

Opieka duchowa niezbędną składową całościowej opieki nad chorymi na COVID-19

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie



prof. dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik¹, dr n. med. Piotr Gajewski², dr n. o zdr. Szymon Gołota³, dr hab. n. med. Jakub Pawlikowski prof. UKSW i UML⁴, dr n. teol. Grzegorz Giemza⁵, lek. Marek Krobicki⁶, Halina Kutaj-Wąsikowska⁷, dr hab. Andrzej Muszala prof. UPJPII⁸

¹ Katedra Opieki Paliatywnej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy

² Polski Instytut Evidence Based Medicine; McMaster University Department of Medicine, Hamilton, Kanada

³ Katedra Neuropsychologii Klinicznej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy

⁴ Collegium Medicum, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie; Katedra Nauk Humanistycznych i Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁵ Towarzystwo Poradnictwa i Psychologii Pastoralnej w Polsce

⁶ Bonifratrska Fundacja Dobroczyzna

⁷ Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

⁸ Międzywydziałowy Instytut Bioetyki, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

Jak cytować: Krajnik M., Gajewski P., Gołota S., Pawlikowski J., Giemza G., Krobicki M., Kutaj-Wąsikowska H., Muszala A.: Opieka duchowa niezbędną składową całościowej opieki nad chorymi na COVID-19. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie. Med. Prakt., 2020; 12: 146–152

Skróty: COVID-19 – choroba wywołana przez SARS-CoV-2, GIS – Główny Inspektor Sanitarny, PTODM – Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie, SARS-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*) – koronawirus zespołu ostrej niewydolności oddechowej 2

Wprowadzenie

Rozwój pandemii COVID-19 spowodował, że państwa skupiają swoje wysiłki na leczeniu osób ciężko chorych i na strategiach ograniczających rozprzestrzenianie się wirusa. Dystansowanie społeczne, unikanie dotykania się, zasłanianie twarzy, ciągły zalew budzących niepokój informacji w mediach, odradzanie bezpośrednich kontaktów z członkami rodzin, szczególnie w podeszłym wieku lub złym ogólnym stanie zdrowia – skutkuje u wielu, nawet zdrowych osób nasileniem lęku i samotności, a niekiedy nawet depresji i myśli samobójczych. U hospitalizowanych chorych na COVID-19 poczucie osamotnienia, zagubienia, a nawet przeżycia jest potęgowane przez nieobecność ich bliskich, nawet w okresie umierania, czy brak widoku ludzkiej twarzy lub dotyku dłoni personelu medycznego, ubranego w szczelne środki ochrony

osobistej. W tej sytuacji mogą być również naruszone podstawowe prawa pacjenta, w tym prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego oraz prawo do opieki duszpasterskiej.¹

Wydaje się, że społeczeństwa i systemy opieki zdrowotnej, a nierzadko także kościoły i związki wyznaniowe, nie uświadamiają sobie w należyty sposób tego, że chorzy na COVID-19, zwłaszcza ci w stanie zagrożenia życia, mogą bardzo cierpieć, nie tylko fizycznie i psychospołecznie, ale również duchowo, między innymi z powodu:

- 1) poczucia braku nadziei, izolacji, opuszczenia przez innych, a może i przez Boga (zwłaszcza gdy nie są w ogóle odwiedzani przez kapelana z posługą sakramentalną)
- 2) głębokiej potrzeby uzyskania przebaczenia (od innych ludzi, od Boga)
- 3) niemożności wypełnienia/załatwienia ważnych dla nich i „niezakończonych” spraw

4) niemożności pożegnania się z bliskimi.

Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla, że „wszyscy pracownicy opieki zdrowotnej mają etyczny obowiązek łagodzenia bólu i cierpienia, niezależnie od tego, czy ma ono charakter fizyczny, psychospołeczny, czy duchowy”.² Eksperti w dziedzinie duchowości w medycynie w dokumencie upominającym się o interdyscyplinarną opiekę duchową w czasie obecnej pandemii podkreślają, że chorzy na COVID-19 „rozpaczliwie potrzebują opieki duchowej”.³

Biorąc pod uwagę zarówno doświadczenia innych krajów, jak i wnioski z bieżącej analizy sytuacji chorych na COVID-19 w Polsce, Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie (PTODM) postanowiło przedstawić swoje stanowisko w sprawie potrzeby i możliwości świadczenia dla tych chorych i ich bliskich opieki duchowej.

PTODM jest towarzystwem naukowym powstałym z inicjatywy środowiska medycznego, skupiającym lekarzy różnych specjalności, innych pracowników medycznych, a także kapłanów i duchownych różnych wyznań.⁴ Podstawowym celem działalności PTODM jest „integrowanie i reprezentowanie środowiska osób zainteresowanych opieką duchową w medycynie, świadczoną na rzecz osób chorych, niepełnosprawnych i ich rodzin, dążenie do zapewnienia im wysokiej jakości tejże opieki oraz wspieranie rozwoju badań naukowych i promowanie wiedzy w tym zakresie”.⁴ Wypełniając swoją misję, PTODM pragnie nie tylko upomnieć się o świadczenie opieki duchowej dla chorych na COVID-19, ale także zainicjować i wdrażać programy zwiększające jej dostępność i praktykowanie.

Podstawowe pojęcia i założenia opieki duchowej

Warunkiem wdrażania i upowszechniania skutecznych interwencji jest edukacja, która w dużej mierze niweluje sztucznie stworzone bariery, często niemające jakichkolwiek racjonalnych podstaw. Należy zatem w pierwszej kolejności wyjaśnić przyjęte pojęcia i założenia.

Czym jest duchowość w medycynie

PTODM wypracowało definicję duchowości w medycynie, zgodną z definicją przyjętą przez ekspertów skupionych wokół takich instytucji, jak George Washington Institute for Spiritual Health (GWish) oraz City of Hope,⁵ a także z definicją European Association of Palliative Care (EAPC)^{6,7}. Określa ona duchowość jako „wymiar ludzkiego życia stanowiący odniesienie do transcendentności i innych wartości egzystencjalnie ważnych”. Duchowość obejmuje:

- 1) religijność człowieka, zwłaszcza jego relacje z Bogiem, a także zwyczaje i praktyki oraz życie wspólnotowe
- 2) poszukiwania egzystencjalne odnoszące się szczególnie do sensu życia, cierpienia i śmierci oraz do pytania o własną godność i o to, kim się jest jako osoba; do sfery wolności i odpowiedzialności, nadziei i rozpaczy, pojednania i przebaczenia, miłości i radości
- 3) wartości, którymi żyje człowiek, zwłaszcza jego relacje z samym sobą i z innymi ludźmi, stosunek do pracy, natury, sztuki i kultury, jego wybory w sferze moralności i etyki oraz „samożycie”.⁸

Zgodnie z definicją, opieką duchową będzie zarówno spełnienie potrzeb religijnych chorego, jak i zadbanie o realizację jego pragnienia bliskości z innymi, które wzmacnia poczucie sensu i treści życia oraz jest dla człowieka źródłem nadziei.

Jak można świadczyć opieką duchową

Instytucje medyczne, w tym szpitale, w wielu krajach wdrażają programy ukierunkowane na wsparcie duchowe chorych, takie jak: 3 Wishes Project,⁹ ICU Healing Journal¹⁰ czy Get to Know Me Board¹¹. Pomagają one w stworzeniu atmosfery sprzyjającej świadczeniu opieki ukierunkowanej na pełnię człowieczeństwa chorego, czyli opieki pozwalającej mu się rozwijać, żyć możliwie do spełnienia nadzieje, być twórczym w każdej chwili życia, także w chorobie i w okresie umierania. Sam chory będzie mógł doświadczyć tego, że jest szanowany jako Osoba, że opiekunom naprawdę na nim zależy, że chcą mu pomóc, by odnalazł to, co dla niego najważniejsze.

Specjalistyczna opieka duchowa w szpitalach powinna być świadczona przez odpowiednio wykształconych kapelanów i innych członków zespołu opieki duchowej, natomiast na poziomie podstawowym realizują ją lekarze, pielęgniarki i inni pracownicy medyczni. Rozpoczyna się ona od:

- 1) otwarcia na sferę duchową chorego (i swoją własną) przez praktykowanie uważności względem chorego i skupienie się na nim (nawet przez kilka minut rozmowy z nim)
- 2) otwartości na pomoc w poszukiwaniu sensu
- 3) wzmacniania godności chorego i jego poczucia, że jest „niepowtarzalny”
- 4) zapytania o potrzeby duchowe chorego, a jeśli jest człowiekiem wierzącym w Boga – zadbania o dostęp do praktyk religijnych, które są dla niego ważne, w ramach sprawowanej opieki zdrowotnej.

Ważne jest też, aby klinicysta umiał rozpoznawać kryzys duchowy i współpracował z kapłanem lub innym specjalistą opieki duchowej w medycynie.

Jak zadbać o bliskość i pożegnanie z tymi, których nie ma przy chorym

Trudno mieć nadzieję, że jest się w stanie w pełni zastąpić choremu obecność bliskich, których fizycznie przy nim nie ma, wtedy gdy ich najbardziej potrzebuje. Choć w okresie pandemii wiele szpitali i innych instytucji zamyka się przed rodzinami i przyjaciółmi chorych lub pensjonariuszy, nie musi to skutkować ich całkowitym opuszczeniem przez bliskich. Trzeba wykorzystać wszelkie inne dostępne możliwości. Wprawdzie komunikacja wirtualna nie zastąpi rozmowy twarzą w twarz, dotyku bliskiej osoby czy przytulenia, ale nie jest bezwartościowa. Wymaga jednak zaangażowania personelu medycznego i jego uważności na to, by umożliwić choremu nawiązanie i kontynuowanie takiego kontaktu. Szczególnym wyzwaniem jest umieranie chorego w samotności, bez bliskich wokół jego łóżka. Lekarz lub inny członek zespołu medycznego powinien wtedy skontaktować się z bliskimi, zachęcić ich i wesprzeć w tym, by pożegnali się wirtualnie z umierającym, by powiedzieli mu to, co ważne, by po prostu z nim w tych ostatnich chwilach życia byli. Nie należy się zrażać,

nawet jeśli umierający sprawia wrażenie, jakby nie słyszał. Doświadczenia medycyny paliatywnej uczą nas bowiem, że słuch i dotyk „umierają ostatni”. Badania z zakresu towarzyszenia umierającym dostarczają coraz więcej dowodów na to, że odbierają oni to, co się do nich mówi, i że można im w ten sposób pomóc w przechodzeniu przez fazę agonii.^{12,13} Co więcej, możliwość pożegnania się bliskich z umierającym pomaga im przeżyć czas osierocenia i zmniejsza ryzyko powikłanej żałoby.¹⁴

Czy jest możliwe realizowanie opieki duszpasterskiej dla chorych na COVID-19 w szpitalach i innych placówkach

W maju 2020 roku PTODM poprosiło Główny Inspektorat Sanitarny (GIS) o ustosunkowanie się do problemu dostępności kapelanów szpitalnych w czasie pandemii. Zgodnie z pismem Zastępcy Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 18 maja (BI.OI.070.6.2020) do Prezesa PTODM w sprawie określenia zasad dostępu osób duchowych do chorych we wszystkich szpitalach w Polsce: „kapłan sprawujący opiekę duszpasterską nad chorymi hospitalizowanymi z powodu zakażenia SARS-CoV-2 zobligowany jest do sprawowania posługi z zastosowaniem środków ochrony indywidualnej takich samych jak personel medyczny opiekujący się pacjentem. Zaleca się udzielanie wszelkich Sakramentów Świętych dla osób chorych lub podejrzanych o zakażenie z zachowaniem szczególnego reżimu sanitarnego. Kapłani pracujący z chorymi jak również sami wierni z odpowiedzialnością muszą stosować się do zaleceń lekarzy opiekujących się chorymi, jak również do zaleceń odpowiednich władz i służb, których celem jest powstrzymanie epidemii. W duchu odpowiedzialności za siebie i innych ważne jest, aby zachować wszelkie środki ostrożności i higieny”.¹⁵ Według GIS możliwe jest więc spełnianie potrzeb religijnych chorych na COVID-19 przez kapelanów. Niestety liczne sygnały od chorych, ich bliskich i personelu medycznego wskazują, że w wielu placówkach brakuje takiej opieki. Często jest to spowodowane zbyt kategorycznymi restrykcjami wprowadzonymi przez osoby zarządzające daną instytucją, a w efekcie naru-

szającymi prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej i nie uwzględniającymi tego, że kapelan na ogół jest pracownikiem szpitala lub jest uwzględniony w informacji szpitalnej jako osoba współpracująca ze szpitalem w spełnianiu potrzeb religijnych (dotyczy to zwłaszcza osób duchownych wyznań innych niż dominujące na danym terenie). Należy podkreślić, że kapelan nie jest osobą „z zewnątrz”, lecz powinien być traktowany jako członek zespołu terapeutycznego. Bariery ze strony szpitala mogą wynikać także z obaw o środki finansowe na zaopatrzenie kapelana w środki ochrony osobistej. Jeszcze innym problemem jest lęk duchownego – zwłaszcza w podeszłym wieku lub cierpiącego na choroby zwiększające ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19 – przed zarażeniem się.

Program PTODM ułatwiający dostęp chorych na COVID-19 do opieki duchowej w szpitalach i jej praktykowanie

Wychodząc naprzeciw przedstawionym powyżej potrzebom, PTODM opracowało i wdraża **ogólnopolski program „Bądź przy mnie – wsparcie społeczne i duchowe dla chorych hospitalizowanych z powodu COVID-19”**, którego głównym celem jest łagodzenie cierpienia chorych i ich bliskich poprzez zatoszczenie się o ich potrzeby społeczne i duchowe (ramka). Partnerami programu są: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz Rzecznik Praw Pacjenta, który jednocześnie objął program patronatem honorowym. Program koncentruje uwagę pracowników szpitala na pacjentach, którzy z powodu swojego stanu fizycznego i/lub problemów technicznych nie realizują potrzeby kontaktu z bliskimi (Podpora 1). Ponadto przewiduje zapewnienie opieki duchowej pacjentom, którzy mają niezrealizowane potrzeby w zakresie kontaktu z kapłanem (Podpora 2). Dla Podpory 1 zostanie wybrany partner technologiczny, natomiast partnerami Podpory 2 są Zespół Konferencji Episkopatu Polski ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia oraz Polska Rada Ekumeniczna. Partnerem medialnym jest wydawnictwo Medycyna Praktyczna. Do realizacji programu zaproszono szpitale, w których przebywają chorzy na COVID-19.

Realizacja **Podpory 1 („Porozmawiaj ze mną”)** będzie możliwa dzięki zaopatrzeniu szpitali przez partnera technologicznego w urządzenia mobilne (telefon komórkowy lub tablet, wraz z bezpłatnym pakietem rozmów i dostępu do internetu) do używania przez pacjentów, by mogli się komunikować z bliskimi. Ponadto w szpitalach zostaną wdrożone odpowiednie, ukierunkowane na potrzeby pacjentów procedury w zakresie umożliwienia choremu komunikacji z bliskimi oraz inicjowanie kontaktu telefonicznego przez personel medyczny, gdy chory nie jest w stanie uczynić tego samodzielnie (zwłaszcza w okresie umierania).

Podpora 2 („Podnieś mnie na duchu”) to działania ukierunkowane na zniesienie barier uniemożliwiających bezpośredni kontakt chorych na COVID-19 z kapłanami. Kościół katolicki oraz kościoły skupione w Polskiej Radzie Ekumenicznej zadeklarowały pomoc w wyposażeniu kapłanów w środki ochrony osobistej. Ponadto podjęły decyzję o wdrożeniu strategii mającej na celu ochronę kapłanów obciążonych zwiększonym ryzykiem ciężkiego przebiegu COVID-19 (w podeszłym wieku lub chorujących na choroby przewlekłe zwiększające to ryzyko) i delegowania jako kapłanów szpitalnych do posługi religijnej osób młodszych lub ozdrowieńców. Szpitale zatoszczą się o przeszkolenie duchownych – nie tylko kapłanów będących pracownikami szpitala, ale również przedstawicieli innych wyznań delegowanych do posługi religijnej w szpitalu – w zakresie stosowania środków ochrony osobistej oraz poruszania się w reżimie sanitarnym zgodnie z przepisami ogólnymi i zasadami obowiązującymi w danej jednostce. Zostaną też wdrożone odpowiednie procedury skutecznego informowania chorych o możliwości osobistego kontaktu z kapłanem (zgodnie z potrzebami religijnymi) oraz umożliwiające taki kontakt, przy zachowaniu procedur właściwych dla bezpieczeństwa epidemicznego.

Działania PTODM wpisują się w inicjatywę podejmowaną w środowiskach medycznych w innych krajach. Na przykład niemieckie towarzystwa naukowe opublikowały rekomendacje dotyczące wsparcia dla cierpiących, ciężko chorych na COVID-19, umierających oraz dla osób osieroconych.¹⁵ Upominają się w nich m.in. o fizyczną obecność bliskich przy umierających na COVID-19 pacjentach nawet na oddziałach intensywnej te-

► Bądź przy mnie – wsparcie społeczne i duchowe dla chorych hospitalizowanych z powodu COVID-19 Ogólnopolski program Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie

Organizator: Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie

Partnerzy merytoryczni: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Rzecznik Praw Pacjenta

Partner Podpory 1 – wybrany partner technologiczny

Partnerzy Podpory 2 – Zespół Konferencji Episkopatu Polski ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Polska Rada Ekumeniczna

Partner medialny: Medycyna Praktyczna

Patronat honorowy: Rzecznik Praw Pacjenta

Cel programu: obniżenie poziomu stresu i podniesienie jakości życia chorych hospitalizowanych poprzez zapewnienie im wsparcia społecznego i duchowego. Program koncentruje uwagę pracowników szpitala na pacjentach, którzy z powodu swojego stanu fizycznego lub/i problemów technicznych nie realizują potrzeby kontaktu z bliskimi (Podpora 1). Ponadto program przewiduje zapewnienie opieki duchowej pacjentom, którzy mają niezrealizowane potrzeby w zakresie kontaktu z kapłanem (Podpora 2).

Podpora 1: Porozmawiaj ze mną

Procedura:

- 1) Szpital umożliwia choremu na COVID-19 kontakt telefoniczny z osobami bliskimi, zwracając w tym zakresie szczególną uwagę na pacjentów niesamodzielnymi, w stanie ciężkim i w stanie zagrożenia życia.
- 2) Szpital monitoruje potrzeby kontaktu telefonicznego z bliskimi wśród pacjentów umierających i inicjuje taki kontakt z bliskimi (nawet wtedy, gdy świadomość chorego jest ograniczona).

Środki:

- 1) Urządzenia mobilne umożliwiające komunikację (telefon komórkowy lub tablet) do udostępnienia pacjentom na czas rozmowy z bliskimi.
- 2) Członek/członkowie zespołu medycznego monitorujący potrzeby pacjentów w zakresie komunikacji z bliskimi oraz inicjujący kontakt telefoniczny między pacjentem niezdolnym do samodzielnych czynności (zwłaszcza umierającym) a jego bliskimi.

Działania:

Po zidentyfikowaniu u pacjenta potencjalnej niezrealizowanej potrzeby kontaktu z bliskimi:

- 1) zapytanie pacjenta o realną chęć kontaktu z bliskimi
- 2) zaoferowanie pacjentowi odpowiedniego sprzętu (jeśli nie posiada własnego)
- 3) ewentualnie udzielenie pomocy w uzyskaniu połączenia (w razie trudności technicznych)
- 4) zaoferowanie możliwości kolejnych rozmów
- 5) skontaktowanie się z bliskimi pacjenta umierającego i zachęcenie ich do pożegnania się przez telefon

Podpora 2: Podnieś mnie na duchu

Procedura:

- 1) Szpital w jasny i przystępny sposób informuje pacjentów o możliwości kontaktu z kapłanem (zgodnie z potrzebami religijnymi).
- 2) Szpital umożliwia choremu osobisty kontakt z kapłanem, przy zachowaniu procedur właściwych dla bezpieczeństwa epidemicznego.

Środki:

Przeszkolenie kapłana (zarówno będącego pracownikiem szpitala, jak również duchownych innych wyznań delegowanych do posługi religijnej w szpitalu) w zakresie stosowania środków ochrony indywidualnej oraz w zakresie poruszania się w reżimie sanitarnym zgodnie z przepisami ogólnymi i zasadami obowiązującymi w danym szpitalu.

Działania:

Kapłan podejmuje posługę w zakresie wsparcia duchowego wobec chorych zgłaszających taką potrzebę – podczas kontaktu z pacjentem identyfikuje typ potrzeby duchowej (np. rozmowa, modlitwa lub udzielenie sakramentów).

rapii, o lepszy dostęp do komunikacji wirtualnej oraz o wsparcie dla personelu medycznego. Wielodyscyplinarna grupa robocza ComuniCovid, powołana przez włoskie towarzystwa naukowe, zaproponowała klinicystom opiekującym się ciężko

chorymi na COVID-19 pacjentami, w jaki sposób mogą rozmawiać wirtualnie z rodzinami chorych, zwłaszcza umierających.¹⁷

Podsumowanie

PTODM zaprasza wszystkich, których dotyczy poruszony problem, do wspólnych działań na rzecz dostępności opieki duchowej dla hospitalizowanych chorych na COVID-19. Aby żaden chory nie był samotny w szpitalu, zwłaszcza w okresie zagrożenia życia, bezradności i umierania i aby nikt nie był pozbawiony opieki duchowej właśnie wtedy, gdy najbardziej jej potrzebuje.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 r., poz. 159), t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 849.
2. Palliative Care, Pan American Health Organization, World Health Organization. Palliative care. www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12587:palliative-care&Itemid=42139&lang=en (dostęp: 29.11.2020)
3. Puchalski C., Bauer R., Ferrell B. i wsp.: Palliative care in the COVID-19 pandemic briefing note. Interprofessional spiritual care in the time of COVID-19. International association for hospice & palliative care. 2020. <http://globalpalliativecare.org/covid-19/uploads/briefing-notes/briefingnote-interprofessional-spiritual-care-in-the-time-of-covid-19.pdf> (dostęp: 29.11.2020)
4. Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie. <http://ptodm.org.pl/> (dostęp: 29.11.2020)
5. Puchalski C.M., Ferrell B., Virani R. i wsp.: Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference. *J. Palliat. Med.*, 2009; 12: 885–904
6. Nolan S., Saltmarsh P., Leget C.: Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. *Eur. J. Palliat. Care*, 2011; 18: 86–89
7. Best M., Leget C., Goodhead A., Paal. P.: An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliat. Care*, 2020; 19: 9
8. Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie: Co to jest duchowość. <http://ptodm.org.pl/ptodm/171384,co-to-jest-duchowosc> (dostęp: 29.11.2020)
9. Vanstone M., Neville T.H., Clarke F.J. i wsp.: Compassionate end-of-life care: mixed-methods multisite evaluation of the 3 Wishes project. *Ann. Intern. Med.*, 2020; 172: 1–11
10. Rogan J., Zielke M., Drumright K., Boehm L.M.: Institutional challenges and solutions to evidence-based, patient-centered practice: implementing ICU diaries. *Crit. Care Nurse*, 2020; 40: 47–56
11. Gajic O., Anderson B.D.: "Get to Know Me" board. *Crit. Care Explor.*, 2019; 1: e0030
12. Renz M., Reichmuth O., Bueche D. i wsp.: Fear, pain, denial, and spiritual experiences in dying processes. *Am. J. Hospice Palliat. Med.*, 2018; 35: 478–491
13. Renz M.: *Dying a transition*. Columbia University Press. New York 2015.
14. Otani H., Yoshida S., Morita T. i wsp.: Meaningful communication before death, but not present at the time of death itself, is associated with better outcomes on measures of depression and complicated grief among bereaved family members of cancer patients. *J. Pain Symptom Manage*, 2017; 54: 273–279.
15. Zasady dostępu osób duchowych do chorych we wszystkich szpitalach w Polsce [odpowiedź Zastępcy Głównego Inspektora Sanitarnego z 18.05.2020]. 23.11.2020. <http://ptodm.org.pl/aktualnosci/show.html?id=252601> (dostęp: 28.11.2020)
16. Münch U., Müller H., Deffner T. i wsp.: [Recommendations for the support of suffering, severely ill, dying or grieving persons in the corona pandemic from a palliative care perspective: recommendations of the German Society for Palliative Medicine (DGP), the German Interdisciplinary Association for Intensive and Emergency Medicine (DIVI), the Federal Association for Grief Counseling (BVT), the Working Group for Psycho-oncology in the German Cancer Society, the German Association for Social Work in the Healthcare System (DVSJG) and the German Association for Systemic Therapy, Counseling and Family Therapy (DGST)]. *Schmerz*, 2020; 34: 303–313
17. Multidisciplinary Working Group "ComuniCovid" [Italian Society of Anesthesia and Intensive Care (SIAARTI), Italian Association of Critical Care Nurses (Aniarti), Italian Society of Emergency Medicine (SIMEU), and Italian Society Palliative Care (SICP)]. Come comunicare con i familiari dei pazienti in completo isolamento durante la pandemia da SARS-CoV-2 [How to communicate with families of patients in complete isolation during SARS-CoV-2 pandemic multidisciplinary working group "ComuniCovid"]. *Recenti Prog. Med.*, 2020; 111: 357–367