówno to przy ulicy Krakowskiej, jak i to, które wkrótce powstanie w gminie Mykanów, są tak bardzo potrzebne naszemu miastu?**

**Anna Kaptacz:** Bo miesięcznie mamy pod opieką 500 pacjentów.

Z każdym rokiem ta liczba będzie wzrastać. Choroba nowotworowa zbiera żniwo i już dziś znajduje się w czołówce chorób cywilizacyjnych. My zapewniamy kompleksową pomoc pacjentom z rakiem. Leczymy ból i wszystkie inne objawy choroby nowotworowej. Gwarantujemy opiekę psychologiczną, rehabilitacyjną, fizjoterapeutyczną. Mamy pracownika socjalnego, który, jeśli jest taka potrzeba, dba o problemy społeczno-socjalne. Mamy także duszpasterzy, którzy zajmują się duchowymi potrzebami chorych. W praktyce oznacza to tyle, że 500 rodzin otrzymuje konkretną, profesjonalną i niezbędną pomoc. Bo trzeba dodać, że chorują nie tylko pacjenci, cierpią całe rodziny i bez naszej pomocy ich funkcjonowanie byłoby zagrożone. W sumie w ciągu jednego roku pod naszą opieką przebywa 1600 osób. Gdyby nie my tylu pacjentów pozostałoby bez wsparcia, pomocy medycznej i psychologicznej. Do tego trzeba wspomnieć o oddziale stacjonarnym, z wykwalifikowaną kadrą i fachową opieką. Ważny jest też oddział dzienny, niefinansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Każdy pacjent, zarówno z hospicjum domowego, jak i poradni czy Akademii Walki z Rakiem, może liczyć na rehabilitację. Ta pomoc jest niemal natychmiastowa, bo przy obrzęku limfatycznym nie można czekać. Często nasi pracownicy wykonują pracę wolontaryjnie, ale mają przy tym świadomość, że bez ich pomocy żaden pacjent, w tak krótkim czasie, nie mógłby liczyć na ulgę w cierpieniu w innym miejscu.

Hospicjum to jednak przede wszystkim życie i o to godne życie, do ostatnich chwil, będziemy walczyć każdego dnia.

**Dziękuję za rozmowę.**

**Anna Kaptacz: Dziękuję.**

## PAWEŁ STĘPNIEWICZ

Nie wiem, ile i jak dużo czasu mi zostało. Nie wiem, czy kawałek mojego życia może być ciekawy, ale mam nadzieję, że skłoni Cię do refleksji. Nie będę w tej opowieści główną postacią, raczej narratorem i opowiem o niechętnie poruszonym temacie - o umieraniu. Trafiłem do szpitala w stanie agonalnym. Lekarze nie dawali mi szans na przeżycie. Jako bezdomny, pozbawiony rodziny i jakiegokolwiek zainteresowania, byłem



kolejnym przyjętym na oddział kawałkiem czegoś, czym dla przyzwoitości trzeba się zająć. Najlepiej ilustrują ten stan słowa ordynatora: „To nie przytułek, nie mogę na pana patrzeć”. A jednak dostałem leki i kilka dziur na dreny. Na odchodne - prezent w postaci odleżyny wielkości dwóch męskich dłoni. Potem trafiłem do hospicjum. Wiadomość o przeniesieniu mnie właśnie tam była tylko potwierdzeniem opinii lekarzy o moim stanie - czas umierać. W końcu Hospicjum to umieralnia. Myślałem, jak większość ludzi, może Ty też. I rzeczywiście, odsetek umieralności jest tam bardzo wysoki, ale to z powodu chorób, a nie braku opieki. Odwrotnie, niż w szpitalu. Na sali było już dwóch mężczyzn. Pan X jeszcze we wrześniu jeździł rowerem po zakupy (91 lat!). Jego córka opowiedziała mi o operacji, jaką przeszedł w październiku i o tym, że zaraz po niej jego stan pogarszał się dosłownie z dnia na dzień. Odszedł trzymany za rękę przez córkę. Otoczony opieką najlepszą z możliwych. Każdy grymas bólu traktowany był bardzo poważnie, pielęgniarki i lekarze reagowali natychmiast. Przez cały czas mojego pobytu w hospicjum nigdy nie widziałem na twarzy pielęgniarek czy kogokolwiek z personelu grymasu zniechęcenia czy zniecierpliwienia. X miał szczęście, była przy nim córka, ale ci, których nikt nie odwiedzał, byli traktowani tak samo. Pani M leżała w hospicjum kilka miesięcy, zasadniczo wymagała niewielkiej uwagi. Jednak rodzina nie kwapiła się, by zaopiekować się nestorką rodu. W hospicjum znalazła troskę, opiekę i życzliwość. Ja też. Po raz pierwszy w dosyć długim życiu spotkałem się z takim ogromem empatii. Nie do końca potrafiłem to zrozumieć. Po pobycie w szpitalu przywykłem do traktowania mnie jak „podludzia”. Nie miałem pieniędzy, rodziny, a jedyną osobą, która o mnie pytała, była prezes fundacji „AduLLam”, na co dzień zajmująca się ludźmi ubogimi i pokaleczonymi przez życie.

W hospicjum, nawet zmieniając opatrunek na mojej odleżynie, siostry starały się zrobić to bezbolesnie. Usunęły mi cewnik niewymieniony od siedmiu miesięcy. Założono mi go w szpitalu. Zapomnieli zmieniać, prawie wrósł we mnie. Ciężko uwierzyć, że to tylko niedopatrzenie. Normalnie wymienia się go co trzy tygodnie. Szpital - pracują tam przecież profesjonaliści (od wymuszania podwyżki). Nie jest moim celem uświadamianie Ci prawd o naszej służbie zdrowia, znasz to. A jeśli nie - to masz szczęście.

Przeniesiono mnie na inną salę. Leżał tam Pan Y lubiący sobie pogadać. Miło było odezwać się do kogoś. Porozmawiać o polityce, którą tak naprawdę mieliśmy w nosie i o niczym. Ważne, że nie było ciszy, która też boli. Każdego dnia odwiedzał go ktoś z rodziny. Do mnie sporadycznie przychodził kolega podobnie jak ja bezdomny. Podejrzewam, że gdyby nie fakt, iż mieszka w hostelu przy fundacji, też by się nie pojawił. Odleżyna powoli, ale goiła się, 10 na 10 cm, z taką trafiłem do hospicjum. Niestety, wraz z poprawą mojego stanu zdrowia, pogarszało się Panu Y. Nim wstałem z łóżka widziałem Go stojącego przy oknie, patrzącego w kierunku ogródków działkowych. Podglądał ludzi robiących jesienne porządki. I gołębie, ich loty. Sam je hodował na swojej działce. Mijały dni, a on coraz rzadziej wstawał z łóżka. Ja po raz pierwszy i coraz częściej podnosiłem się za niego. Na początek balkonik, potem podróże na wózku, w końcu kule. Każdy mój sukces, wyjście z sali przy balkonie czy o kulach skwapliwie odnotowywano kraszając uśmiechem i zachętami.



Różnica między nami była biegunowa. On umierał, ja zdrowiałem. Moje zdrowie jest w tym opowiadaniu dosyć istotne. Chcę Ci powiedzieć, uświadomić, że HOSPICJUM to nie umieralnia, to szansa dla bardzo wielu, którzy tu trafiają. Problem w tym, że czas oczekiwania na miejsce jest długi. Piętnaście łóżek, bo tyle znajduje się obecnie w Hospicjum, to kropla w morzu potrzeb. Do tego dochodzi opieka nad chorymi w ich domach, jak również opieka nad chorymi dziećmi, ale nie tylko. Stąd starania, by wybudować nowy, większy oddział.

Dzięki staroście częstochowskiemu panu Andrzejowi Kwapiszowi jest już grunt, na którym mógłby on powstać, ale, jak zwykle w takich sytuacjach, wszystko rozbija się o pieniądze. Marzeniem jest oddział na co najmniej 100 łóżek, co umożliwi przyjęcie pacjentów z innymi schorzeniami, wymagających profesjonalnej opieki (podkreślę - PROFESJONALNEJ), opieki personelu, który nie zapomina o np. wymianie cewnika.

Jeżeli potrafimy wzruszyć się losem dzieci dotkniętych chorobami nowotworowymi i stać nas na sms, by dać im szansę na normalne życie, to dlaczego mielibyśmy odmówić prawa do godnego umierania Tym, których życie przed chorobą odcisnęło ślad na wielu ludziach i sprawiło, że dziękujemy Bogu czy losowi, że byli i mogliśmy żyć wśród nich. Jeżeli więc pieniądze miałyby być przeszkodą w powstaniu nowego budynku, to byłoby to skazą na naszym sumieniu. Nie dlatego, że nie pomagamy, kiedy jest taka potrzeba, ale dlatego, że odmawiamy człowieczeństwa i godności innym i sobie. I o ile nasze dzieciństwo minęło spokojnie i w miarę szczęśliwie, to nie mamy pewności, jak będzie wyglądała nasza starość. Czy nie będziemy samotnymi ludźmi pozostawionymi z chorobą, modlącymi się o śmierć? Oby nie, ale pewności nie mamy.

Pomyśl dzisiaj o tych schorowanych, oczekujących od życia już tak niewiele, tym samym pomyśl o sobie. Bo nie będzie dokąd pójść, gdzie szukać pomocy, jeżeli już teraz nie zadbasz o to, by powstały nowe i nowoczesne hospicja.

Co mnie skłoniło, by napisać ten list? Zapewne nie powstałby on, gdybym sam nie potrzebował pomocy. Jak pisałem wcześniej, podczas pobytu w szpitalu dostałem w prezencie odleżynę wielkości dwóch moich dłoni, mówiąc wprost- gnilem. W hospicjum, w dniu mojego wypisu, został z niej tylko 1/1 cm. Biorąc to pod uwagę hasło „ Hospicjum to też życie” nabiera dla mnie zupełnie nowego znaczenia.

Polecam więc Twojej pamięci słowo klucz, być może naszej przyszłości - „Hospicjum”. I jeżeli to tylko możliwe przekaz 1% Twojego podatku na konto budowy nowego oddziału w Lubojence. Wspierajmy tę inwestycję w każdy możliwy sposób. Na przekór malkontentom i niedowiarkom twierdzącym, że TUTAJ nic dobrego się nie zdarzy. Jeżeli powstanie, to teraz będą z niego korzystać ci, którym ta pomoc jest niezbędna, a w przyszłości... kto wie. Nawet jeśli nie my, to czy możemy odmówić komuś pomocy?

Czy jest ono konieczne? W starożytności mówiono że to społeczeństwo jest wielkie, które potrafi zadbać o swoich seniorów. Więc... na co czekamy???

Pozostaję wdzięczny za opiekę i żywię nadzieję, że każdy, ja, Ty i nasi znajomi, przyłoży rękę do budowy nowego Hospicjum. Nie tylko wierzę, ale jestem pewien, że będzie to znakomity, pełen miłości gest, którego nigdy nie będziemy się wstydzili i na pewno z dumą kiedyś powiemy - też pomogłem przy jego budowie!

Z Poważaniem  
Paweł Stępniewicz

## MARTYNKA Z HOSPICJUM DOMOWEGO DLA DZIECI

Cześć! Mam na imię Martynka, mam 10 lat. Od urodzenia jestem niepełnosprawna, choruję na encefalopatię, mam padaczkę, opóźnienie rozwoju psychoruchowego. Wszyscy, którzy mnie znają mówią, że jestem ładna, grzeczna i fajnie się ubieram. Często słyszę, że mnie lubią. Moja codzienność to leżenie w wygodnym łóżku. Jest mi tam dobrze, bo rodzice bardzo dbają o mnie.

Od początku dużo choruję, wiele razy byłam w szpitalu. W roku 2012 i 2013 tak mocno zachorowałam, że musiałam leżeć na OIOMie, a w oddychaniu pomagał mi respirator. Nie było tam fajnie, bo nie miałam przy sobie cały czas mamusi. We wrześniu 2013 roku byłam w szpitalu w Łodzi na założeniu PEGA. Teraz mama karmi mnie przez PEGA bezpośrednio do żołądka. Dzięki temu już się nie krztuszę i nie zaflegmiam. Wcześniej jedzenie doustne sprawiało mi duży problem. Teraz jestem najedzona, przybieram na wadze i rosnę. Nie choruję już na zachłystowe zapalenie płuc, od roku nie byłam w szpitalu.

Wiem, jak ciężko rodzicom opiekować się mną. Moja mama musi być cały czas przy mnie, bo wie, co zrobić, gdy mi niewygodnie, gdy źle mi się odrycha lub mam atak epilepsji. Tatusz też bardzo dobrze mnie zna, dobrze i chętnie się mną opiekuje. Nie zawsze jestem grzeczna, mam swoje kaprysy - wtedy nie lubię, jak mnie ktoś dotyka i chce ze mną ćwiczyć. Są takie noce, gdy nie śpię, wtedy moja mama nie śpi razem ze mną. Kocham moich rodziców za to, że są weseli, uśmiechnięci, żartują między sobą, są życzliwi dla innych. Nie skarżą się i nie okazują swojego



zniecierpliwienia. Czuję się przy nich wyjątkowa.

Dziękuję lekarzom i ciociom pielęgniarkom za pomoc i opiekę lekarską i pielęgniarską i za rehabilitację. Dziękuję również za dobre, życzliwe i ciepłe słowa dla mamy i taty, bo to dodaje im sił.

Martynka Wiśniewska z rodzicami

# BÓL PRZEWLEKŁY - KILKA WAŻNYCH INFORMACJI...

***Ból musi być rozpoznawany, oceniany, leczony i stale monitorowany.  
Niezależnie od stadium choroby, dostęp do skutecznego leczenia przeciwbólowego jest jednym z podstawowych praw każdego człowieka.***

Niemal wszyscy pacjenci z bólem nowotworowym mogą mieć prowadzone skuteczne leczenie przeciwbólowe. Można to osiągnąć poprzez leczenie farmakologiczne - stosowanie analgetyków opioidowych wg zaleceń w skojarzeniu z innymi lekami przeciwbólowymi oraz lekami wspomagającymi/koanalgetykami. Istnieją ponadto metody niefarmakologiczne, jako uzupełnienie terapii farmakologicznej. Ból i inne objawy, które wpływają na jakość życia, są ważnym elementem ogólnego planu leczenia pacjenta z chorobą nowotworową.

Ograniczenia prawne, ekonomiczne, biurokratyczne oraz edukacyjne utrudniają dostępność do leków opioidowych a tym samym uniemożliwiają chorym normalne funkcjonowanie w społeczeństwie. Istnieje olbrzymia potrzeba zmiany świadomości społeczeństwa i prowadzenie edukacji mającej na celu zmniejszenie powszechnej nadal opioidofobii. Potrzebna jest współpraca wszystkich pracowników ochrony zdrowia, szczególnie lekarzy i pielęgniarek w kierunku respektowania podstawowego prawa, jakim jest życie bez bólu oraz dążenie do zwiększania dostępności do leków przeciwbólowych wszystkim chorym cierpiącym z powodu bólu przewlekłego.

Ból stanowi nieodłączny element ludzkiej egzystencji. Może być fizjologicznym, celowym

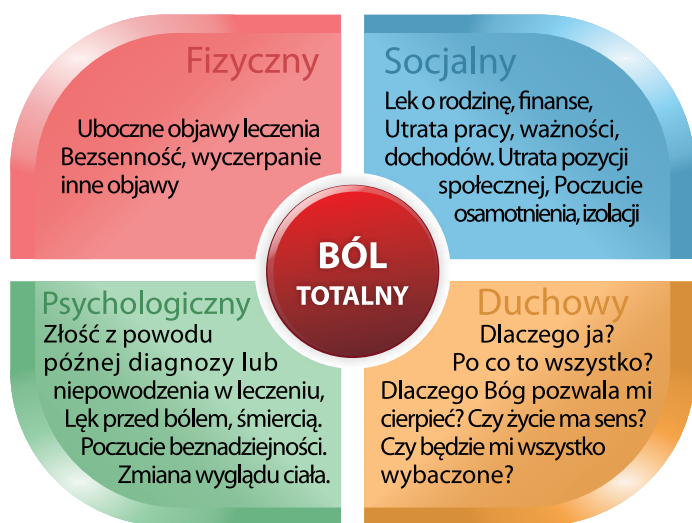
4 mln chorych na świecie. W zaawansowanym okresie choroby nowotworowej ból przewlekły dotyczy około 90% chorych, ma złożoną patofizjologię i zróżnicowaną reakcję na leczenie. U jednego pacjenta mogą występować dwa lub więcej rodzajów bólu jednocześnie, o różnych przyczynach i mechanizmie powstawania.

Ból określany jest jako zjawisko somatopsychiczne i jest definiowany jako nieprzyjemne doświadczenie czuciowe i emocjonalne, związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanki lub też opisywanym w takich kategoriach. Ból przewlekły trwa powyżej 3 miesięcy, jest sam w sobie chorobą, wywołując skutki fizjologiczne i behawioralne. Głównymi przyczynami bólu nowotworowego są: rozrastanie się guza nowotworowego, ucisk guza na nerwy, przerzuty nowotworowe do kości, skóry, narządów miękkich, powikłania leczenia onkologicznego, współistnienie innych chorób oraz wyniszczenie. Na percepcję i przeżywanie bólu przewlekłego wpływają między innymi cechy osobowości, umiejętność radzenia sobie z bólem, wewnętrzne nastawienie poznawczo-uczuciowe, wewnętrzne poczucie kontroli oraz pamięć związana ze wspomnieniami na temat bólu.

Założycielka ruchu hospicyjnego C. Saunders, dla podkreślenia złożonej natury bólu w terminalnym okresie choroby, wprowadziła pojęcie bólu totalnego - *total pain*, który zawiera składowe fizyczną, psychologiczną, duchową i socjalną, co przedstawia poniższy rysunek.

Aby skutecznie pomagać chorym z bólem, postępowanie należy rozpocząć od rozpoznania i oceny bólu. W całościowej ocenie bólu u pacjenta należy uwzględnić rodzaj, charakter, nasilenie, czas trwania oraz lokalizację doznawanych dolegliwości bólowych, ponadto wpływ i znaczenie bólu na aktywność społeczną, stan psychiczny i emocjonalny chorego oraz występowanie objawów towarzyszących i dotychczasowe postępowanie (metody farmakologiczne i niefarmakologiczne, skuteczność terapii, działania niepożądane).

Ocena bólu, jako subiektywnego odczucia, może powodować trudność, ponieważ oparta jest na słownej relacji chorego i może podlegać wpływom emocji i odczuć. Dlatego do oceny poziomu bólu i porównywania natężenia służą skale i kwestionariusze. Do najprostszych należą skale wizualne, numeryczne i werbalne. Najczęściej używana skala wzrokowo-analogowa (ang. *Visual Analogue Score* - VAS) pozwala określić natężenie odczu-



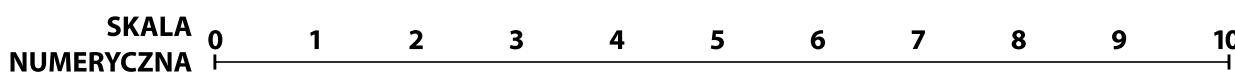
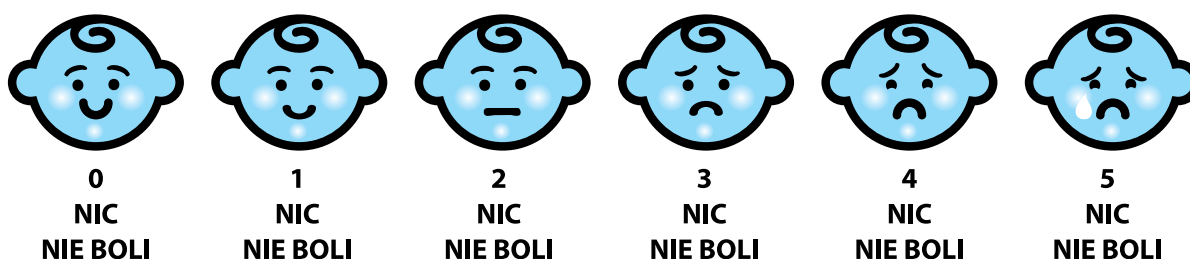
sygnałem ostrzegawczym, ale może też zaburzać normalne funkcjonowanie człowieka i stawać się, bezsensownym, patologicznym cierpieniem. Utrzymujący się długotrwale nieleczony ból przewlekły doprowadza do przygnębienia, niepokoju, wyczerpania fizycznego, a nawet depresji.

Z powodu bólu nowotworowego cierpi około

wanego bólu za pomocą linijki o długości 10 cm, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, a 10- ból najsilniejszy, jaki można sobie wyobrazić.

W skali numerycznej (*Numeric Rate Scale – NRS*) pacjent określa poziom bólu, wskazując poziom liczbowy od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 ból najsilniejszy. Skale werbalne oceniają poziom bólu w sposób opisowy, np. brak bólu, ból słaby, umiarkowany, silny, nie do wytrzymania (skala Likerta). Dodatkowych informacji można uzyskać obserwując niewerbalne reakcje chorego np.: wyrażane przez chorego jęki, płacz, wzdychanie oraz mimikę twarzy, grymasy, zaciskanie zębów, niepokój ruchowy, zaburzenia snu.

U dzieci stosowana jest skala *Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*, przedstawiająca oblicza twarzy wyrażających różne nasilenie bólu.



Klasyfikacji bólu można dokonać ze względu na czas trwania i podzielić ból na ostry i przewlekły.

- **ból ostry** – to ból, który nie trwa dłużej, niż 3 miesiące od chwili jego powstania
- **ból przewlekły** – trwający dłużej, niż 3 miesiące i nie ustępuje pomimo wygojenia tkanek.

W ogólnej systematyce ból możemy podzielić na:

- **ból podstawowy**
- **ból przebijający**
- **ból końca dawki**

**Ból podstawowy**, zwany również bólem przewlekłym albo stałym, występuje najczęściej u pacjentów z chorobą nowotworową. Jest on wynikiem obecności guza nowotworowego lub towarzyszącym zaburzeniom/uszkodzeniom układu nerwowego. W takich sytuacjach pacjent może odczuwać pieczenie, kłucie, palenie, rozpieranie, ucisk. Cechuje się długim czasem trwania – powyżej 12 godzin na dobę i małymi zmianami napięcia. Zazwyczaj ból ten jest zlokalizowany w pobliżu zmiany nowotworowej.

U większości chorych pojawiają się tzw. **bóle przebijające** (BP) o znacznym nasileniu, występujące spontanicznie, napadowo, szybko narastając (w kilka minut) i o krótkim czasie trwania (ok. 30 min.). Ból przebijający jest szczególnie uciążliwy i wyczerpujący, ponieważ „przebiega się” ponad ból pod-

stawowy, pomimo przyjmowanych leków przeciwbólowych. Bóle przebijające – mogą występować samoistnie lub mieć związek z wykonywaniem czynności np. podczas poruszania się, zabiegów pielęgnacyjnych, kaszlu, czynności fizjologicznych, są to tzw. **bóle incydentalne**. **Nieprzewidywalny (spontaniczny, idiopatyczny)** pojawia się całkowicie samoistnie i niespodziewanie, pogarsza znacząco jakość życia pacjenta, zmniejszając aktywność ruchową, nasilając lęk, obniżając próg bólu i zwiększając zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe. Pacjent nie może stosować prewencji (przyjmować lek przed wystąpieniem bólu), ale powinien posiadać zawsze przy sobie krótko działający lek na bóle przebijające. W leczeniu bólu przebijającego stosuje się dodatkowe (ratunkowe) dawki silnych opioidów o szybkim początku działania i krótkim czasie trwania efektu przeciwbólowego. Ponadto u chorych z bólem przewlekłym, u których stosowane jest

leczenie przeciwbólowe, pod koniec przewidywanego czasu działania opioidu mogą powstawać – tzw. **bóle końca dawki**. Dolegliwości bólowe pojawiają się pod koniec zakładanego czasu działania przyjmowanej kolejnej dawki opioidów (np. czas działania leku przeciwbólowego to 4 godziny, a ból pojawia sprzed upływem tego czasu, np. po 2-3 godzinach). Ból końca dawki występuje zatem przed przyjęciem następnej dawki leku podstawowego lub podczas miareczkowania opioidu. Takie pojawiające się epizody świadczą mogą o niskiej dawce leku podstawowego lub zbyt dużych odstępach między dawkami. Zasadnym postępowaniem w takiej sytuacji jest podwyższenie dawki opioidu podstawowego. Należy wyraźnie różnicować ból przebijający od bólu końca dawki, gdyż postępowanie w tych stanach jest znacząco odmienne.

„Každy chory na nowotwór ma prawo oczekiwać, aby bóle towarzyszące jego chorobie były starannie leczone i aby jego problemy zmagania się z chorobą spotykały się ze zrozumieniem ze strony najbliższych, pracowników medycznych jak i całego społeczeństwa.”

Jarosz J, Hilgier M, Kaczmarek Z, de Walden-Gałuszko K. 2007,2009



Leczenie bólu u chorych na nowotwory jest ważnym elementem postępowania terapeutycznego, zarówno u pacjenta leczonego onkologicznie, jak i objętego opieką paliatywną. Leczenie ma na celu łagodzenie niepotrzebnego cierpienia oraz zapobiega destrukcyjnemu wpływowi bólu na życie pacjenta z chorobą nowotworową. Ponieważ ból dotyczy wszystkich części składowych osobowości człowieka: ciała, psychiki i duszy, a wszystkie te elementy wzajemnie na siebie oddziałują i nakładają wpływając na doświadczanie bólu totalnego, **ból u chorych na nowotwory może i powinien być leczony** równie intensywnie, jak choroba podstawowa. Niezależnie od stadium choroby dostęp do skutecznego leczenia przeciwbólowego jest jednym z podstawowych praw chorego.

**Cel leczenia przeciwbólowego powinien być realistyczny i polegać na założeniu:**

1. Opanować ból, aby chory nie budził się w nocy (eliminacja bezsenności)
2. Opanować ból w ciągu dnia w spoczynku,
3. Znosić bóle prowokowane ruchem (np. w przerzutach do kości), połykaniem, oddawaniem moczu lub stolca, które są najtrudniejsze do opanowania.

Światowym standardem zwalczania bólu towarzyszącego chorobie nowotworowej jest leczenie farmakologiczne. Trójstopniowy algorytm Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) tzw. drabina analgetyczna charakteryzuje się stosowaniem leków przeciwbólowych w zależności od nasilenia bólu.

Zgodnie z przedstawioną drabiną analgetyczną wyróżniamy 4 grupy leków

1. **ANALGETYKI NIEOPIOIDOWE** - paracetamol i niesteroidowe leki przeciwzapalne;
2. **SŁABE OPIOIDY** – tramadol, kodeina, dihydrokodeina;
3. **SILNE OPIOIDY** morfina, buprenorfina, fentanyl
4. **LEKI UZUPEŁNIAJĄCE (ADJUWANTOWE)**  
leki przeciwdepresyjne;  
leki przeciwdrgawkowe;  
leki przeciwłękowe i nasenne;  
leki znieczulenia miejscowego;  
kortykosteroidy;  
leki przeciwwymiotne;  
leki przeczyszczające i rozkurczowe;  
bifosfoniany.

W postępowaniu, które ma na celu uśmierzenie bólu nowotworowego, obowiązują ścisłe zasady:

1. stosowanie leków przeciwbólowych według **trójstopniowej drabiny analgetycznej WHO** w zależności od natężenia bólu,
2. **w regularnych odstępach czasu** –konieczne jest utrzymanie stałego stężenia leku we krwi, tj. podawanie kolejnej dawki leku w/g zegara, a nie „w razie bólu”,
3. **doustnie**, a u chorych z zaburzeniami połykania, wymiotujących i nieprzytomnych **podskórnie**,
4. **w dawkach dobranych indywidualnie** do bólu(ów) i stanu klinicznego pacjenta,
5. zamiana na lek silniejszy, gdy słabszy przestaje być skuteczny, kojarzenie analgetyków o różnych mechanizmach działania.

6. w skojarzeniu z lekami wspomagającymi tzw. **adjuwantami**,

7. konieczność **monitorowania – nadzorowanie leczenia**.

Leczenie bólu nie może być bardziej kłopotliwe, niż sam ból, a zwalczanie objawów ubocznych, poprawa jakości życia chorego i jego otoczenia powinny być składową terapii przeciwbólowej. W leczeniu bólu nowotworowego błędem jest podawanie leku tylko na żądanie. Metoda ta jest nieskuteczna i może narazić pacjenta na wystąpienie trudnych do opanowania dolegliwości bólowych, a nawet zniechęcić do kontynuowania terapii. Należy także zwrócić uwagę na dobór dawki leku i możliwość p/bólowego działania interwencyjnego. O ile w dawkowaniu leków nieopioidowych i słabych opioidów (Paracetamol, Niesterydowe Leki Przeciwzapalne, Tramadol) występują dawki pułapowe, maksymalne - w przypadku silnych opioidów (morfina, fentanyl) efekt pułapowy nie występuje. Dawkę leku można stopniowo zwiększać, aż do uzyskania optymalnego efektu analgetycznego. Zawsze jednak należy wnikliwie obserwować chorego pod kątem wystąpienia niepożądanych objawów ubocznych.

**MORFINA jest podstawowym lekiem w zwalczaniu silnych dolegliwości bólowych a NARKOTYKI - to pojęcie prawne, a NIE MEDYCZNE !** Obejmuje ono opioidy, jak i inne leki i substancje różnego pochodzenia prowadzące do uzależnienia fizycznego i psychicznego. Nie powinno się zatem używać określenia narkotyczne leki przeciwbólowe. W postępowaniu przeciwbólowym używamy pojęcia opiody/opiaty. **OPIATY** - są to naturalne przeciwbólowe leki otrzymywane z opium. **OPIOIDY** - są to naturalne i /lub syntetyczne leki wykazujące powinowactwo do receptorów opioidowych.

Niezwykle ważne po rozpoznaniu rodzaju bólu jest monitorowanie jego leczenia. Na podstawie obserwacji chorego i pomiarów natężenia bólu można uzyskać informacje niezbędne do oceny skuteczności podjętej terapii. Dostosowanie rodzaju analgetyku do rodzaju bólu jest niezbędne do osiągnięcia oczekiwanego skutku. Częstotliwość podawania leku p/bólowego powinna być zgodna z jego właściwościami farmakologicznymi. Analgetyk należy podawać w regularnych odstępach czasowych w ciągu całej doby, tak, aby zapewnić stały poziom analgezji.

Sama wiedza medyczna nie wystarczy w leczeniu bólu wszechogarniającego. Konieczne jest „pochylenie się” nad tajemnicą cierpienia. Jest to „bycie” z chorym, pełna akceptacja chorego takim, jakim jest, oddanie i zrozumienie, słuchanie chorego (a nie tylko mówienie, wyjaśnianie), dar czuwania, przyjaźni. Taka postawa jest wyrazem szacunku dla osoby chorego oraz wyrazem naszej pokory wobec tajemnicy życia i śmierci. Ból jest subiektywnym, osobistym doświadczeniem i nikt nie ma prawa uznawać że tak musi być. Obowiązkiem każdego z nas jest słuchanie chorego odnośnie jego bólu i podejmowanie wszystkich możliwych działań mających na celu uśmierzenie bólu przewlekłego.

*mgr Izabela Kaptacz  
pedagog, pielęgniarka specjalista w dziedzinie  
pielęgniarstwa opieki paliatywnej*

# BÓL ABORCJI

*Z dr. hab. n. med. Tomaszem Dangelem, specjalistą medycyny paliatywnej i anestezjologii, założycielem Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci, rozmawia Izabela Borańska-Chmielewska*



**W jaki sposób i w jakim stopniu można uśmierzając ból u chorego dziecka przed urodzeniem i po urodzeniu?**

- Postępowanie przeciwbólowe jest u nich tak samo skuteczne jak u starszych dzieci i osób dorosłych, tzn. w pełni skuteczne. Są w tej dziedzinie opracowane standardy postępowania doskonale znane anestezjologom, neonatologom oraz położnikom wykonującym zabiegi wewnątrzmaciczne. Byłem członkiem grupy ekspertów kierowanej przez dr. Kanwaljeet S. Ananda, która opublikowała takie standardy dla noworodków w 2001 roku.

Przełom w tej dziedzinie dokonał się w 1987 r. dzięki pracy opublikowanej przez Ananda i Hickey'a. Dzisiaj aż trudno uwierzyć, że wcześniej noworodki nie otrzymywały leków przeciwbólowych, a znieczulenie do operacji opierało się głównie na środkach zwiotczających mięśnie. Gdy zaczynałem swoje szkolenie w anestezjologii, obowiązywała właśnie taka doktryna, tzw. metoda z Liverpoolu, której autorami byli prof. Cecil Gray i prof. Gordon Jackson Rees, skądinąd bardzo szanowani anestezjodzy. Dzisiaj, gdy o tym myślę, przechodzi mi dreszcz po plecach. Przecież już wtedy znieczulano zwierzęta laboratoryjne poddawane eksperymentom medycznym.

**Czy można stwierdzić, w którym momencie od poczęcia dziecko zaczyna odczuwać ból?**

- Według opinii dr. Ananda, którego uważam za autorytet w tej dziedzinie, od 20. tygodnia ciąży. Na podstawie tej wiedzy wprowadzono zmiany legislacyjne w USA.

**A wcześniej? Co odczuwa dziecko np. w 13. tygodniu?**

- W 13. tygodniu powstają połączenia w mózgu między wzgórzem a korą mózgową, które przenoszą informację o bólu. Można przypuszczać, że wówczas dziecko zaczyna reagować na ból na najwyższym poziomie układu nerwowego, jaki stanowi kora mózgowia. Ta kora posiada już w 13. tygodniu swoje zasadnicze warstwy, któ-

re następnie ulegają dalszemu różnicowaniu. Mimo że nie wiemy na pewno, czy 13-tygodniowe dziecko prenatalne odczuwa ból, mając tylko wiedzę o strukturach nerwowych, to jednak lepiej, jeżeli przyjmiemy, że ten bodziec „odczuwa”, chociaż trudno przypuszczać, by na tym etapie rozwoju miało tego świadomość. Noworodek pewnie też nie posiada takiej świadomości, a jednak przysługuje mu prawo do znieczulenia. W hospicjum tak właśnie postępujemy wobec dzieci, z którymi nie możemy się porozumieć: podajemy lek przeciwbólowy i obserwujemy reakcję dziecka. Jeżeli po podaniu leku dziecko uspokaja się, wnioskujemy, że wcześniej reagowało z powodu bólu.

**O jakim bólu odczuwanym przez dziecko mówimy, jeśli chodzi o aborcję?**

- W Polsce, o ile mi wiadomo, nie zabija się dziecka w łonie matki, ale wywołuje sztuczne poronienie. Wówczas dziecko rodzi się i umiera wskutek niedojrzałości lub wady letalnej. Nie wykluczam jednak, że stosuje się także metodę zabicia dziecka w łonie matki przez wstrzyknięcie potasu do żyły pępowinowej. W pierwszym przypadku dziecko przed śmiercią może cierpieć z powodu duszności, ponieważ jego płuca są niedojrzałe (tak jak u wcześniaka). Z doświadczeń medycyny paliatywnej wiemy, że duszność dla człowieka może być znacznie trudniejsza do zniesienia niż ból. W drugim przypadku umiera z powodu zatrzymania czynności serca.

Z moich doświadczeń zawodowych jako anestezjologa (35 lat) i lekarza hospicjum dla dzieci (20 lat) wynika, że ból, duszność oraz inne objawy powodujące cierpienie u dzieci, które umierają w sposób naturalny, można skutecznie opanować. Tym właśnie zajmujemy się w hospicjum. Jeżeli rzeczywiście jacyś lekarze (np. pediatrzy w Belgii albo polscy ginekolodzy) twierdzą, że jest inaczej, to – proszę wybaczyć – ale są nieukami i ignorantami w dziedzinie medycyny paliatywnej. Zalecałbym im przeszkolenie w naszym ośrodku.

*Ciąg dalszy wywiadu w następnym numerze*

# JAK UMIERA CIAŁO?

**Ks. Jan Kaczkowski**

Na dwa, trzy dni przed śmiercią skóra zaczyna inaczej odbijać światło, szczególnie w ciągu dnia. Z miękkiej, sprężystej staje się woskowa i sztywna. Zdecydowanie wyostrzają się rysy. Szczególnie nos, na jego środku pojawia się podłużne zagłębienie.

Przytomne osoby cały czas są ruchliwe, zachowują się jakby za kilkadziesiąt godzin nie mieli umrzeć - porządkują rzeczy, rozmawiają, jak gdyby nic się nie działo, jakby nie zauważali, że ich ciało powoli się zmienia.

Z pacjentami spotykam się przez kilka, czasami kilkanaście dni, odwiedzam ich kilka razy dziennie. Jednym z najtrudniejszych momentów jest chwila, gdy zauważam bruzdę na nosie. Wtedy wiem - to już czas. I często zastanawiam się, czy oni też to już wiedzą. Wydaje mi się, że nie. Mimo tego, że zdają sobie sprawę ze swojego stanu i intelektualnie pogodzili się ze swoim losem. Czym innym jest spodziewać się śmierci, nawet bliskiej aniżeli uświadomić sobie w poniedziałek rano, że umrę w środę, koło południa.

Na kilka godzin przed śmiercią aktywność ogranicza się już tylko do obrębu łóżka, poprawiania kołdry, sięgania po komórkę, układania poduszki, szukania wygodnej pozycji. Spojrzenie człowieka staje się nieobecne, czasami wzrok zawiesza się w niewiadomym, odległym punkcie. Oczy stają się szkliste. Umierający są w stanie normalnie rozmawiać, ale ich głos jest spowolniony, znika melodyczność - ton robi się jednostajny. Wtedy muszą być bardzo uważny i skupić się na tym, co mówią umierający.

W strumieniu słów przeplatają się zwykłe informacje (jaki to dzień tygodnia, kto był mnie odwiedzić, co jadłem) z ważnymi wyznaniem - pojawia się świadomość nadchodzącej śmierci, chorzy mówią o Bogu, o swoim lęku. Czasem opowiadają o odwiedzających ich bliskich zmarłych, którzy stają się dla nich realni na równi z żywymi. Jakby w momencie śmierci dwa światy: żywych i umarłych naturalnie się przenikały. W ciągu ostatnich kilku godzin życia człowiek staje się spokojny, podaje się naturalnemu biegowi rzeczy.

Pierwsze zmieniają kolor paznokcie, a gdy dłonie i stopy sinieją, i stają się chłodne, oznacza to, że do końca zostało nie więcej niż dwie, trzy godziny. Wtedy umierający przeważnie traci świadomość, jeśli nie - to jest tylko w stanie odpowiadać przecząco lub twierdząco, czasem tylko ruchem głowy.

Powieki opadają lub bywają półprzymknięte. Tylko pojedyncze osoby umierają z pełną świadomością - mówią ważne dla siebie rzeczy aż życie z nich uleci.

A gdy już nadejdą ostatnie chwile, oddech staje się coraz płytszy, człowiek przypomina rybę wyjętą z wody - łapie powietrze ustami. Mogą się zdarzyć nawet kilkunastosekundowe bezdechy. Mówi się, że wydaliśmy ostatnie tchnienie, ale to jest raczej wdech bez wydechu. Serce staje i przez cztery minuty obumiera mózg. Wtedy całe nasze ciało jeszcze przez kilkadziesiąt sekund jak gdyby ostatkiem sił próbowało złapać oddech. Potem nie dzieje się już nic. To koniec. Cisza i kompletny bezruch.

Trudno jest wtedy zrozumieć, że człowiek nic nie czuje, właściwie każdy obchodzi się z ciałem delikatnie, jakby żyło. A ono zaczyna bardzo szybko się zmieniać. Wprawdzie było woskowe, ale w ciągu pięciu minut po prostu zastyga. Staje się sino-szare i ewidentnie chłodne - temperatura organizmu dopasowuje się do temperatury otoczenia. Zgodnie z prawem ciężenia, krew, która nie jest już pompowana - opada, na plecach lub boku pojawiają ciemne wybroczyny - plamy opadowe. Jeszcze wtedy ciało jest nadal miękkie, za kilka godzin zeszywnieje. Potem trudno już zgiąć rękę lub rozprostować palce.

Jeśli ktoś nie może skonać, zapalam gromnicę, którą wkładam w dłoń umierającego i modlimy się litanią do patrona dobrej śmierci - św. Józefa lub do Wszystkich Świętych. Odmawiamy także Koronkę do Miłosierdzia Bożego. Te modlitwy zazwyczaj pomagają odejść.

Nawet jeśli ktoś ma wątpliwości co do istnienia Pana Boga i rzeczywistości nadprzyrodzonej, to dla mnie proces umierania - a także to, że ktoś kilkanaście minut wcześniej był integralną osobą, która żałowała, kochała, modliła się, czyli ewidentnie była i żyła - nie kończy jej istnienia. Teraz, gdy przestało bić serce, miałoby go nie być? Tak po prostu? W odstępie kilkunastu minut? Dla mnie fakt ustania pracy organizmu nie jest dowodem na to, że człowiek przestał istnieć. Zawsze mówię pacjentom, że trzeba przeżyć własną śmierć - to jest zwycięstwo duszy nad ciałem

**Ks. dr Jan Kaczkowski** - doktor teologii moralnej, bioetyk, wykładowca UMK w Toruniu, założyciel i prezes Puckiego Hospicjum p.w. św. Ojca Pio.





# ZAPOWIEDZI

## KILKA SŁÓW O OGÓLNOPOLSKIEJ KAMPANII „POLA NADZIEI”

Kampania „Pola Nadziei” jest ogólnopolską akcją zbierania funduszy na rzecz ludzi chorych na przewlekłe i postępujące choroby niepoddające się leczeniu, głównie nowotworowe, objętych opieką hospicyjną. Kwiat żonkila - międzynarodowy symbol nadziei dla ludzi ciężko i nieuleczalnie chorych, przypomina nam o ludziach cierpiących, oczekujących naszej pomocy i opieki w trudnym okresie odchodzenia z tego świata. Kampanię zapoczątkowała w 1997 roku organizacja Marie Curie Cancer Care, która obecnie jest jednym z najlepszych brytyjskich ośrodków onkologicznych, oferujących opiekę pielęgniarską pacjentom chorym na raka, którzy wolą być poddawani leczeniu w domu. Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej uczestniczy w Kampanii po raz 13. Za cele kampanii stawiamy kształtowanie świadomości społecznej w zakresie opieki, jaką świadczy Hospicjum wobec ludzi ciężko chorych i umierających. Cele realizowane są przez spotkania edukacyjne z dziećmi i młodzieżą oraz z osobami dorosłymi.

## RAMOWY HARMONOGRAM XIII KAMPANII POLA NADZIEI 2015

marzec – maj 2015	Czas trwania XIII Kampanii „Pola Nadziei 2015”
12 marca 2015 r. godz. 15.00	Spotkanie organizacyjne z przedstawicielami szkół w siedzibie Stowarzyszenia Hospicjum
15 marca 2015 r.	Ogłoszenie konkursów – literackiego dla młodzieży „Kolory Nadziei”, oraz plastycznego „Kolory Nadziei”
17 kwietnia 2015 r.	Marsz Nadziei Alejami NMP zbiórka o godz. 10.00 na placu Daszyńskiego, wybór najładniejszej grupy żonkilkowej.
19 kwietnia 2015 r.	Za zgodą Arcybiskupa Metropolity Częstochowskiego dr Wacława Depo - Kwesta do puszek przed kościołami Archidiecezji Częstochowskiej
19 kwietnia 2015 r. godz. 16.00	Msza Święta za zmarłych pacjentów Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej celebrowana przez Biskupa dr Antoniego Długosza Archidiecezja Częstochowska p.w. Świętej Rodziny w Częstochowie
28 kwietnia 2015 r.	Ostateczny termin nadsyłania prac konkursowych szczegóły dot. Konkursów na stronie <a href="http://www.hospicjum-czestochowa.pl/">www.hospicjum-czestochowa.pl/</a>
9 maja 2015 r.	Ogłoszenie wyników Konkursów <a href="http://www.hospicjum-czestochowa.pl/">www.hospicjum-czestochowa.pl/</a>
12 maja 2015 r. godz. 10.00	Finał Kampanii „Pola Nadziei” w Kłobucku, MDK wręczenie nagród dla laureatów konkursów
14 maja 2015r. godz. 10.00	Finał Kampanii „Pola Nadziei 2015” w Myszkowie, MDK wręczenie nagród dla laureatów konkursów
15 maja 2015r. godz. 11.00	Finał XIII kampanii „Pola Nadziei 2015” w Częstochowie, Klub Politechnik wręczenie nagród dla laureatów konkursów
13 czerwca 2015r.godz. 11.00	Piknik Rodzinny z okazji Dnia Dziecka w Ogrodach hospicyjnych, Dzień otwarty w Stowarzyszeniu Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej przy ul. Krakowskiej 45a w Częstochowie.
7 października 2015r.godz. 11.00	Sadzenie cebulek żonkilkowych i rozpoczęcie kampanii Pola Nadziei; Kłobuck
8 października 2015r. godz. 11.00	Sadzenie cebulek żonkilkowych i rozpoczęcie kampanii Pola Nadziei; ogrody Hospicjum.
9 października 2015r. godz. 11.00	sadzenie cebulek żonkilkowych i rozpoczęcie kampanii Pola Nadziei; Myszków

## ZAPROSZENIA

Zarząd Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej serdecznie zaprasza do uczestnictwa w **Marszu Nadziei** w dniu 17 kwietnia 2015 r. Rozpoczęcie Marszu - Plac I. Daszyńskiego – godz. 10.30. Przemarsz Alejami N.M.P. aż na Błonia Jasno-górskie.

Celem Marszu jest nagłośnienie idei hospicyjnej, zmanifestowanie potrzeby niesienia pomocy i nadziei wszystkim osobom chorym i cierpiącym oraz ich rodzinom.

Zachęcamy do udziału w konkursie na najlepiej przebraną szkołę/grupę. Serdecz-



nie zapraszamy do przygotowania przebrań w kolorze żółtym oraz zielonym. Ogłoszenie wyników podczas finałów Kampanii.

Zgłoszenia grup uczestników poprzez SMS na nr tel. 502 025 442 lub

e-mail: [kontakt@hospicjum-czestochowa.pl](mailto:kontakt@hospicjum-czestochowa.pl)

W ramach Kampanii Pola Nadziei zapraszamy również do udziału w konkursach: literackim i plastycznym t.: „Kolory nadziei”. Termin nadsyłania prac : do 28 kwietnia 2015 r. Ogłoszenie wyników: 9 maja 2015 r. Rozdanie dyplomów i nagród: podczas Finałów w maju. Przygotowaliśmy atrakcyjne



nagrody. Serdecznie zapraszamy.

Regulaminy konkursów i szczegóły Kampanii Pola Nadziei 2015 na stronie internetowej

<http://hospicjum-czestochowa.pl/kampania-pola-nadziei-2015/>

Zaproszenie na Dzień Dziecka

13 czerwca 2015r. w ogrodach Hospicjum Częstochowskiego odbędzie się Piknik rodzinny z okazji Dnia Dziecka. Jak co roku przewidujemy wiele atrakcji. Zapraszamy.



# PODZIĘKOWANIA



## PODZIĘKOWANIA DLA "HOSPICJUM CZĘSTOCHOWA"

ZA POMOC I ZAANGAŻOWANIE  
DLA NASZEJ NIEPEŁNOSPRAWNEJ CÓRKI NIKOLI WERAN

W ROKU 2014 *Agnieszka Nerou*  
*Rafał Weran*  
DZIĘKUJĄ - RODZICE

Częstochowa, dnia 23.02.2015r.

Do  
Dyrektora  
Hospicjum  
w Częstochowie  
ul. Krakowska 45a

Jako rodzina pacjentki Moniki Dźwidowskiej składamy na Pana ręce podziękowanie i wyrazy wielkiego szacunku dla lekarzy, pielęgniarek i rehabilitantek a w szczególności dla:

- Pani Elżbiety Jędrusik
- Pani Anety Piątek
- Pani Kamili Kaczor

Jesteśmy pod olbrzymim wrażeniem dla starań i zaangażowania w opiekę paliatywną nad naszą bliską osobą, dotkniętą chorobą nowotworową.

W dobie ciągłej "nagonki" medialnej na Służbę Zdrowia, możemy z pełnym szacunkiem wyrażać się o pracy i zaangażowaniu Pańskich współpracowników.

- Jeszcze raz dziękujemy za trud i troskę okazaną chorej.

Z wyrazami szacunku  
Rodzina  
Moniki Dźwidowskiej

*Irena Dźwidowska*



Biuletyn „Palium” Wydawca: Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej Pożytku Publicznego KRS 0000056401  
Częstochowa 42-202; ul. Krakowska 45a; tel./fax 34 360 54 91; e-mail: hospicjum.czestochowa@wp.pl; www.hospicjum-czestochowa.pl;

konto bankow: Bank PeKaO S.A Oddział Częstochowa 15 1240 1213 1111 0000 2379 4368

Zespół reakcyjny: Izabela Kaptacz, Dagmara Jarosik, Marta Kachel

Foto: Aneta Moćko, Artur Kaptacz

Opracowanie graficzne i skład: Sylwia Mitreva

Druk: Drukarnia Częstochowskie Zakłady Graficzne Sp. z o.o.  
przy ul. Krakowska 45a KRS 0000056401