

KATARZYNA DEMBE, PIOTR L. CHŁOSTA,
ANNA KATARZYNA CZECH

Oblicza choroby nowotworowej

**Poradnik dla pacjentów
z nowotworami układu
moczowo-płciowego oraz
dla ich rodzin lub opiekunów**



**Wydawca**

Polskie Towarzystwo Urologiczne
ul. Łowicka 19
02-574 Warszawa

© Polskie Towarzystwo Urologiczne
Warszawa 2019

Wszystkie prawa zastrzeżone. Żadna część
ani całość wydawnictwa **Oblicza choroby
nowotworowej. Poradnik dla pacjentów
z nowotworami układu moczowo-płciowego
oraz dla ich rodzin lub opiekunów** nie może być
wykorzystana w jakikolwiek sposób bez zgody
wydawcy.

Wydanie I

ISBN 978-83-945019-6-9

Redakcja wydawnicza

Irena Komorowska

Korekta

Bożena Leszkowicz

Projekt graficzny

Krzysztof Stefaniuk

Spis treści

- 5 O autorach
- 10 Wstęp
Katarzyna Dembe, Piotr L. Chłosta
- 12 Po diagnozie
Katarzyna Dembe, Piotr L. Chłosta
- 15 Reakcje psychiczne na chorobę nowotworową
a wiek chorych
Katarzyna Dembe, Piotr L. Chłosta
- 17 Przystosowanie do choroby nowotworowej
Katarzyna Dembe, Piotr L. Chłosta
- 21 Zarys zaburzeń psychicznych występujących
w przebiegu choroby nowotworowej i leczenia
Katarzyna Dembe, Piotr L. Chłosta
- 34 Reakcje na wybrane objawy somatyczne
w chorobie nowotworowej
Katarzyna Dembe, Piotr L. Chłosta
- 39 Reakcje emocjonalne przed zabiegiem
operacyjnym
Anna Czech, Piotr L. Chłosta
- 43 Zarys leczenia nowotworów
urologicznych ze szczególnym uwzględnieniem
leczenia chirurgicznego
Katarzyna Dembe, Piotr L. Chłosta
- 49 Jakość życia pacjentów po zabiegach
chirurgicznych
Katarzyna Dembe, Piotr L. Chłosta
- 52 Rola rodziny w leczeniu chorego onkologicznego
Katarzyna Dembe, Piotr L. Chłosta
- 54 Strata bliskiej osoby.
Sposoby radzenia sobie z żałobą
- 57 Piśmiennictwo

O autorach

Mgr Katarzyna Dembe

Jako psycholog związana jest ze Szpitalem Uniwersyteckim w Krakowie od 2015 roku. Jest młodszym asystentem w Oddziale Urologii i Urologii Onkologicznej oraz Oddziale Klinicznym I Kliniki Kardiologii i Elektrokardiologii Interwencyjnej oraz Nadciśnienia Tętniczego. W Oddziale Urologii i Urologii Onkologicznej diagnozuje oraz prowadzi terapię pacjentów chorujących na nowotwory układu moczowo-płciowego. Zajmuje się również psychoedukacją z zakresu psychologicznego przygotowania do zabiegów chirurgicznych, pracuje terapeutycznie z osobami mającymi zaburzenia nerwicowe, nastroju czy problemy adaptacyjne.



Lekarz Anna Katarzyna Czech

Absolwentka Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Specjalizację z urologii odbyła w Oddziale Klinicznym Urologii i Urologii Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, kierowanym przez prof. dr. hab. n. med. Piotra L. Chłostę.

W 2018 roku uzyskała tytuł Fellow of European Board of Urology i specjalisty urologa. Kontynuuje pracę w Oddziale Klinicznym Urologii i Urologii Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie oraz w Katedrze i Klinice Urologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Urologicznego, European Association of Urology i American Urological Association. Pełniła funkcję przewodniczącej Sekcji Adeptów Urologii Polskiego Towarzystwa Urologicznego w kadencji 2015/2016.



Prof. dr hab. n. med. Piotr L. Chłosta, FEBU, FRCS (Glasg.) chirurg, specjalista urolog

Kierownik Katedry i Kliniki Urologii UJ CM w Krakowie, kierownik Oddziału Klinicznego Urologii i Urologii Onkologicznej w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, konsultant naukowy Kliniki Urologii w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach, od 2015 roku prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

Główne kierunki zainteresowań naukowych i zawodowych: urologia onkologiczna, endourologia, urologia laparoskopowa oraz nauczanie urologii.

Prof. Piotr L. Chłosta jest absolwentem Szkoły Muzycznej im. G. Bacewicz we Wrocławiu w klasie skrzypiec i Wydziału Lekarskiego wrocławskiej Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich. Uzyskał specjalizację z zakresu chirurgii ogólnej (1995) oraz II st. urologii (1998). Habilitował się w 2010 roku, w roku 2014 otrzymał tytuł profesora nauk medycznych. W latach 2004–2012 był konsultantem wojewódzkim w dziedzinie urologii dla województwa świętokrzyskiego. Profesor wizytujący Universitätsklinikum für Urologie Carl Gustav Carus Dresden.

Wieloletni działacz i obecny prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego (PTU). W latach 2008–2015 przewodniczący Sekcji Endourologii i ESWL PTU, a w latach 2002–2014 delegat PTU do Europejskiej Rady Urologii (European Board of Urology). Członek Honorowy Sekcji Wideochirurgii Towarzystwa Chirurgów Polskich, Węgierskiego i Słowackiego Towarzystwa Urologicznego oraz New York Section of American Urological Association. Członek egzekutywy wielu towarzystw naukowych, między innymi European Association of Urology (EAU), Association of Academic European Urologists (AAEU), Laparoscopy Working Group of European Section Uro-Technology (ESUT), European Association of Urology Section of Uro-Oncology (EAU – ESOU), American Urological Association (AUA), a od 2014 roku Royal College of Surgeons [FRCS (Glasg.)]. Doktor honoris causa Uniwersytetu Medycznego im. I. Semmelweissa w Budapeszcie.

Redaktor i współautor pierwszego w Polsce „Atlasu laparoskopii urologicznej”. Wprowadził do rodzimej urologii szereg nowa-

torskich metod operacyjnych i oryginalnych modyfikacji sposobów leczenia zabiegowego. W przeszłości – jako uczeń prof. Andrzeja Borówki, kierownik Kliniki Urologii Świętokrzyskiego Centrum Onkologii i profesor nadzwyczajny w Klinice Urologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – rozwinął minimalnie inwazyjną metodę biopsji mającą zastosowanie w przypadku znacznie zaawansowanego raka pęcherza moczowego oraz współtworzył i wdrożył metodę przezskórnej cystolitotrypsji (PCCL) w leczeniu chorych na kamice pęcherza moczowego.

Wykonał pierwsze w Polsce i jedne z pierwszych na świecie laparoskopowe wycięcie zaotrzewnowych węzłów chłonnych u chorych na przerzutowego raka jądra, jako pierwszy w Polsce wytworzył zastępczy pęcherz jelitowy wyłącznie laparoskopowo oraz jako pierwszy urolog na świecie wykonał operację wszczepienia sztucznego zwieracza wokoło cewki sterczowej u mężczyzny metodą laparoskopii.



Jest autorem lub współautorem ponad 250 prac naukowych opublikowanych w recenzowanych medycznych czasopismach naukowych w kraju i za granicą oraz kilkunastu rozdziałów w książkach.

Laureat wielu nagród krajowych i międzynarodowych, w tym Ministra Zdrowia RP. Laureat Distinguished Service Award przyznanej przez Europejską Radę Urologii (EBU) w roku 2014 oraz EBU Golden Pin w roku 2019 za zasługi w dziedzinie edukacji i kształcenia podyplomowego w urologii w wymiarze europejskim. Członek Kapituły Konkursu Prix Galien Polska. Pomysłodawca i dyrektor programowy festiwalu KultURO, imprezy naukowo-kulturalnej odbywającej się w Krakowie, dedykowanej promowaniu kultury zdrowotnej w dziedzinie urologii i profilaktyce chorób układu moczowego.

Współzałożyciel i gitarzysta zespołu rockowego EndoPower.

Wstęp

Choroby nowotworowe są doświadczeniem traumatycznym nie tylko dla osób, których dotyczą bezpośrednio, lecz także dla ich rodzin.

Zachorowanie na nowotwór nie jest jednorazowym źródłem stresu dla pacjenta. Pojawienie się choroby wywołuje zwykle długofalowe konsekwencje obejmujące leczenie, zmaganie się ze skutkami ubocznymi terapii, obniżoną jakością życia, a często również mniejszą zdolnością do pracy czy rzadszymi kontaktami społecznymi.

Badania naukowe prowadzone w zakresie radzenia sobie z chorobą nowotworową pokazują, że jest ona postrzegana jako krytyczne wydarzenie, mające istotny wpływ na życie osoby chorej i wywołujące bardzo silne, negatywne emocje począwszy od momentu diagnozy, poprzez leczenie, aż do wyleczenia. Część z nich może trwać przez cały okres leczenia, inne mogą się pojawić wybiórczo albo wcale. Występowanie i stopień nasilenia emocji zależy od przebiegu choroby oraz indywidualnych predyspozycji chorego do przeżywania emocji.

Należy podkreślić, że emocje towarzyszące chorobie nowotworowej są naturalne i adekwatne do sytuacji, ponieważ w momencie diagnozy okazuje się, że utraciliśmy najważniejszą wartość, czyli zdrowie.

Książka, która ma charakter poradnika, skierowana jest do osób zmagających się z nowotworami układu moczowo-płciowego, do ich rodzin, opiekunów oraz lekarzy prowadzących. Dużo miejsca poświęcono w niej omówieniu najczęstszych reakcji emocjonalnych na tę chorobę oraz sposobom radzenia sobie z nimi.

Publikacja powstała na podstawie obserwacji i wywiadów z chorymi hospitalizowanymi w Klinice Urologii i Urologii Onkologicznej w Krakowie.

Pragnę podziękować osobom, które wspierały mnie i motywowały na każdym etapie powstawania tej publikacji. Szczególne podziękowania kieruję w stronę Pana prof. Piotra L. Chłosty, dzięki któremu mogła ona ujrzeć światło dzienne, Pani dr n. med. Katarzynie Olszewskiej za każde cenne słowo oraz napisanie recenzji oraz Pani lek. Annie Katarzynie Czech za uzupełnienie tego poradnika o rozdział dotyczący leczenia onkologicznego. Dziękuję również zespołowi Biura Wydawniczego Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

Z wyrazami szacunku
mgr Katarzyna Dembe

KATARZYNA DEMBE, PIOTR L. CHŁOSTA

Po diagnozie

Diagnoza choroby nowotworowej traktowana jest przez pacjentów jak wyrok. Słowo „rak” wywołuje przerażenie i lęk, ponieważ kojarzone jest zazwyczaj z cierpieniem i śmiercią. Nie jest łatwo pogodzić się ze słowami wypowiedzianymi przez lekarza, tym bardziej że choroba nowotworowa kreuje negatywne obrazy wiążące się z długim, trudnym i bolesnym leczeniem, zwłaszcza w przypadku zabiegów chirurgicznych, czy obawami związanymi ze zmianą w wyglądzie, np. w przypadku chemioterapii.

Choroba nowotworowa wzbudza niewątpliwie bardzo silne negatywne reakcje natury emocjonalnej. Z wielu badań wiadomo, że są to najczęściej przygnębienie, agresja, lęk, objawy depresyjne.

Choroba bardzo często sprawia, że ludzie zaczynają zastanawiać się nad swoim życiem i przewartościowują je. Pomędzy osobami zdrowymi a chorymi widać istotne różnice odnośnie wartości, postrzegania otaczającego świata, przyszłości czy własnej osoby. Osoby zdrowe skupiają uwagę na wartościach dotyczących lepszej przyszłości, natomiast osoby chore idealizują swoje życie sprzed diagnozy.

Choroba, która zagraża życiu, powoduje poczucie utraty kontroli nad swoim życiem, co prowadzi do chęci odzyskania jej i staje się kwestią priorytetową. Według Matthiasa Burischa odzyskanie kontroli nad własnym życiem może stanowić problem dla osób, które cechuje bezradność, koncentracja na wewnętrznym umieszczeniu kontroli nad stresem, w przeciwieństwie do tych, którzy przejawiają kontrolę zewnętrzną. Pacjenci onkologiczni po wygranej walce z nowotworem uważają, że lepiej radzą sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami niż przed chorobą.

Podejście do choroby i przystosowanie się do niej uwarunkowane jest predyspozycjami indywidualnymi, nastawieniem do leczenia, poszukiwaniem informacji dotyczących choroby i metod terapii. Ponadto poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego, sytuacją życiową, wiekiem, a także doświadczeniem związanym z chorobą nowotworową w przeszłości, która dotyczy bezpośrednio osoby borykającej się z nawrotem choroby lub osoby bliskiej. Bardzo ważną rolę w procesie adaptacji do choroby odgrywa psychika. Wymienione czynniki mają duży wpływ na kreowanie obrazu choroby nowotworowej.

Każda osoba przeżywa tę chorobę indywidualnie i potrzebuje odpowiedniego dla siebie czasu, aby odnaleźć się w trudnej roli pacjenta onkologicznego.

Początkowy okres po usłyszeniu diagnozy jest właściwie kluczowy, ponieważ rzutuje na dalszą przyszłość chorego. W tym okresie chorzy dokonują analizy najważniejszych spraw, własnych potrzeb i poszukują wsparcia ze strony rodziny oraz innych osób, które również są w trakcie leczenia, aby poszerzyć swoją wiedzę.

Pojawiające się w tym czasie negatywne uczucia są zupełnie naturalne. Warto jednak pamiętać, że zabierają one energię psychiczną, która powinna być skoncentrowana na działaniach związanych z prowadzeniem odpowiedniego leczenia. Koncentracja na emocjach doprowadza do zwiększenia ich natężenia, co w rezultacie negatywnie wpływa na odbiór informacji na temat stanu zdrowia i leczenia oraz prowadzi do pojawienia się zaburzeń psychicznych.

W leczeniu onkologicznym bardzo ważne jest odpowiednie wsparcie medyczne oraz emocjonalne, dlatego w literaturze tak bardzo podkreślane jest budowanie odpowiedniej relacji z lekarzem prowadzącym, opartej na zaufaniu, umiejętność wyrażania uczuć i potrzeb, a także wzmocnienie kontaktów interpersonalnych.

Elisabeth Kübler-Ross w swoich publikacjach wyodrębniła pięć faz występujących u chorych na nowotwory. W fazie pierwszej pojawia się zaprzeczanie i odrzucanie informacji na temat diagnozy. W fazie drugiej dochodzi do buntu, agresji wobec własnej osoby. Pacjent nie może pogodzić się z chorobą, skarży się na niesprawiedliwość losu. W fazie trzeciej rozpoczyna rozważania nad chorobą

oraz dalszym rozwojem wydarzeń. Czwarta faza charakteryzuje się wystąpieniem objawów depresji. Chorzy mają poczucie winy, traktują chorobę jako karę za wcześniejsze wydarzenia. Faza piąta pojawia się wtedy, gdy pacjenci uporali się z poprzednimi fazami, zyskali dojrzałość względem choroby i zaakceptowali ją. Wymienione fazy niekoniecznie muszą występować w podanej kolejności. Czas ich trwania zależy od predyspozycji do radzenia sobie w trudnych sytuacjach.

Pacjenci po usłyszeniu diagnozy często zadają pytanie, na które właściwie trudno udzielić odpowiedzi. Pytanie „dlaczego ja?” wymaga przewartościowania i przepracowania, ponieważ powoduje, że pacjent zaczyna traktować chorobę jako karę za wydarzenia z przeszłości. Tak naprawdę obwinianie siebie jeszcze bardziej pogłębia smutek i zamiast koncentrować się na procesie leczenia, uwaga chorego skierowana jest na coś, czego zmienić już nie można.

Pacjenci onkologiczni ze względu na stan zdrowia dokonują zmian w zakresie hierarchii potrzeb, które są charakterystyczne dla aktualnego stanu zdrowia i ogólnej sytuacji życiowej. Potrzeba bezpieczeństwa jest wymieniana najczęściej jako pierwsza przez większość pacjentów onkologicznych. Poczucie bezpieczeństwa zapewnia stały kontakt z lekarzem, od którego otrzymywane jest wsparcie informacyjne na temat stanu zdrowia i leczenia. Poczucie bezpieczeństwa wzmacniane jest również poprzez wsparcie ze strony osób bliskich oraz poczucie stabilności. Utrata sprawności ruchowej oraz niezależności wiąże się z obniżeniem samooceny, dlatego pacjenci mają potrzebę akceptacji ze strony otoczenia. Podczas choroby wyraźnie zarysowana jest także potrzeba wsparcia emocjonalnego, która ma różny charakter i zależy od czynników indywidualnych. Niektórzy pacjenci, pomimo choroby, nadal pragną pozostać niezależni, aczkolwiek oczekują od osób bliskich pomocy w zakresie poszukiwania informacji na temat leczenia, wyboru odpowiedniej placówki medycznej. Inne osoby będą chciały wyzalić się komuś bliskiemu, aby pozbyć się nadmiaru negatywnych emocji.

Osoby z natury aktywne, energiczne wyrażają potrzebę sprawowania kontroli nad swoim zdrowiem. Chętnie zmieniają styl życia, eliminując złe nawyki żywieniowe i używki. Osoby te bardzo

chętnie podejmują relację z lekarzem opartą na aktywnym uczestniczeniu w procesie podejmowania decyzji dotyczących terapii.

Stale niezaspokajane potrzeby wywołują szereg odczuć w postaci poczucia niepewności, bezradności, beznadziejności, zagrożenia czy lęku, co w efekcie jest przyczyną obniżenia nastroju. Warto zatem otworzyć się przed bliskimi osobami, gdyż otrzymywane wsparcie jest fundamentem pewności siebie, a także wzmacnia motywację do podjęcia leczenia i walki z chorobą.

KATARZYNA DEMBE, PIOTR L. CHŁOSTA

Reakcje psychiczne na chorobę nowotworową a wiek chorych

Kluczową rolę w zmaganiu się z chorobą nowotworową ma wiek, ponieważ wraz z nim zachodzi zmiana w reagowaniu i przeżywaniu trudnych wydarzeń. Dla osób młodych sytuacja choroby nowotworowej jest najtrudniejszym wydarzeniem, gdyż stawia pod znakiem zapytania ich dalsze życie wobec planów, jakie mieli. W większości przypadków są to osoby, które rozpoczęły studia, podjęły pracę, założyły rodzinę i mają przed sobą wiele celów do zrealizowania. Większość osób młodych oczekuje, że ich życie nie zmieni się z powodu choroby i będą mogły funkcjonować tak, jak przed diagnozą.

Młodzi ludzie zazwyczaj skupiają uwagę na celach pozazdrowotnych, które odnoszą się np. do samorealizacji, założenia własnej rodziny. Wyznaczenie takich celów motywuje do rozpoczęcia leczenia i pomaga przywrócić utraconą nadzieję.

Opisane wyżej podejście do choroby nie oznacza, że młode osoby nie doświadczają negatywnych odczuć. Świadomość zachorowania oraz perspektywa leczenia wywołują w tej grupie chorych nieprzyjemne odczucia. Dotyczą one między innymi pretensji do

losu, że choroba pojawiła się zbyt szybko, w młodym wieku i jest przeszkodą w osiągnięciu obranych celów. Złość wzmacniana jest niepokojem o funkcjonowanie w przyszłości, obawami związanymi z bezpłodnością, która może być efektem leczenia. Osoby młode narażone są dodatkowo na występowanie lęku mającego związek z utratą samodzielności.

Młodzi pacjenci onkologiczni mają wysoki poziom zapotrzebowania na informacje dotyczące ryzyka ponownego zachorowania w przyszłości, możliwych powikłań leczenia. Ze względu na wiek oraz na dalszą perspektywę życia mają świadomość, że szybkie podjęcie terapii jest niezwykle istotne w przypadku choroby nowotworowej, co przekłada się na wysoki poziom motywacji do leczenia.

Osoby w wieku średnim nie zawsze potrafią odciąć się od choroby. Myśl, że ich życie jest zagrożone, towarzyszy im przez cały czas, a najbardziej jest dokuczliwa przed zbliżającym się terminem badania czy hospitalizacji, wywołując silne reakcje lękowe trwające aż do zakończenia pobytu w szpitalu. W tej grupie chorych znaczna część pacjentów decyduje się na zmianę dotychczasowego stylu funkcjonowania, między innymi podejmują aktywność w stowarzyszeniach onkologicznych, próby wyeliminowania nałogów, lepiej planują swój czas. Zdarza się, że pacjenci w wieku średnim wypierają chorobę nowotworową i śmierć. Nie skupiają myśli na chorobie, pomniejszają jej znaczenie, skupiają się raczej na chwili obecnej niż na swojej przyszłości.

Reakcja na chorobę nowotworową osób starszych jest czasami trudna do oceny, ponieważ ich uwaga bywa bardziej ukierunkowana na dolegliwości, które nie są związane z chorobą nowotworową. Ze względu na wiek motywacja do leczenia niektórych osób starszych nie jest wysoka, ponieważ są pogodzone z perspektywą śmierci. Ci chorzy często w trakcie rozmów podkreślają, że znaczną część życia mają już za sobą i muszą ustąpić miejsca młodszemu pokoleniu. W ich przypadku główną potrzebą będzie komfort fizyczny, aby zminimalizować odczuwane dolegliwości. W tej grupie chorych naturalną reakcją na chorobę nowotworową jest lęk przed bólem i śmiercią. Natomiast informacje na temat stanu zdrowia niektóre osoby starsze traktują jako zagrożenie życia.

Pacjenci onkologiczni w każdym wieku zasługują na uwagę, gdyż temat choroby nowotworowej jest trudny i bolesny. W przypadku osób starszych wsparcie ukierunkowane jest nie tylko na cierpienie spowodowane nowotworem, ale także na inne, współwystępujące dolegliwości związane z wiekiem, na przykład w postaci zaburzeń percepcji – kłopotów ze wzrokiem, słuchem czy funkcjonowaniem poznawczym – np. pamięcią, koncentracją. Problemy te mają istotny wpływ na przeżywanie choroby nowotworowej.

KATARZYNA DEMBE, PIOTR L. CHŁOSTA

Przystosowanie do choroby nowotworowej

Choroba według Marka Jarosza to przeszkoda, która może być dwojako interpretowana przez osobę chorą: jako wróg lub jako wyzwanie.

Traktowanie choroby jako wyzwania oznacza aktywne działania w postaci poszukiwania źródeł informacji o możliwych metodach leczenia, współpracy z lekarzem. Chorzy aktywnie uczestniczący w leczeniu mają wysoki stopień motywacji, który przekłada się na jakość współpracy z lekarzem, adaptację do pobytu w szpitalu i choroby. Są to osoby, które decydują się także na wprowadzenie zmian prozdrowotnych poprzez wyeliminowanie nałogów i wprowadzenie odpowiedniej diety w swoim życiu.

Pacjenci, którzy traktują chorobę jako wroga, najczęściej cechują się ukształtowanym poczuciem bezradności, gotowością do poddania się w walce z trudnymi wydarzeniami. Częściej wycofują się ze współpracy z lekarzem i tym samym rezygnują z leczenia. Opis ten został uzupełniony przez Mariusza Lipowskiego, który

w swoich publikacjach poruszył kwestie postaw pacjentów względem choroby jako:

- stratę – pacjent traktuje nawet nieznaczne zmiany w swoim wyglądzie jako stratę, która stanowi źródło przygnębienia;
- ulgę – choroba postrzegana jest jako uwolnienie od obowiązków, uświadomienie sobie korzyści, gdy dzięki chorobie zyskujemy zainteresowanie otoczenia;
- wartość – choroba pomaga zmienić dotychczasowy system wartości, własne postępowanie.

Inną klasyfikację postaw względem choroby opisał Krzysztof Czubalski, który skupił się na podejściu chorych do objawów choroby i mechanizmów obronnych. Takim podejściem jest:

- wyparcie – osoba chora odrzuca informacje o diagnozie, a w konsekwencji nie podejmuje leczenia;
- bagatelizowanie – odczuwane objawy są lekceważone przez osobę chorą i nieutożsamiane z chorobą;
- wyolbrzymianie – chory nadmiernie koncentruje się na odczuwanych objawach i pogłębia ich natężenie; taka postawa przyczynia się do wysokiego natężenia lęku o własne zdrowie i życie.

Badania, które oceniały wpływ postaw pacjentów na skuteczność przebiegu leczenia, wykazują dużą jej zależność od pozytywnego nastawienia czy chęci podjęcia walki z chorobą oraz poziomu obaw i lęku.

Funkcjonowanie pacjentów onkologicznych w dużej mierze zależy od przystosowania się do choroby. Na pewno pozytywnymi czynnikami w procesie adaptacji do choroby są chęci do aktywnego trybu życia oraz radzenie sobie z emocjami.

W przystosowaniu się do choroby duży udział mają: psychika, cechy osobowości, wcześniejsze doświadczenia z chorobą. Przystosowanie psychiczne dotyczy procesów poznawczych oraz zachowań pacjentów. Te czynniki mają wpływ na poziom stresu i emocji, a przede wszystkim na metody radzenia sobie z chorobą nowotworową.

Następnym czynnikiem jest czas. Im dłuższy okres od diagnozy, tym łatwiej ludzie oswiają się z chorobą. Początkowy okres charakteryzuje się gwałtownymi emocjami, poszukiwaniem wsparcia

od osób bliskich, analizą własnych wcześniejszych i przyszłych doświadczeń, a także wprowadzaniem metod radzenia sobie z chorobą.

Emocje towarzyszące chorobie są naturalne i właściwe dla sytuacji, ale im dłużej odczuwamy emocje w postaci żalu, smutku, gniewu czy złości, tym trudniej przystosować się do nowej trudnej roli, jaką jest niewątpliwie rola pacjenta onkologicznego.

Po okresie tzw. szoku emocjonalnego związanego z rozpoznaniem choroby nowotworowej następuje stopniowe przystosowywanie się do niej. Nie oznacza to, że chorzy przestają być narażeni na trudne emocje. Są one nadal obecne i odnoszą się do zakresu informacji na temat stanu zdrowia czy zbliżającego się terminu badań lub hospitalizacji, wpływając tym samym na równowagę psychiczną, lecz nie wywołują już poczucia całkowitej bezradności.

Równowaga psychiczna może zostać przywrócona poprzez strategię zadaniową, czyli poszukiwanie rozwiązań danej sytuacji i strategię emocjonalną, które odnoszą się do łagodzenia emocji. Zgodnie z teorią Richarda Lazarusa stres i emocje są efektem sposobu oceny oraz rozumienia sytuacji. Dużą rolę odgrywa ocena własnych doświadczeń, sposób radzenia sobie z dotychczasowymi problemami.

Według Macieja Kluza odnajdywanie równowagi psychicznej składa się z trzech możliwości poszukiwania równowagi: nastawienia pozytywnego, negatywnego, nijakiego.

Nastawienie pozytywne cechuje się przemyśleniami nad dalszym życiem, wartościami, którymi kieruje się osoba chora. Pozwala to odzyskać wewnętrzny spokój, a w efekcie umiejętność chorowania, czyli wykorzystania swojej choroby do pomagania innym oraz rozwoju własnej osobowości.

Bierne przyjmowanie choroby to nastawienie negatywne. Prowadzi ono do izolowania się od innych ludzi, obniżenia nastroju, braku nadziei na wyleczenie. Rezultatem postawy negatywnej jest postawa aspołeczna, która cechuje się koncentracją na własnej osobie i chorobie, lekceważąc inne osoby.

Nastawienie nijakie ujawnia się poprzez poszukiwanie nieokreślonych wartości i dążenie do niejasnych celów. Zarówno nastawienie negatywne, jak i nijakie nie sprzyjają rozwojowi osobo-

wości, ponieważ taka możliwość nie jest dostrzegana, a choroba traktowana jest jako największa porażka życiowa.

Etap uniezależnienia się od choroby dotyczy osób, które odnalazły równowagę psychiczną. Potrafią one realizować cele życiowe, rozwijać własną osobowość, a choroba nie wpływa negatywnie na ich funkcjonowanie.

Choroba stanowi integralną część ludzkiego życia. Obejmuje nie tylko poziom cielesny i psychiczny, ale należy ją rozważać także w wymiarze duchowym. Przeżywanie jej w sposób świadomy nadaje życiu wartość o wiele większą od tej, jaką może dać samo zdrowie.

Badania wykazały, że im chory ma większą motywację, tym chętniej podejmuje leczenie, potrafi przewartościować pozytywne i konstruktywnie metody radzenia sobie z chorobą, lepiej funkcjonuje pod kątem fizycznym, emocjonalnym i poznawczym. Potrafi także znacznie podnosić swoją jakość życia. Natomiast im wyższy stopień lęku, bezradności, tym słabsze funkcjonowanie fizyczne i emocjonalne, a tym samym niższa jakość życia.

Podsumowanie

Aby przystosować się do choroby nowotworowej, należy dać sobie czas na przyswojenie i przeanalizowanie tej trudnej informacji. Warto odnaleźć w sobie siły, aby przełamać się i porozmawiać o nowej roli życiowej z osobami bliskimi. Pozwoli to uzyskać wsparcie emocjonalne, które w znacznym stopniu pomoże zredukować negatywne emocje. Będzie to także źródłem wsparcia informacyjnego, które jest niezwykle ważne w poszukiwaniu źródeł wiedzy na temat choroby oraz leczenia. Aby łatwiej poradzić sobie z negatywnymi emocjami i uczuciami, należy nauczyć się je nazywać. Ważne jest uświadomienie sobie, z czego wynikają emocje – czy są one efektem proponowanego leczenia, czy dramatycznej wizji choroby. Należy także analizować aktualną sytuację pod kątem ryzyka – jakie obecny stan zdrowia niesie ryzyko i czy w ogóle ryzyko istnieje.

Ponadto warto poszukać wsparcia u lekarza. Nie należy obawiać się zadawania pytań. Lekarz ma wiedzę niezbędną do le-

czenia, a informacja dotycząca podjętego leczenia minimalizuje odczuwane trudne emocje. Warto także skorzystać z pomocy psychologa/psychoonkologa, który przygotuje chorego do planowanego leczenia. Dobór odpowiednich metod psychologicznych pozwoli zredukować pojawiające się negatywne uczucia i emocje. W tej sytuacji terapeuta może stać się pośrednikiem pomiędzy chorym a jego bliskimi w zakresie rozmowy na temat choroby nowotworowej.

KATARZYNA DEMBE, PIOTR L. CHŁOSTA

Zarys zaburzeń psychicznych występujących w przebiegu choroby nowotworowej i leczenia

Zaburzenia psychiczne u pacjentów onkologicznych mogą pojawić się na każdym etapie choroby. Są one wynikiem niedostosowania się do nowej roli życiowej oraz reakcją na silny stres związany z leczeniem i chorobą.

W przebiegu choroby nowotworowej występują najczęściej: stres, zespół stresu pourazowego (PTSD), zaburzenia adaptacyjne, zespoły lękowe, zespoły depresyjne, zaburzenia neuropsychiatryczne, zaburzenia snu, przewlekły ból.

W związku z powyższym duże znaczenie przypisuje się holistycznemu podejściu do leczenia i podjęciu współpracy z onkologiem, psychiatrą czy psychologiem.

Stres

Definicje stresu psychologicznego opisują go jako zaburzenie równowagi biopsychospołecznej. Według teorii stresu psycholo-

gicznego Richard S. Lazarusa i Suzan Folkman stres to relacja pomiędzy otoczeniem jednostki, która w znacznej mierze przekracza zasoby indywidualne tej osoby.

Źródłem stresu w chorobie nowotworowej są dolegliwości somatyczne, utrata zdrowia, niepewna przyszłość, proces diagnozy i leczenia, hospitalizacja oraz zmiana sytuacji życiowej. Stres ujawnia się na trzech płaszczyznach: fizjologicznej, psychologicznej o behawioralnej.

Fizjologiczne objawy stresu to: przyspieszony puls, kołatanie serca, ucisk w gardle, problemy z koncentracją, napięcie mięśni kończyn górnych oraz dolnych czy suchość w jamie ustnej.

Objawami psychologicznymi są: rozdrażnienie, wrogość, poczucie lęku, ataki złości, przygnębienie, problemy z podejmowaniem decyzji.

Do zmian behawioralnych (czyli zachowania) zachodzących podczas działania stresu zalicza się między innymi: utratę apetytu lub wzmożony apetyt, impulsywność, tiki nerwowe, zaburzenia snu, wybuchy gniewu i płaczu, nadużywanie substancji psychoaktywnych, np. alkoholu, nikotyny.

Stres krótkotrwały często ma charakter adaptacyjny. Stres chroniczny, który towarzyszy chorobie nowotworowej, może wywołać szereg chorób związanych z układem sercowo-naczyniowym, immunologicznym, trawiennym.

Radzenie sobie ze stresem jest przedmiotem licznych publikacji, które udowadniają, że odpowiednie sposoby radzenia sobie z nim skutecznie łagodzą jego objawy i konsekwencje.

Richard S. Lazarus w publikacjach odnoszących się do metod radzenia sobie ze stresem wyróżnił dwie funkcje, a mianowicie funkcję instrumentalną, która koncentruje się na problemie, oraz funkcję regulacji emocji, która reguluje negatywne emocje.

Do najczęstszych sposobów radzenia sobie ze stresem, które pełnią funkcję zadaniowego podejścia do problemów i regulacji emocji, należą:

- konfrontacja z problemem, czyli podjęcie walki z trudnościami;
- planowanie rozwiązania problemu, czyli poszukiwanie działań, które pomogą zniwelować skutki stresu;

- dystans, czyli unikanie myśli dotyczących sytuacji stresowej;
- unikanie sytuacji stresowej;
- samoobwinianie się, złość na siebie za to, że pojawiła się choroba;
- samokontrola, która redukuje i powstrzymuje reakcje w przypadku negatywnych emocji;
- poszukiwanie wsparcia ze strony bliskich osób;
- przewartościowanie pozytywne, czyli poszukiwanie pozytywnych stron sytuacji stresowej.

Aby poradzić sobie ze stresem w chorobie, należy przede wszystkim nie wywierać na sobie presji szybkiego przystosowania się do choroby. Warto dać sobie czas na oswojenie się z nową sytuacją. Pogodzenie się z chorobą w znacznym stopniu pomoże odnaleźć spokój wewnętrzny oraz znaleźć odpowiednią dla siebie metodę relaksacji. W przypadku problemów z koncentracją wynikających ze stresu skuteczny może okazać się trening uważności, czyli świadome skupianie uwagi. Objawy odczuwanego stresu łagodzi również rozmowa z bliskimi osobami na temat samopoczucia. Niektórzy chorzy mogą znacznie skorzystać także z psychoterapii, która pomoże zmienić zachowania prowadzące do problemów natury emocjonalnej.

Zespół stresu pourazowego

Zespół stresu pourazowego (PTSD) to reakcja na silnie traumatyczne wydarzenie, które w znacznym stopniu przekracza możliwości radzenia sobie danej osoby, aby mogła samodzielnie przystosować się do nowej sytuacji. Wśród czynników odpowiedzialnych za pojawienie się PTSD wymienia się między innymi: katastrofy, wypadki komunikacyjne, bycie ofiarą napaści, zdiagnozowanie choroby zagrażającej życiu.

Pierwsze objawy pojawiają się bezpośrednio po stresującym wydarzeniu i mogą trwać od kilku do kilkunastu miesięcy. PTSD ustępuje zazwyczaj po sześciu miesiącach. Zdarza się jednak, że ma charakter przewlekły i wiąże się z trwałą zmianą osobowości.

Grupa objawów stresu pourazowego dotyczy ciągłego przeżywania trudnego wydarzenia, obejmuje koszmary nocne, nawra-

cające wspomnienia, nasilony stres. Charakterystyczna jest także chęć unikania bodźców, które przypominają o traumatycznym zdarzeniu, np. o chorobie, i w konsekwencji unikanie osób związanych z leczeniem.

Objawy PTSD są kwestią indywidualną, nie każdy przeżywa je tak samo i nie wszystkie te objawy występują jednocześnie. Ważne jest, aby osoby nim dotknięte zostały objęte pomocą specjalistyczną, gdyż PTSD zwiększa podatność na dolegliwości psychiczne i fizyczne. Może być przyczyną wystąpienia depresji, nadużywania substancji psychoaktywnych, zaburzeń jedzenia.

Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia zespołu stresu pourazowego w chorobie nowotworowej, należy zadbać o odpowiednie wsparcie informacyjne od personelu medycznego oraz wsparcie ze strony osób bliskich.

Literatura z zakresu psychoonkologii podaje, że osoby z tendencjami do zaburzeń depresyjnych po traumatycznych wydarzeniach mających miejsce w przeszłości mają skłonności do rozwoju cech PTSD. Czynniki odpowiedzialne za pojawienie się cech zespołu PTSD to indywidualne style radzenia sobie ze stresem.

Zespół stresu pourazowego częściej występuje u kobiet, ze względu na wysoki stopień emocjonalności, oraz u osób młodych, mających zaburzenia osobowości. W grupie ryzyka wystąpienia PTSD są także osoby, które nie otrzymują wsparcia ze strony rodziny.

Badania A. Laskowskiej z zakresu chorób nowotworowych wykazały, iż destruktywny styl radzenia sobie oparty na lęku, bezradności i beznadziejności ma związek z cechami PTSD. Natomiast styl konstruktywny jest w niskim stopniu powiązany z PTSD. Styl ten opiera się na pozytywnym przewartościowaniu choroby, motywacji do działania.

Leczenie PTSD w chorobie nowotworowej ukierunkowane jest na psychoterapię i farmakoterapię. Warto również skorzystać z grup wsparcia, które nie tylko dostarczą wiedzy na temat radzenia sobie z chorobą, ale będą odpowiednim miejscem do opowiedzenia o uczuciach i podzielenia się własnymi emocjami związanymi z zachorowaniem.

Zespół stresu pourazowego może wystąpić u wszystkich osób bliskich oraz opiekunów, w postaci uporczywie powtarzanych czynności, w których znajdują się elementy związane z przeżywaniem choroby osoby bliskiej. Szczególną opieką i troską należy objąć niepełnoletnie dzieci osób chorych, gdyż nie mają one jeszcze wypracowanych dojrzałych mechanizmów radzenia sobie z chorobą.

Zaburzenia adaptacyjne

Zaburzenia adaptacyjne są reakcją na trudności, które zaburzają równowagę psychiczną osoby w radzeniu sobie z sytuacją stresową. Tymi trudnościami mogą być zmiany rozwojowe, zadania życiowe i choroba.

Charakterystyczne dla zaburzeń adaptacyjnych są zmiany behawioralne oraz emocjonalne. Oprócz poczucia bezradności, beznadziei, niewydolności pojawia się lęk, obniżony nastrój, stałe zamartwianie się. Występują również przejściowe zaburzenia snu i apetytu.

W przypadku pojawienia się zaburzeń adaptacyjnych należy zwrócić się o pomoc do osób bliskich. Jeśli naturalne metody wsparcia nie są wystarczające, należy udać się do psychoterapeuty czy ośrodka interwencji kryzysowej.

Zaburzenia adaptacyjne powinny ustąpić do sześciu miesięcy po zaistnieniu sytuacji stresującej. Jeżeli osoba chora zmaga się z trudnościami przez bardzo długi okres, konieczna jest pełna diagnoza psychologiczna i pomoc psychologiczna w sytuacji przewlekłych zaburzeń adaptacyjnych.

Zaburzenia lękowe

Pacjenci onkologiczni doświadczają najczęściej zaburzeń lękowych.

Podczas choroby nowotworowej może dojść do pojawienia się kilku rodzajów lęku, np. pacjent może odczuwać lęk przewlekły, napadowy, fobie czy koncentrację lękową na chorobie. Zespół lękowy obejmuje sferę behawioralną, psychiczną oraz wegetatywną.

-somatyczną. Poniżej przedstawiono klasyczne objawy lęku:

- niepokój ruchowy;
- wzmożona reakcja na zaskoczenie;
- zaburzenia rytmu serca;
- biegunka, częste oddawanie moczu;
- pocenie się;
- bóle i zawroty głowy.

Lęk jest przyczyną utrudnień w codziennym funkcjonowaniu. Leczenie odbywa się poprzez wprowadzenie farmakoterapii i/lub psychoterapii.

W lęku przewlekłym występują takie objawy, jak: drżenie ciała, suchość w jamie ustnej, nadmierne pocenie się. Dodatkowo występują problemy z oddychaniem, ból lub dyskomfort w klatce piersiowej, nudności, zawroty głowy, lęk przed brakiem kontroli nad swoim ciałem, lęk przed śmiercią, uczucie zimna oraz gorąca, napięcia i bóle mięśni, skłonności do nadmiernego reagowania lękiem, stała drażliwość i problemy z koncentracją. Aby rozpoznać lęk przewlekły, musi wystąpić kilka objawów z wyżej wymienionych i utrzymywać się przez okres około sześciu miesięcy.

Leczenie lęku przewlekłego odbywa się zazwyczaj poprzez połączenie psychoterapii z farmakoterapią (lub oddzielnie). Farmakoterapia stosowana jest najczęściej wtedy, gdy objawy występują z bardzo dużym nasileniem, gdy chory nie wyraża zgody na psychoterapię lub z innych powodów nie może z niej skorzystać. Praca z psychoterapeutą obejmuje techniki relaksacyjne, poznawczo-behawioralne oraz wspierającą terapię. Pacjenci mogą pracować indywidualnie lub w grupie. Leczenie farmakologiczne opiera się na włączeniu leków przeciwdepresyjnych o działaniu przeciwłękowym, ponieważ często zdarza się, iż depresja i lęk występują w tym samym czasie.

Lęk napadowy charakteryzuje się nagłymi napadami lęku, które trwają do kilkunastu minut. Przyczyną lęku mogą być uwarunkowania biologiczne lub osobowościowe. Jednak tym, co najczęściej wywołuje lęk, jest narażenie na bardzo silny stres. Według relacji pacjentów, pierwszy raz doświadczyli oni ataku lęku po ciężkich przeżyciach związanych z rozpoznaniem choroby nowotworowej.

Lękowi napadowemu towarzyszą objawy w postaci duszności, bólu w klatce piersiowej, uczucia dławienia, szybkiego oddechu, pocenia się, zawrotów głowy, parestezji (czyli uczucia drętwienia różnych części ciała). Dodatkowo wymienionym objawom może towarzyszyć lęk przed śmiercią, pojawia się uczucie braku kontroli swojego zachowania czy komunikowania się słownego z innymi osobami.

Lęk oczekiwania jest przyczyną wystąpienia lęku napadowego, dlatego napady paniki są kojarzone przez chorych z miejscami i sytuacjami, w których doszło do ich wystąpienia. W rezultacie dana osoba może mieć liczne obawy związane z przebywaniem w samotności lub przeciwnie – w większej grupie osób.

Według kryterium Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, opracowanej przez WHO, lęk napadowy rozpoznawany jest wtedy, gdy w ciągu miesiąca pojawi się kilka jego objawów (wymienionych powyżej), pomiędzy napadami nie występują żadne objawy lęku, aczkolwiek może dojść do pojawienia się tzw. lęku oczekiwania na napad lęku, mówiąc inaczej „lęku przed lękiem”.

Leczenie napadów paniki ukierunkowane jest na ich redukcję, obejmuje psychoterapię i farmakoterapię, która opiera się na włączeniu leków przeciwdepresyjnych z grupy SSRI. Bardzo ważnym elementem jest właściwa psychoedukacja pacjenta dotycząca mechanizmu lęku napadowego. Najłatwiejszą metodą radzenia sobie w sytuacji napadowego lęku jest odwrócenie uwagi od odczuwanych objawów i głębszy oddech.

Napady lęku powodują, że osoby, które go doświadczają, czują się zależne od innych. Nie widzą możliwości radzenia sobie z przeszkodą, ich postrzeganie otoczenia przybiera formę myśli katastroficznych. Warto w tym przypadku wypracować przekonanie o własnej skuteczności poprzez analizę wcześniejszych sytuacji, z którymi poradziliśmy sobie.

Chorzy onkologiczni odczuwają również lęk fobijny, który wiąże się z określoną sytuacją. Występuje u nich także nadmierna lękowa koncentracja na chorobie, która ujawnia się analizowaniem treści ulotek i samodzielnym zmienianiem dawek zażywanych leków ze względu na wymienione w nich skutki uboczne.

Lęk, oprócz negatywnej strony, może mieć także aspekt pozytywny. Na przykład w chwili pojawienia się objawów choroby może motywować do spotkania z lekarzem i podjęcia właściwego leczenia. Prowadzone badania i publikacje z zakresu onkologii pokazują, że w chwili podjęcia leczenia lęk jest w wyraźnym stopniu minimalizowany, ponieważ wraca poczucie bezpieczeństwa i kontroli nad własnym zdrowiem.

Mechanizm pojawienia się zaburzeń lękowych wyjaśniają koncepcje poznawczo-behawioralne i psychodynamiczne. Z punktu widzenia podejścia poznawczo-behawioralnego istotny jest wyuczony sposób oceniania rzeczywistości, skupiania uwagi na poszukiwaniu mało realnych zagrożeń, a także przekonanie o braku własnych możliwości, aby pokonać trudności. Podejście psychodynamiczne mówi, że źródłem odczuwanego lęku są nierozwiązane konflikty wewnętrzne.

Ważnym, ale często niedocenianym krokiem do zapanowania nad lękiem w trakcie jego napadu jest jego akceptacja. Przekonanie, że odczuwane objawy nie są wynikiem choroby obniża poziom przeżywanego niepokoju. Ważna jest obserwacja swoich reakcji pojawiających się w określonych sytuacjach. Jeżeli uda nam się dojrzeć związek pomiędzy tymi wydarzeniami a reakcją, oznacza to, że powoli uczymy się oswajać odczuwany lęk.

W oswajaniu lęku bardzo ważna jest identyfikacja tego, co tak naprawdę budzi lęk. Warto zadać sobie pytanie o to, co zwiększa i zmniejsza jego odczuwanie. W oswajaniu lęku ważne jest przekierowanie uwagi na inny bodziec, na przykład słuchanie ulubionego utworu, liczenie od jednego do dziesięciu, czytanie ulubionej książki, spacer.

W radzeniu sobie z lękiem ważna jest obserwacja siebie i wychwytywanie negatywnych myśli, a następnie zamiana ich na bardziej pozytywne, wspierające. Negatywne myślenie wzmacnia lęk i osłabia poczucie własnej wartości.

Ostatnio bardzo doceniana jest relaksacja. W tym celu można wykorzystać trening autogenny Schulza lub skorzystać z sesji u psychologa czy psychoterapeuty behawioralno-poznawczego. Warta uwagi jest również metoda oparta na wizualizacji, gdy chory wyobraża sobie, jak spływa z niej napięcie wywołane lękiem.

Trening autogenny Schulza jest stosowany na przykład w leczeniu zaburzeń psychosomatycznych, nerwic, zaburzeń neurologicznych oraz w położnictwie.

Zespół depresyjny

Cechą zespołu depresyjnego jest utrzymywanie się objawów w postaci: obniżonego nastroju oraz smutku, negatywnych myśli, poczucia bezradności, spadku zainteresowań, unikania kontaktów z ludźmi, problemów z koncentracją, zaburzeń snu i myśli samobójczych przez ponad 50% czasu naszej aktywności. Powstaje z powodu braku wsparcia, poczucia niepewności co do leczenia, przyszłości. Zespół depresyjny u pacjentów onkologicznych jest wynikiem naruszenia trzech obszarów: fizycznego, społecznego oraz psychologicznego.

Osoby starsze są wyjątkowo narażone na pojawienie się zespołu depresyjnego, ponieważ oprócz choroby nowotworowej doświadczają także innych ograniczeń fizycznych i psychicznych wynikających z wieku.

Zespół depresyjny u pacjentów onkologicznych występuje znacznie częściej niż w populacji ogólnej – objawy depresyjne rozpoznaje się u około 40% chorych przebywających w szpitalach.

W przypadku pojawienia się zespołu depresyjnego u chorych na nowotwory wymienia się trzy główne czynniki.

Pierwszym czynnikiem wywołującym obniżony nastrój jest diagnoza i negatywne postrzeganie przyszłości pod kątem leczenia. Im dłużej będzie trwało przygnębienie, tym większe ryzyko rozpoznania depresji. Drugim czynnikiem mogą być skutki leczenia, np. chemioterapii, radioterapii czy chirurgicznego (ograniczenie sprawności ruchowej, zmiana obrazu własnej osoby w przypadku np. urostomii), które powodują konsekwencje w postaci osłabienia, bólu, zmian w wyglądzie, co negatywnie wpływa na samopoczucie chorego.

Ostatnim czynnikiem według badań naukowców amerykańskich są substancje chemiczne wytwarzane przez komórki rakowe, które wpływają negatywnie na ośrodkowy układ nerwowy (OUN).

Diagnoza depresji w przebiegu choroby nowotworowej nie jest łatwa, gdyż część jej objawów może być identyczna jak skutki leczenia, np. brak apetytu, zaburzenia snu czy zmęczenie. Dlatego należy odwołać się do objawów ze strony poznawczej lub psychologicznej, tzn. poczucia bezradności, obniżenia samooceny, poczucia winy, pragnienia śmierci. W przebiegu zaburzeń depresyjnych pojawiają się również tendencje do wzmożonego samokrytycyzmu, katastroficznego postrzegania przyszłości.

Dodatkowo rozwojowi depresji w chorobie nowotworowej sprzyjają czynniki w postaci wieku chorego, cech i profilu osobowości, braku wsparcia ze strony otoczenia, negatywne doświadczenia związane z wcześniejszymi chorobami, objawy fizyczne choroby.

Pod względem klinicznym zespół depresyjny objawia się w trzech formach. Pierwsza forma to zespół depresyjny hiperaktywny – w zespole tym dominują objawy pobudzenia, drażliwości, lęku. W zespole depresyjnym hipoaktywnym występuje zmęczenie, osłabienie, problemy w podjęciu aktywności, brak napędu. Trzeci zespół to tzw. maskowana depresja. Cechą charakterystyczną są skargi na ból, który nie ustępuje po zażyciu środków przeciwbólowych, natomiast mija po przyjęciu leków przeciwdepresyjnych.

Pierwszym etapem leczenia zespołu depresyjnego jest nawiązanie relacji z pacjentem opartej na zaufaniu i zachęcenie go do zwierzenia się ze swoich problemów oraz uczuć. Pomoże to choremu rozładować napięcie emocjonalne. Z drugiej strony pozwoli lekarzowi/ klinicyście i psychologowi ocenić stopień odczuwanych objawów oraz podstawę do włączenia farmakoterapii lub skierowania pacjenta na dalszą psychoterapię poza szpitalem.

Istotnym elementem jest także poszukiwanie pozytywnych aspektów choroby. Jest to trudna praca, ponieważ pacjenci, głównie w początkowym etapie, nie dostrzegają pozytywnych zmian wynikających z choroby. Po pewnym czasie pacjenci potrafią przewartościować swoją sytuację zdrowotną, dostrzegają korzyści, jakie z niej płyną. Przede wszystkim są to korzyści związane z zacieśnieniem więzi rodzinnych. Pacjenci opisują, że choroba przyczyniła się do pogłębienia więzi z rodziną, pozwoliła im zna-

leżeć siły do walki, o których istnieniu wcześniej nie wiedzieli. Dostrzegają także, że odnaleźli inne priorytety życiowe.

W pracy z pacjentem ważne jest odwołanie się do jego przeszłości i sukcesów między innymi w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami, jako dowód własnej skuteczności, aby podnieść samoocenę chorego.

Choroba demaskuje relacje z innymi ludźmi, dlatego w przypadku, gdy relacje z rodziną pogarszają się, opieką psychologiczną objęta zostaje cała rodzina. Ważna jest rozmowa z osobą bliską dla pacjenta i omówienie trudnych spraw, o których chory nie chciał bezpośrednio rozmawiać.

Leczenie farmakologiczne w przypadku zespołu depresyjnego hiperaktywnego opiera się na lekach przeciwdepresyjnych – uspokajających. Natomiast w przypadku zespołu depresyjnego hipoaktywnego zalecane jest wdrożenie środków psychostymulujących.

Zaburzenia poznawcze związane z nowotworem

Chorzy, którzy są poddawani leczeniu w postaci chemioterapii, radioterapii, hormonoterapii i operacji obserwują u siebie deficyty w zakresie pamięci, trudności z koncentracją, z funkcjami językowymi. Zjawisko to nazywane jest chemobrain¹. Opisane objawy dotyczą łagodnych zaburzeń poznawczych, jednak są przyczyną obniżenia jakości życia utrudniając, a czasem nawet uniemożliwiając codziennie funkcjonowanie i pełnienie dotychczasowych ról w społeczeństwie.

Zaburzenia poznawcze związane z leczeniem nowotworu dotyczą chorych z rakiem jądra, stercza, płuca, piersi, szpiczakiem mnogim, guzem głowy, chłoniakiem.

Badania w zakresie osłabienia funkcji poznawczych związanych z leczeniem onkologicznym wyłoniły trzy rodzaje czynników związane z: ogólnym stanem chorego, jego funkcjonowaniem w społeczeństwie, manifestacją objawów.

1 Zjawisko *chemobrain* „mózg po chemii” – zespół łagodnych zaburzeń poznawczych, które towarzyszą pacjentom onkologicznym np. osłabienie pamięci.

Do czynników związanych z ogólnym stanem chorego należą objawy fizjologiczne: anemia wywołana leczeniem za pomocą chemioterapii, niski poziom testosteronu, terapie towarzyszące w postaci leczenia przeciwwymiotnego, chorób współistniejących (m.in. cukrzyca czy nadciśnienia tętniczego).

W zakresie funkcjonowania społecznego wymienia się czynniki:

- psychologiczne: głównie lęk, depresję;
- sytuacyjne: styl życia, charakter pracy, aktywność fizyczną;
- cywilne: dotyczące funkcjonowania w społeczeństwie, otrzymywanego wsparcia, poziomu wykształcenia.

Do trzeciej grupy czynników, związanej z objawami, zalicza się:

- zmęczenie,
- lęk,
- depresję,
- ból,
- poznawcze osłabienie.

Praca psychologa/rodziny z osobą, która cierpi na zaburzenia poznawcze, opiera się na ćwiczeniach przy użyciu programów komputerowych, które w znacznym stopniu usprawniają funkcje poznawcze. Dodatkowo sam chory może wykonywać proste ćwiczenia. Są to między innymi: gra w szachy, rozwiązywanie sudoku, krzyżówek, uczenie się na pamięć np. wierszy czy rozpoczęcie nauki języka obcego. Ponadto należy ustalić harmonogram dnia tak, aby znalazł się w nim czas na aktywność fizyczną oraz odpoczynek. Warto także zapisywać na karteczkach ważne spotkania, obowiązki. Objawy mające związek z chemobrain mogą trwać od kilku miesięcy do kilku lat po zakończeniu leczenia onkologicznego.

Zaburzenia neuropsychiatryczne ostre

Zaburzenia neuropsychiatryczne ostre to grupa zaburzeń obejmujących problemy ze świadomością w postaci delirium, czyli zespołu majaczeniowego oraz zespołu majaczeniowego-zamroczeniowego. Dotyczą one zaawansowanego stadium choroby nowotworowej u osób starszych. Mogą pojawić się w wyniku niedotlenienia, jako reakcja polekowa czy objaw związany z samym guzem mózgu.

W początkowej fazie choroby przyczyną powstania zaburzeń świadomości może być podjęte leczenie choroby onkologicznej w postaci chemioterapii lub jako powikłanie pooperacyjne. Pooperacyjnie zaburzenia świadomości występują przede wszystkim u osób nadużywających środków psychoaktywnych oraz osób starszych.

Główną rolę w patogenezie splątania stanowi zaburzenie przekazywania w układzie cholinergicznym.

Przyczynami delirium w terminalnej fazie choroby nowotworowej są między innymi: niewydolność narządowa, choroby sercowo-naczyniowe, choroby hematologiczne, abstynencja alkoholowa, powikłania sterydoterapii, chemioterapii, radioterapii, immunoterapii. Zaburzenia z reguły pojawiają się nagle – w ciągu kilku godzin lub dni. Wyraźnie nasilają się w godzinach wieczornych i nocnych. Ważne jest postawienie diagnozy w oparciu o wywiad, badanie przedmiotowe lub laboratoryjne oraz wykluczenie epizodu maniakalnego.

Rozróżnia się trzy kategorie splątania: nadaktywność – pobudzenie, zmniejszoną aktywność, postać mieszaną.

Diagnozę delirium należy rozważyć, gdy pacjent jest pobudzony, miewa zaburzenia poznawcze, uwagi, świadomości. Obserwacja chorego pomaga rozpoznać objawy prodromalne (wczesne objawy sugerujące początek choroby) majaczenia, czyli np. zmiany nastroju, zachowania, zaburzenia snu. Początki delirium są mylnie rozpoznawane jako lęk, psychoza czy nawet depresja. Zdarza się, że objawy prezentowane przez chorego są mylnie nazywane majaczeniem. Należą do nich: problemy ze wzrokiem, słuchem (co w znaczny sposób utrudnia kontakt), problemy z zapamiętywaniem, dezorientacja z wykluczeniem innych objawów.

Chory odczuwa przerażenie, niepokój w związku z przeżywanymi objawami, dlatego w leczeniu delirium kładzie się nacisk na wsparcie informacyjne, podczas którego należy ogólnie wytłumaczyć pacjentowi, co się dzieje, zapewnić mu spokój i szacunek. Chorzy w szpitalu często wymagają nadzoru pielęgniarskiego, bardzo ważna jest również pomoc rodziny, przyjaciół.

Terapia oparta jest na postępowaniu przyczynowym, np. zbilansowaniu nawodnienia, wyrównaniu zaburzeń elektrolitowych.

Należy także rozważyć podanie leków sedatywnych czy neuroleptyków, jednak z dużą ostrożnością, ponieważ mogą one wywołać dalsze szkody w stanie psychicznym. W przypadku pobudzenia, halucynacji, zaburzeń snu leczenie farmakologiczne jest uzasadnione.

Organiczne zmiany zachowania

Zmiany zachowania, które są uwarunkowane organicznie, występują w przypadku uszkodzenia mózgu przez nowotwór lub jako objaw współistniejący zaburzeń psychicznych. Przerzuty nowotworu do mózgu są rozpoznawane bardzo często. Są one diagnozowane u około 30% chorych z rozsiewem nowotworu. Najczęściej przerzuty dają nowotwory płuc, piersi oraz rak nerki. Ponadto występują poważne zmiany w zachowaniu w postaci zwiększonej agresji, stanów depresyjnych, postępującego otępienia, napadów lęku.

KATARZYNA DEMBE, PIOTR L. CHŁOSTA

Reakcje na wybrane objawy somatyczne w chorobie nowotworowej

Ból

Definicja bólu Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu określa go jako subiektywnie negatywne wrażenie emocjonalne i zmysłowe, które pojawia się na skutek bodźców uszkodzających tkankę bądź też zagrażających jej uszkodzeniem.

Najbardziej uniwersalnym modelem do określania bólu jest model Wade'a i Prince'a. Ból w tym modelu traktowany jest jako

proces składający się z czterech połączonych ze sobą etapów, scharakteryzowanych poniżej.

Pierwszy etap to doznania zmysłowo-dyskryminacyjne. Wywołują one reakcję przykrości, która stanowi etap drugi. Trzeci etap bólu nazwano cierpieniem. Składa się z reakcji w postaci np. lęku, depresji, gniewu, złości oraz subiektywnej opinii pacjenta na temat bólu. Ten etap bólu kształtowany jest przez cechy osobowości doświadczenia z bólem w przeszłości, sposoby radzenia sobie z nim. Ostatni, czwarty etap określania bólu to jego ekspresja behawioralna. Określa się ją przez pryzmat aktywności, sprawności ruchowej. Oceniany jest przez obserwację zachowania pacjenta.

Stopień bólu może być analizowany z pomocą skali wizualno-analogowej (*visual analogue scale* – VAS). Ma ona postać linijki. Zadaniem pacjenta jest wskazać poziom bólu od 0 do 10 (0 – brak bólu, 10 – ból bardzo silny).

Ból może być również oceniany przez pacjenta przy użyciu skali słownej (*verbal rating scale* – VRS), mającej postać pięciostopniowej skali Likerta. Do każdej cyfry zostały przyporządkowane opisy nasilenia bólu.

Kolejną skalą pomocną w ocenie odczuwanego bólu jest skala numeryczna (*numerical rating scale* – NRS) składająca się z jedenastu poziomów bólu: od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, natomiast 10 jego najwyższy stopień.

Psychologiczna ocena bólu jest warunkiem wpływającym na postępowanie terapeutyczne. Odnosi się do problemów diagnostycznych, gdy ból jest związany z naturą psychopatologiczną, czy też wiąże się z brakiem motywacji do leczenia, depresją maskowaną, w tym także utrudnioną współpracą z lekarzem.

Reakcja na ból uzależniona jest od oceny poznawczo-wartościującej, z którą wiążą się funkcje pamięci, uwagi, wcześniejsze doświadczenie bólu, hierarchia potrzeb. Stany lęku, przygnębienia wpływają na sposób myślenia i reagowania na ból. Psychika chorego ma znaczny wpływ na próg tolerancji bólu, który w przypadku pojawienia się nieprzyjemnych stanów lękowych, objawów depresji znacznie się obniża.

W przypadku bólu przewlekłego, czyli trwającego ponad trzy miesiące, ból jest dużym stresem dla chorego i zaburza równowa-

gę psychiczną. Skłania on do poszukiwania odpowiednich metod łagodzących go. Najlepsze z nich oparte są na zadaniowym podejściu do radzenia sobie z bólem.

Ważne jest również poszukiwanie informacji, które można wykorzystać celem poprawy sytuacji związanej z bólem. Mniej skuteczne, ale bardzo wartościowe są metody bierne, które polegają na poszukiwaniu wsparcia ze strony bliskich osób, co może przynieść zmniejszenie natężenia negatywnych emocji poprzez odwracanie uwagi od bólu.

To naturalne, że nie wszyscy potrafimy dobrze radzić sobie z odczuwanym bólem. Najczęściej pacjenci stosują tzw. ucieczkę od bólu – udają, że go nie ma lub też nadmiernie się na nim koncentrują, co jeszcze bardziej może potęgować ból i nasila cierpienie.

Leczenie bólu za pomocą środków farmakologicznych polega na zniwelowaniu jego odczucia lub podwyższeniu progu jego odczuwania. Bywa, że takie leczenie nie jest skuteczne ze względu na charakter bólu. W takich przypadkach uzupełnia się leczenie przeciwbólowe środkami przeciwłkowymi, przeciwdepresyjnymi, uspokajającymi.

Oprócz środków farmakologicznych stosuje się metody psychologiczne. Jedną z metod jest psychoedukacja, podczas której dostarcza się choremu informacji na temat przyczyn powstawania bólu, własnych zasobów, które są niezwykle ważne w radzeniu sobie z bólem.

Wskazana jest terapia behawioralno-poznawcza, która ma na celu wyuczenie poprawnych zachowań, skorygowanie niewłaściwych postaw, szkodliwego sposobu myślenia o bólu.

Dodatkowym czynnikiem mającym wpływ na poziom odczuwanego bólu u niektórych pacjentów i ma charakter subiektywny jest efekt placebo. Jego skuteczność jest związana z oczekiwaniem na ustąpienie bólu w wyniku działania różnych niespecyficznych środków i metod. Oprócz efektu placebo, który może mieć wpływ na przebieg leczenia, wymienia się także efekt nocebo. Odnosi się on do negatywnego nastawienia do terapii, braku wiary w powodzenie leczenia między innymi ze względu na objawy uboczne stosowanych leków.

Zmęczenie

Zmęczenie jest charakterystyczne dla chorób przewlekłych i wyjątkowo często spotykane w chorobie nowotworowej. Zaznacza się w obszarze psychicznym – w postaci trudności z koncentracją, podjęcia wysiłku umysłowego, poczucia senności, braku energii i motywacji, oraz fizycznym – jako problemów z podjęciem aktywności, szybkim męczeniem się.

Niestety nie można całkowicie zniwelować zmęczenia u osób z chorobami nowotworowymi. Proponowane metody radzenia sobie ze zmęczeniem redukują jego poziom i negatywny wpływ na funkcjonowanie chorych, a także zmniejszają skutki stresu z nim związanego.

Przed rozpoczęciem interwencji mającej na celu redukcję odczuwanego zmęczenia należy wykluczyć czynniki, które mogą je wywoływać, np. niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia elektrolitowe.

Pacjent przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego powinien znać wszystkie jego skutki uboczne. Zdarza się, że chorzy nie łączą odczuwanego zmęczenia z leczeniem. Brak takiej informacji może negatywnie wpłynąć na leczenie, gdyż spowoduje pojawienie się stresu. Chory może sądzić, że odczuwane zmęczenie wiąże się z nieskutecznością prowadzonego leczenia, czy progresją choroby.

Zmęczenie, które wiąże się z leczeniem onkologicznym, mija zazwyczaj po jego zakończeniu. Zdarza się jednak, że trwa jeszcze przez kilka miesięcy.

Metody farmakologiczne są bardzo ograniczone w zakresie leczenia zmęczenia. W przypadku bardzo zaawansowanego stadium choroby można włączyć farmakoterapię. Może się jednak okazać, że jej efekty będą bardzo krótkotrwałe.

Warto zwrócić uwagę na metody nefarmakologiczne, które mają bardzo ugruntowaną pozycję. Obejmują one grupy wsparcia, terapię relaksacyjno-wyobrażeniową, poznawczą. Warto zastosować także aktywizację ruchową, ponieważ chorzy starają się zwalczyć zmęczenie stosując drzemki w ciągu dnia.

Duszność

Duszność to subiektywne odczucie dotyczące braku tchu, które wywołuje bardzo silne reakcje emocjonalne. Jej podłożem może być sfera psychiczna, somatyczna lub behawioralna. Po wykluczeniu przyczyn somatycznych warto zwrócić uwagę na stan psychiczny pacjenta i jego związek z okresami nasilania się i zmniejszania odczuwanej duszności. Następnie zastosować odpowiednią pomoc i wsparcie emocjonalne w sytuacjach silnego lęku, adekwatne do potrzeb.

Osoby, które narażone były na bardzo silny stres, często obserwują u siebie napady duszności. W tym przypadku jest to często objaw nerwicy. Duszności towarzyszyć mogą również takie objawy, jak klucie w klatce piersiowej, kołatanie serca.

Istotne znaczenie ma częstość ataków duszności – czy są one sporadyczne, czy towarzyszą codziennie osobie chorej.

Gdy duszność nie ma nasilonego charakteru, można zapewnić choremu większą wentylację lub zwilżyć twarz. Pacjenci podkreślają także, że zmiana pozycji, np. na siedzącą z pochylonym tułowiem, pomaga w radzeniu sobie z atakiem duszności. W przypadku, gdy duszność towarzyszy przez dłuższy okres, chory ma możliwość oswojenia się z nią i przede wszystkim może ocenić, w jakich sytuacjach nasila się ona najbardziej i co sprawia, że zmniejsza się. Podczas ataku duszności można starać się odwrócić uwagę chorego, kierując ją na inny bodziec.

Zaburzenia snu

Wzmógłony poziom lęku, zachwiana równowaga psychiczna, dolegliwości fizyczne w istotny sposób wpływają na sen. Powstaniu bezsenności sprzyjają trzy czynniki: indywidualne, wyzwalające problemy ze snem; czynniki podtrzymujące, np. drzemki w ciągu dnia, i ograniczona aktywność fizyczna.

Gdy kłopoty ze snem trwają dłużej niż około trzech tygodni, należy koniecznie zgłosić się do lekarza, gdyż mogą mieć one negatywny wpływ na codzienne funkcjonowanie chorego.

W przypadku bezsenności krótkotrwałej można przyjąć doraźnie lek nasenny i zadbać o higienę snu.

Leczeniu farmakologicznemu powinny towarzyszyć metody niefarmakologiczne z uwzględnieniem technik psychologii behawioralnej – kontroli bodźców. Należy do nich przede wszystkim właściwa higiena snu, czyli przestrzeganie regularnych godzin snu, reżimu, który ułatwia kojarzenie sypialni ze snem. Ma to na celu ograniczenie czynności związanych z czuwaniem, takich jak czytanie czy oglądanie telewizji w łóżku. Należy kłaść się wtedy, gdy pojawi się senność, np. w przypadku, gdy chory spędza w łóżku około ośmiu godzin, a przesypia tak naprawdę pięć godzin, należy skrócić czas przebywania w łóżku do pięciu godzin. Przyczyną problemów ze snem jest także mała aktywność fizyczna, dlatego warto poświęcić choćby kilka razy w tygodniu czas na ćwiczenia, na początek może to być jedynie spacer. Po nieprzespanej nocy należy starać się unikać drzemki w ciągu dnia, ponieważ zmniejszy to zapotrzebowanie na sen wieczorem.

KATARZYNA DEMBE, PIOTR L. CHŁOSTA

Reakcje emocjonalne przed zabiegiem operacyjnym

Zabiegi chirurgiczne powodują bardzo duże obciążenie emocjonalne dla chorego. A. Bromboszcz wyróżnia trzy fazy stresu związanego z hospitalizacją: okres od momentu przyjęcia do szpitala, znieczulenie i operacja, okres pooperacyjny.

Zwrócono uwagę na trzy formy strachu, które są źródłem stresu i lęku u chorych oczekujących na zabieg: strach przed odczuwaniem dolegliwości, przed nieznanym, przed utratą życia.

Na pierwszym planie reakcji emocjonalnych osób, które przebywają w szpitalu i oczekują na zabieg, znajduje się niewątpliwie lęk. Jednak pacjenci doświadczają również cierpienia, bezradności, złości. Chorzy mogą także być nieco nadwrażliwi, odczuwać wro-

gość wobec innych osób, w tym również względem rodziny czy personelu medycznego, jednak stany te są stosunkowo rzadkie.

W literaturze zwraca się uwagę na znaczenie takich czynników, jak wiek, płeć (żeńską), choroba nowotworowa, odczuwanie bólu czy zaburzenia psychiczne, które w istotny sposób wpływają na odczuwanie stresu okołoperacyjnego.

Badania naukowe prowadzone w tym zakresie sugerują, że przeżywany lęk dotyczy bólu po zabiegu, stosowanego znieczulenia i strachu przed śmiercią. Chorzy wymieniają także obawy związane z nieobudzeniem się po operacji, strach przed powikłaniami, przystosowaniem się do nowej sytuacji w przypadku np. urostomii.

W zakresie odczuwanego stresu i lęku mających związek ze znieczuleniem badania wykazały, że w dużej mierze dotyczą one ludzi młodych. Natomiast lęk związany z oczekiwaniem na zabieg dotyczył głównie kobiet, a z kolei lęk w dniu operacji – młodych mężczyzn. W badaniach A. Koplińskiego wysoką podatność na lęk ujawniły osoby ze świata artystycznego, nauczyciele, pracownicy służby zdrowia.

Poziom odczuwanego stresu przed zabiegiem jest wyraźnie wyższy tuż przed samą operacją. Badania prowadzone przez C.E. Klopfenstein wykazały, że pacjenci badani przed zabiegiem endourologicznym odczuwały nasilenie lęku około dwóch tygodni przed hospitalizacją. Inne badania wykazały, że niewielki odsetek chorych odczuwał najwyższy poziom lęku kilka godzin przed zabiegiem, a jego nasilenie ustępowało kilka dni po zabiegu. L.D. Egbert wykazał, że obecność anestezjologa przed operacją łagodzi objawy niepokoju u osób, które oczekują na zabieg.

W. Tolksdorf z kolei potwierdził występowanie zależności pomiędzy wcześniejszymi doświadczeniami a poziomem odczuwanego lęku. Większy stres przed zabiegiem związany był z brakiem takiego doświadczenia w przeszłości, negatywnymi przeżyciami związanymi z wcześniejszą hospitalizacją i znieczuleniem oraz miejscem w planie zabiegów, na którym znajdował się pacjent.

Strach przed nieznanym jest czynnikiem, który przyczynia się do odczuwanego lęku, a informacje na temat choroby i metod leczenia zmniejszają jego poziom. Lęk może mieć również wpływ na

reakcje fizjologiczne organizmu przed znieczuleniem i po nim. Obserwacje chorych przez anestezjologów udowadniają, że pacjenci, którzy odczuwają silny stres przed zabiegiem, reagują wysokim poziomem lęku na wprowadzenie znieczulenia. Ponadto istnieją przesłanki, że silny lęk przed zabiegiem, czyli lęk sytuacyjny, może wpływać negatywnie na okres pooperacyjny.

Zapotrzebowanie na informacje jest kwestią bardzo indywidualną. Niektórzy chorzy oczekujący na zabieg chcą wiedzieć o operacji, jej przebiegu i szczegółach medycznych bardzo dużo. W badaniach amerykańskich, w których oprócz ustnej informacji przedoperacyjnej podano także informację pisemną oraz prezentację wideo, wykazano istotnie mniejszy poziom odczuwanego lęku pacjentów przed operacją. Z drugiej strony, znaczna grupa chorych woli „nie wiedzieć” – kwestie medyczne pozostawia lekarzom oraz personelowi medycznemu. Niektóre badania wskazują, że strach zwiększa się np. po wizycie anestezjologa i otrzymaniu informacji, o które prosił sam pacjent.

Podsumowując, w opiece nad chorym należy podążać za jego zapotrzebowaniem na informację, aby nie wywoływać szkodliwego wpływu na stan psychiczny lub fizyczny pacjenta. Oczywiście, niezbędne i kluczowe informacje o operacji powinien otrzymać każdy pacjent. Ma to duże znaczenie we współpracy w procesie leczenia, w tym w stosowaniu się do zaleceń zarówno przed-, jak i pooperacyjnych. Równocześnie odpowiednio udzielone wsparcie informacyjne wzmacnia u pacjenta poczucie samoskuteczności i kontroli nad sytuacją.

Stres i lęk nie zawsze w okresie okołoperacyjnym są wystarczająco dobrze rozpoznawane. Pomocna w ich identyfikacji i ocenie nasilenia może być obserwacja i analiza objawów:

- fizjologicznych, np. przyspieszonego bicia serca, wzrostu ciśnienia tętniczego, problemów z oddychaniem, bólów brzucha;
- psychologicznych, np. zaburzeń poznawczych (osłabienie pamięci krótkoterminowej, spadek zdolności koncentracji, rozpraszalność uwagi, trudności w podejmowaniu decyzji i logicznym myśleniu);
- behawioralnych, w postaci między innymi niepokoju ruchowego lub spowolnienia.

Odczuwanie lęku jest uczuciem subiektywnym. Jego obecność i nasilenie można dodatkowo dookreślić i szczegółowiej poznać używając kwestionariuszy, takich jak Inwentarz Stanu i Cechy Lęku autorstwa C. D. Spielbergera, Amsterdamska Skala Lęku Przedoperacyjnego i Zapotrzebowania na Informacje czy Wizualne Skale Analogowe.

Ocena stanu psychicznego przed operacją jest istotnym elementem i ma wpływ na dalsze leczenie.

Ponadto wsparcie emocjonalne ze strony rodziny, personelu medycznego zaangażowanego w leczenie czy terapia psychologiczna prowadzona w oddziale łagodzi trudne emocje związane z samą hospitalizacją, jak również z leczeniem operacyjnym.

Spotkanie z psychologiem/psychoonkologiem przed operacją ma duże znaczenie dla odpowiedniego przygotowania pacjenta do operacji. W czasie spotkań w szpitalu prowadzone są rozmowy między innymi na temat wiedzy chorego o stanie zdrowia, refleksji związanej z podjętym leczeniem, metod radzenia sobie z chorobą oraz pobytu w oddziale.

Jak radzić sobie z trudnymi emocjami przed zabiegiem

Emocje są nieodłącznym elementem związanym z pobytem w szpitalu i leczeniem operacyjnym. Hospitalizacja jest trudnym doświadczeniem i może wyczerpywać emocjonalnie. Chory nie powinien jednak nadmiernie koncentrować się na emocjach związanych z pobytem w szpitalu. Zadaniowe podejście do kolejnych etapów przygotowywania się, poddaniu się operacji i zdrowienia po zabiegu jest pomocne, pozwalając na mobilizację sił i posiadanych zasobów indywidualnych. Z tego względu przed planową hospitalizacją warto dowiedzieć się, jakie dokumenty będą potrzebne, co chory powinien zabrać ze sobą, aby uniknąć dodatkowych stresów. Zadbać należy również o kwestie związane z załatwieniem wszystkich istotnych spraw, ponieważ nawet najmniejsza niezłałatwiona sprawa może nasilić odczuwany lęk.

Aby wzmocnić poczucie bezpieczeństwa i obniżyć poziom stresu, warto przygotować się do rozmowy z lekarzem spisując na kartce ważne pytania, ponieważ często zdarza, że z powodu stresu

może o nich zapomnieć. Warto poświęcić czas na odpoczynek, spotkania ze znajomymi, które mogą rozładować napięcie związane z przyjęciem do szpitala. Należy także zastanowić się, co można zabrać ze sobą, aby móc odwrócić uwagę od oczekiwania na zabieg. Najczęściej chorzy biorą do szpitala książki, krzyżówki, odtwarzacze muzyki.

Podczas pobytu w szpitalu można także poprosić o pomoc psychologa/psychoonkologa, jeśli jest zatrudniony w oddziale.

Można również zapoznać się z innymi pacjentami, którzy także oczekują na zabieg, co zwiększa poczucie wspólnoty i uświadamia, że sytuacja zdrowotna i poddawanie się zabiegowi dotyczy większej liczby osób. Zdarza się, że te znajomości zawarte w szpitalu nie kończą się w dniu wypisania z oddziału, stając się źródłem pozytywnych zmian życiowych.

ANNA CZECH, PIOTR L. CHŁOSTA

Zarys leczenia nowotworów urologicznych ze szczególnym uwzględnieniem leczenia chirurgicznego

Rak gruczołu krokowego

Prostatektomia radykalna

Prostatektomia radykalna obejmuje chirurgiczne usunięcie prostaty i pęcherzyków nasiennych, a w niektórych przypadkach również węzłów chłonnych miednicy (limfadenektomia). Operację można przeprowadzić sposobem otwartym, laparoskopowo lub z asystą robota. W trakcie zabiegu do pęcherza moczowego wprowadzany jest cewnik, który należy utrzymać przez kilka dni po

operacji. Możliwe powikłania prostatektomii radykalnej obejmują między innymi nietrzymanie moczu oraz zaburzenia wzwodu (erekcji).

Radioterapia radykalna

W raku prostaty stosuje się radioterapię (naświetlanie) z pól zewnętrznych oraz brachyterapię (źródło promieniowania wprowadza się bezpośrednio do prostaty). Radioterapia z pól zewnętrznych trwa zwykle kilka tygodni. Czasami radioterapię łączy się z hormonoterapią. Możliwe powikłania po radioterapii obejmują między innymi dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych, zaburzenia wzwodu oraz dolegliwości ze strony jelit (odbytnicy).

Hormonoterapia

Obecnie hormonoterapię stosuje się głównie w zaawansowanym raku stercza, aczkolwiek bywa również stosowana we wcześniejszych stadiach choroby w połączeniu z radioterapią. W hormonoterapii wykorzystuje się najczęściej zastrzyki domięśniowe lub podskórne podawane co 1, 3 lub 6 miesięcy. W niektórych przypadkach na początku terapii lub w trakcie jej trwania chory dodatkowo przyjmuje lek doustny. Powikłania hormonoterapii to między innymi uderzenia gorąca, zmęczenie, zmniejszenie libido, osłabienie kości, uszkodzenie wątroby, powiększenie piersi.

Chemioterapia

Chemioterapia w raku prostaty stosowana jest w zaawansowanym stadium choroby – w raku prostaty z przerzutami, najczęściej w przypadkach, kiedy hormonoterapia przestaje skutecznie zapobiegać dalszemu postępowi choroby.

Odpowiednią formę leczenia raka prostaty ustala się, biorąc pod uwagę wiele czynników, między innymi stopień zaawansowania choroby, stopień złośliwości, choroby towarzyszące i preferencje chorego.

Rak pęcherza moczowego

Elektroresekcja guza pęcherza moczowego (TURBT)

Elektroresekcja guza pęcherza moczowego (TURBT) to zabieg endoskopowy wykonywany przez cewkę moczową. W trakcie zabiegu urolog ogląda pęcherz od środka i wycina guzy pęcherza. TURBT jest pierwszym etapem leczenia raka pęcherza i służy właściwemu postawieniu rozpoznania oraz usunięciu wszystkich zmian, jeśli to możliwe. Nierzadko w ciągu kilku tygodni po pierwszej resekcji wykonuje się kolejną, aby upewnić się, że podczas pierwszej resekcji ustalono właściwy stopień zaawansowania choroby. Czasami po TURBT wykonuje się dopęcherzową wlewkę z chemioterapeutyką. Powikłania obejmują między innymi zakażenie dróg moczowych i uszkodzenie ściany pęcherza.

Wlewki dopęcherzowe

Ponieważ w wielu przypadkach elektroresekcja guza pęcherza nie jest wystarczająca, a przede wszystkim w celu zapobiegania nawrotom choroby, w nienaciekającym raku pęcherza moczowego często stosuje się wlewki do pęcherza. Skutecznym lekiem w zapobieganiu nawrotom raka pęcherza jest BCG (BCG terapia). Pacjent przychodzi na wlewki do poradni urologicznej co tydzień przez 6 tygodni, a następnie na trzy wlewki po 3, 6 i 12 miesiącach. Czasem taka terapia trwa 3 lata. Najczęstsze powikłania obejmują zakażenie dróg moczowych i dolegliwości bólowe pęcherza.

Wyżej opisane metody stosuje się w mniej zaawansowanym stadium raka pęcherza (rak nienaciekający mięśniówki).

Cystektomia radykalna (usunięcie pęcherza moczowego)

Jeśli rak pęcherza penetruje głębiej ścianę pęcherza (nacieka mięśniówkę) lub jeśli rak jeszcze głęboko nie nacieka, ale nie daje się kontrolować za pomocą elektroresekcji i wlewek, wówczas choremu proponowana jest cystektomia radykalna. Obecnie cystektomia radykalna w wielu przypadkach poprzedzona jest chemioterapią (chemioterapia neoadjuwantowa).

Podczas cystektomii radykalnej u kobiety usuwa się pęcherz moczowy, cewkę moczową, macicę z przydatkami i węzły chłonne. Cystektomia radykalna u mężczyzny obejmuje usunięcie pęcherza moczowego, prostaty, pęcherzyków nasiennych i węzłów chłonnych. W trakcie cystektomii po usunięciu pęcherza moczowego konieczne jest wytworzenie odprowadzenia moczu. Istnieje kilka ich rodzajów. Główne rodzaje odprowadzenia moczu po cystektomii to ureterocutaneostomia (wyprowadzenie moczowodów na ścianę brzucha), wstawka jelitowa (sposobem Bricker – z fragmentu jelita cienkiego wytwarza się tzw. wstawkę, do której wszywa się moczowody, a drugi koniec wstawki wszywa się najczęściej w okolicy prawego podbrzusza) oraz ortotopowy zastępczy pęcherz jelitowy (z jelit formuje się zbiornik, który przyszywa się do cewki moczowej).

Ureterocutaneostomia i wstawka jelitowa są związane z koniecznością noszenia worków urostomijnych. Zastępczy pęcherz jelitowy nie wymaga stosowania worków, ponieważ jest przyszyty do zachowanej cewki moczowej.

Cystektomia radykalna to rozległa operacja. Powikłania nie są rzadkie, we wczesnym okresie operacyjnym są to między innymi powikłania jelitowe, natomiast w dłuższej perspektywie powikłania zwykle są związane z odprowadzeniem moczu (np. nietrzymanie moczu, pogorszenie czynności nerek, powikłania metaboliczne).

Chemioterapia

Chemioterapię w raku pęcherza stosuje się przed cystektomią radykalną (chemioterapia neoadjuwantowa), czasami jako leczenie uzupełniające po cystektomii (chemioterapia adjuwantowa), a także w przypadku wznowy po leczeniu radykalnym i w chorobie rozsianej (z przerzutami).

Rak nerki

Nefrektomia radykalna (usunięcie nerki)

Nefrektomia radykalna polega na chirurgicznym usunięciu całej nerki wraz z otaczającymi tkankami. Obecnie standardem jest nefrektomia laparoskopowa, aczkolwiek w przypadku bardziej zaawansowanych guzów wykonuje się zabieg otwarty.

Częściowa nefrektomia (usunięcie guza nerki z zachowaniem nerki, *nephron-sparing surgery* – NSS)

Częściowa nefrektomia jest obecnie preferowaną metodą leczenia guzów nerek ograniczonych do narządu, jeśli tylko przeprowadzenie takiej operacji jest możliwe (przy czym znaczenie ma przede wszystkim położenie guza). Operacja polega na wycięciu samego guza, z pozostawieniem miąższu nerki w największym możliwym zakresie. Zabieg jest technicznie trudniejszy niż usunięcie całej nerki. Można go wykonać sposobem otwartym, laparoskopowo lub w asyście robota. Typowym powikłaniem NSS jest krwawienie, które może wymagać przetoczenia krwi, a w rzadkich przypadkach konieczne jest usunięcie całej nerki.

Rak miedniczki nerkowej/rak moczowodu

Nefroureterektomia radykalna (usunięcie nerki, moczowodu i fragmentu pęcherza)

Przez wiele lat standardowym postępowaniem w przypadku raka miedniczki nerkowej lub moczowodu było usunięcie nerki, moczowodu i fragmentu pęcherza (nefroureterektomia radykalna), i do dziś ta metoda leczenia jest najczęściej stosowana (konieczna w przypadku guzów wysokiego ryzyka).

Operacja z zaoszczędzeniem nerki

W przypadku nowotworów miedniczki nerkowej lub moczowodu niskiego ryzyka oraz w wybranych przypadkach „wymuszonych” (jedyna nerka) można przeprowadzić leczenie endoskopowe, z zachowaniem nerki. Zabieg wykonuje się przez cewkę moczową i polega na zniszczeniu guza laserem. Po zabiegu konieczna jest ścisła kontrola za pomocą badań obrazowych oraz endoskopii.

Rak jądra

Orchidektomia radykalna (usunięcie jądra)

W razie stwierdzenia guza jądra (w badaniu fizykalnym i/lub USG) wskazane jest usunięcie całego jądra (orchidektomia) z dostępu pachwinowego (czyli cięcie wykonuje się w pachwinie).

Chemioterapia

W wielu przypadkach raka jądra wskazana jest uzupełniająca chemioterapia. W pierwszym stadium zaawansowania choroby jest opcją leczenia z intencją zapobiegania nawrotom. W wyższych stadiach zaawansowania raka jądra chemioterapia często pozwala na wyleczenie.

Limfadenektomia zaotrzewnowa

Limfadenektomia zaotrzewnowa jest wykonywana stosunkowo rzadko – głównie w przypadku zmian pozostałych po chemioterapii. Ponieważ pierwsza stacja węzłów chłonnych w przypadku raka jądra obejmuje węzły chłonne na tylnej ścianie jamy brzusznej, to właśnie węzły chłonne tej okolicy usuwa się podczas limfadenektomii zaotrzewnowej.

Rak prącia

Leczenie miejscowe

W wybranych przypadkach raka prącia o niskim stopniu zaawansowania możliwe jest leczenie miejscowe, tzn. wycięcie chirurgiczne zmiany lub zniszczenie jej laserem.

Penektomia częściowa lub całkowita (usunięcie prącia częściowe lub całkowite)

W przypadku większych zmian nowotworowych na prąciu konieczne jest usunięcie prącia – częściowo lub całkowicie.

Radioterapia

W wybranych przypadkach (guz o średnicy mniejszej niż 4 cm) możliwe jest leczenie raka prącia naświetlaniem.

Limfadenektomia pachwinowa

Ponieważ rak prącia nierzadko powoduje przerzuty do węzłów chłonnych pachwiny, nawet przy niepodejrzanych węzłach chłonnych w większości przypadków wskazane jest wycięcie części lub wszystkich węzłów chłonnych pachwinowych, a czasem również węzłów chłonnych miednicy.

Chemioterapia

Chemioterapię stosuje się jako leczenie uzupełniające w chorobie zaawansowanej/rozsianej.

KATARZYNA DEMBE, PIOTR L. CHŁOSTA

Jakość życia pacjentów po zabiegach chirurgicznych

Zabiegi chirurgiczne często dają nadzieję na wyleczenie. Z drugiej strony mogą być równocześnie źródłem obaw o wpływ okaleczenia na dalszą jakość życia. Definicja jakości życia odnoszącej się do zdrowia według R. Fitzpatricka odnosi się do dobrostanu w zakresie wielu obszarów ludzkiego życia. Dotyczy ona sfery emocjonalnej i duchowej, życia rodzinnego, seksualnego, a także prawidłowego funkcjonowania zawodowego i społecznego, oceny stanu zdrowia oraz satysfakcji z życia. Poniżej opisano możliwy wpływ zabiegów chirurgicznych, takich jak urostomia czy operacja raka gruczołu krokowego, na jakość życia pacjentów poddanych temu leczeniu.

Urostomia znacznie obniża jakość życia i stanowi duże wyzwanie dla pacjentów. Może powodować poczucie inwalidztwa, wykluczenia ze społeczeństwa, nawet rodziny. Stres dotyczy nie tylko kwestii pielęgnacyjnych. Wiąże się także z odczuwaniem wstydu, co w rezultacie może prowadzić do obniżenia samooceny i poczucia własnej wartości.

Zaakceptowanie urostomii to kwestia indywidualna. W dużej mierze zależy od podejścia do procesu leczenia i choroby oraz odpowiedniego przygotowania pacjenta i rodziny do zabiegu. Ważną rolę w przystosowaniu się do nowej sytuacji odgrywa personel medyczny, który jest zaangażowany w opiekę nad tą grupą chorych. W łatwiejszej akceptacji urostomii może pomóc też inny

pacjent-edukator, który przekaze własną wiedzę i doświadczenia związane z pielęgnacją urostomii oraz z funkcjonowaniem po zabiegu.

Prawidłowe przystosowanie się do życia z urostomią zapewnia odpowiednia wiedza dotycząca zakresu koniecznej pielęgnacji. W czasie pobytu w szpitalu pacjent ma zapewnioną opiekę pielęgniarki stomijnej, która przekazuje odpowiednią wiedzę oraz uczy zasad korzystania z urostomii. Z kolei pomoc psychologiczna zaczyna się już przed zabiegiem. Na tym etapie przygotowywania się do zabiegu i jego skutków warto włączyć również partnerkę/partnera. Opieka psychologiczna polega na psychoedukacji chorego celem omówienia np. konsekwencji zabiegu, stanu psychicznego, oceny zasobów psychologicznych, możliwych źródeł problemów emocjonalnych i trudności z radzeniem sobie ze stresem choroby. W czasie spotkań z psychologiem prowadzona jest praca nad budowaniem poczucia własnej wartości. Pomoc psychologiczna w tym przypadku dotyczy również likwidacji lęku związanego ze współżyciem, ponieważ może dojść do pojawienia się mechanizmu błędnego koła – problemy z potencją wywołują lęk, a z kolei lęk wywołuje zaburzenia potencji.

Ważne, by pamiętać, że poprawne funkcjonowanie urostomii zależy od stanu ogólnego chorego, prawidłowej diety, w tym przyjmowania płynów (około dwóch litrów dziennie) oraz przestrzegania zasad pielęgnacji.

W przypadku urostomii, cystostomii, nefrostomii, ureterocutaneostomii istotne jest przestrzeganie terminów wymiany cewników oraz dbanie o ich drożność. Ważna jest pomoc rodziny, głównie w przypadku osób starszych czy niepełnosprawnych. Istotnym czynnikiem jest także odpowiedni sprzęt stomijny, który ma zapewnić całkowite bezpieczeństwo i tym samym umożliwić dobre funkcjonowanie w życiu rodzinnym, towarzyskim, zawodowym.

W przypadku urostomii dbanie o skórę jest priorytetowe. Aby uniknąć podrażnień oraz zmian skórnych, należy utrzymywać czystość wokół urostomii. Podczas każdej zmiany woreczka urostomijnego powinno się używać preparatów do pielęgnacji prze-wlekłej, np. lawaseptyków, a następnie, po dokładnym osuszeniu, stosować balsamy nawilżające. Prawidłowa pielęgnacja w znacz-

nym stopniu zmniejsza ryzyko powstawania powikłań związanych ze zmianami skórnymi.

W przypadku raka stercza leczenie chirurgiczne wiąże się z utratą potencji czy nietrzymaniem moczu.

Pacjenci po zabiegu, w związku z możliwymi konsekwencjami, mogą czuć się niepełnowartościowi. Zaburzenia erekcji, które wynikają z choroby nowotworowej, dotyczą zarówno partnera, jak i partnerki. Dlatego tak ważna jest wyrozumiałość partnera seksualnego/osoby bliskiej. Zarówno w okresie choroby, jak i po operacji warto budować relację opartą na wzajemnej szczerości i wsparciu.

Po operacji usunięcia gruczołu krokowego mężczyźni miewają problem z nietrzymaniem moczu. Mimo że jest to dokuczliwe, panowie często wstydzą się wizyty u lekarza urologa celem rozpoczęcia leczenia. Wprowadzenie metod radzenia sobie z nietrzymaniem moczu stanowi niezwykle ważną kwestię w procesie utrzymywania zdrowia, pozytywnych efektów zabiegu i właściwej pielęgnacji. Leczenie nietrzymania moczu po prostatektomii jest kwestią bardzo indywidualną, składa się z leczenia zabiegowego, farmakoterapii i ćwiczeń rehabilitacyjnych.

Warto pamiętać, że celem dobrej i efektywnej wizyty u lekarza należy wcześniej przygotować odpowiedzi między innymi na pytanie o liczbę zużywanych higienicznych wkładek na dobę, ilość spożywanych płynów i oddawanego moczu.

Pacjentom zalecane są ćwiczenia wzmacniające mięśnie dna miednicy – ćwiczenia Kegla.

W 1948 roku doktor Arnold Kegel opracował ćwiczenia dla kobiet wzmacniające mięśnie przepony moczowo-płciowej. Są one idealne także dla panów z nietrzymaniem moczu. Trening mięśni przepony moczowo-płciowej można wykonywać w następujący sposób: w czasie oddawania moczu trzeba zatrzymać przez kilka sekund strumień moczu kurcząc mięśnie krocza, a następnie je rozluźnić i dokończyć oddawanie moczu.

Ćwiczenia zwiększające siłę skurczu polegają na leżeniu na plecach z nogami ugiętymi w kolanach, stopy muszą być oparte o podłogę. W tym czasie należy powoli napinać mięśnie przepony moczowo-płciowej i rozluźniać je. Warto pamiętać, że ćwiczenia

wcześnie wdrożone w znacznym stopniu poprawiają jakość życia oraz niwelują problemy z nietrzymaniem moczu.

Ćwiczenia, które mają na celu poprawić szybkość skurczu, polegają na energicznym skurczu mięśni przez chwilę, a następnie na dłuższym rozluźnieniu. Warto nauczyć się tych ćwiczeń, korzystając z wiedzy doświadczonych fizjoterapeutów.

Z amputacją prącia związanych jest wiele negatywnych przeżyć, w tym bardzo duży spadek samooceny. W tym przypadku nacisk jeszcze przed operacją kładziony jest na wsparcie ze strony osób bliskich, a przede wszystkim osoby bliskiej/partnera seksualnego. Pewna grupa osób narażona jest na silne reakcje depresyjne. Edukacja w tym zakresie odbywa się jeszcze w szpitalu, aby przygotować chorego do funkcjonowania po operacji. Znaczna część pacjentów ma trudności z szybką adaptacją do nowej sytuacji i po wypisaniu ze szpitala korzysta z dalszej pomocy seksuologa i psychoterapeuty.

KATARZYNA DEMBE, PIOTR L. CHŁOSTA

Rola rodziny w leczeniu chorego onkologicznego

Obecnie w wielu rodzinach pojawia się problem choroby nowotworowej. Nowa sytuacja skłania do wprowadzenia zmian w funkcjonowaniu chorego i jego najbliższych. Często osoby bliskie oferują swoją pomoc lub poszukują profesjonalnej formy wsparcia. Radzenie sobie z chorobą osoby bliskiej jest związane z postrzeganiem samej choroby, jak i z doświadczeniami z przeszłości. Także członkowie rodziny narażeni są na odczuwanie trudnych emocji w postaci lęku, złości, niechęci, smutku. Zarówno u krewnych, jak i osoby chorej może pojawić się zaprzeczanie chorobie lub brak nadziei na wyleczenie. Rodziny, w których przed pojawieniem się

choroby komunikacja była utrudniona z powodu konfliktów, braku umiejętności korzystania ze wsparcia pomiędzy członkami rodziny, a także pomocy z zewnątrz, mają większe trudności z uporaniem się z kryzysem wynikającym z choroby nowotworowej.

Osoby chore potrzebują wsparcia na każdym etapie leczenia. Wymagają rozmowy na temat choroby, swoich uczuć czy informacji na temat leczenia. Brak wsparcia jest czynnikiem ryzyka wystąpienia poczucia bezradności, przygnębienia.

Rodzina może zaoferować wsparcie emocjonalne, które polega na towarzyszeniu chorej osobie, wysłuchaniu jej, okazaniu troski. Dodatkowo może zapewnić wsparcie rzeczowe, czyli pomoc materialną, finansową oraz pomoc w codziennych obowiązkach. Rodzina zapewnia również wsparcie duchowe, które polega na odnajdywaniu sensu w chorobie.

Aby wiedzieć, jaką konkretnie pomoc zaoferować osobie chorej, należy przede wszystkim zapytać, jakie nasz bliski ma oczekiwania. Warto pamiętać, że osoba chora chce nadal mieć kontrolę nad swoim życiem i zdrowiem. Nie należy jej we wszystkim wyřęczać. Osoby chore oczekują szczerości, więc nie należy wstydzic się swoich reakcji.

Osoby bliskie mają prawo przeżywać żal, smutek, złość i również mogą rozmawiać o tym z osobą chorą.

Niektórzy chorzy nie zawsze będą chcieć otrzymywać wsparcie. Nie należy tego interpretować jako odrzucenia rodziny. Może to oznaczać, że w danym momencie chory nie potrzebował wsparcia lub nie był na nie gotowy. Jeśli bliska osoba będzie otwarta i gotowa na rozmowy na temat stanu zdrowia, chory w swoim czasie na pewno poinformuje ją o tym.

Zdarza się, że osoby z chorobą nowotworową nie chcą wsparcia, ponieważ pragną uniknąć obciążania rodziny. Dlatego należy zapewnić osobie bliskiej poczucie bezpieczeństwa, budować relację opartą na zaufaniu i trosce. Ważne, by dać jej do zrozumienia, że może liczyć na wsparcie i nie jest obciążeniem dla rodziny. Brak rozmowy na temat choroby może doprowadzić do konfliktów.

Podczas wspierania chorego należy wygospodarować także czas dla siebie, by móc odpocząć i zregenerować siły do dalszej walki z chorobą nowotworową bliskiego.

W momencie zmagania się z kryzysem związanym z chorobą warto podjąć współpracę z psychologiem/psychoonkologiem, który udzieli wsparcia w zakresie akceptacji oraz zrozumieniu choroby. W czasie spotkań psycholog może odwołać się również do wcześniejszych trudnych sytuacji pacjenta i jego metod radzenia sobie z nimi na poszczególnych etapach. Wsparcie psychologiczne dla rodziny i chorego to również odpowiednia pomoc w zakresie radzenia sobie z trudnymi emocjami, zmianie w sposobie komunikacji pomiędzy członkami rodziny a osobą chorą.

KATARZYNA DEMBE, PIOTR L. CHŁOSTA

Strata bliskiej osoby. Sposoby radzenia sobie z żałobą

Żałoba to bardzo trudne doświadczenie, które najczęściej niesie ze sobą kryzys emocjonalny. Okres żałoby przebiega indywidualnie i ma zazwyczaj charakter adaptacji do nowej sytuacji. Może jednak przybierać postać dysfunkcjonalną. Żałoba ma na celu zaakceptowanie straty oraz przygotowanie się do życia bez bliskiej osoby.

Czas trwania oraz przebieg żałoby jest uzależniony od indywidualnych predyspozycji osoby przeżywającej stratę. Pośród czynników, które mają wpływ na odczuwanie straty wymienia się wiek, osobowość, stopień zażyłości z osobą zmarłą, a także charakter straty: czy śmierć była nagła, czy spowodowana naturalnym zgonem.

Według E. Kübler-Ross żałoba składa się z pięciu etapów, które niekoniecznie muszą występować w wymienionej poniżej kolejności. Czas ich przeżywania jest kwestią bardzo indywidualną. Do elementów przeżywania żałoby należy:

- **Zaprzeczanie.** To wynik szoku związanego ze stratą. Jest jednym z mechanizmów obronnych, które chroni przed negatywnymi emocjami. Ta faza może charakteryzować się

tym, że osoby borykające się z utratą bliskiej osoby wypierają jej śmierć.

- Gniew. Pojawia się wobec zmarłego, rodziny czy własnej osoby. W tej fazie może zrodzić się poczucie winy, które wzmacnia przeżywane emocje.
- Targowanie się. Ten etap charakteryzuje się rozważaniem na temat naszych relacji z osobą zmarłą, dochodzi do wyrzutów sumienia, że mogliśmy czegoś uniknąć lub zrobić więcej dla tej osoby.
- Depresja. Smutek czy objawy depresji to kolejny etap radzenia sobie z żałobą. Pojawia się poczucie bezradności, braku sensu życia. W tej fazie osoby mogą sięgać po różnego rodzaju środki odurzające czy alkohol, aby uciec od przeżywanego bólu.
- Akceptacja. Faza ostatnia, która oznacza pogodzenie się ze stratą. W tej fazie słabną odczuwane wcześniej negatywne emocje.

Niektóre osoby mają wysoki poziom zdolności adaptacyjnych i pomimo odczuwania trudnych emocji dobrze radzą sobie z nimi. Sam proces żałoby po utracie bliskiego przebiega wtedy łagodnie. U pewnej grupy nieprzepracowana żałoba może objawiać się obojętnością wobec śmierci bliskiej osoby. Istnieje także grono osób, które, aby poradzić sobie ze stratą, poświęcają się pracy zawodowej, żeby nie myśleć o niedawnej stracie. Niektóre z kolei nie mogą funkcjonować pośród innych osób, są płaczliwe, przygnębione.

W okresie żałoby warto pozwolić sobie na zadumę, płacz, wspomnienia związane z osobą zmarłą. Różnice w przeżywaniu żałoby widać także pod względem płci, wieku oraz stopnia pokrewieństwa z osobą zmarłą. Według danych z tabeli stresu opracowanej przez Holmesa i Rahe'a zgon współmałżonka lub dziecka uznawane są za najbardziej stresujące wydarzenia. Stresujące jest także opłakiwanie śmierci rodzica czy dziadków. W przypadku śmierci jednego z rodziców mogą wystąpić wyrzuty sumienia związane z ilością czasu spędzanego z osobą zmarłą, w przypadku śmierci dziadków pojawiają się myśli związane z przemijaniem, skierowanie uczuć i większej uwagi w kierunku rodziców.

Nie ma odpowiedniego momentu na odejście bliskiej osoby. Dla rodziny i przyjaciół to zawsze będzie zbyt wcześnie. Warto jednak zrozumieć, że śmierć jest wpisana w nasze życie i nieunikniona. Czasami odejście osoby bliskiej, która cierpiała, długo chorowała, to ulga dla niej i osób towarzyszących jej w odchodzeniu.

Ważną formą pomocy dla osób, które zmagają się z żałobą, są grupy wsparcia czy pomoc pracowników Ośrodka Interwencji Kryzysowej, placówki takie znajdują się w całej Polsce. Wiele osób, które uczestniczyły w terapii po śmierci bliskiej osoby, zapewnia, że ta forma pomocy jest bardzo skuteczna. Uczestniczenie w grupie wsparcia umożliwia spotkanie z osobami, które także przeżywają żałobę, i pozwala bardziej otworzyć się przed nimi. Inną formą wsparcia może być psychoterapia indywidualna, która może przynieść wiele korzyści osobom obawiającym się odsłonić swoje emocje przed większym gronem ludzi.

Pożegnanie bliskiej osoby jest niewątpliwie trudną sytuacją. Warto pielęgnować obraz osoby, która odeszła, i doceniać przeżyte razem chwile. Osoba bliska zawsze będzie obecna w naszej pamięci, a jej odejście to pewien etap.

Za koniec żałoby uznawany jest etap, gdy żałobnik potrafi rozmawiać na temat związany z osobą zmarłą bez nadmiernego przeżywania trudnych emocji, potrafi przebywać w miejscach, które kojarzą się ze zmarłym. Warto pamiętać, że żałoba to proces indywidualny i zależy od wielu czynników.

Piśmiennictwo:

1. Bannister R.: Zespoły neurologiczne towarzyszące chorobom nowotworowym, [w:] *Neurologia kliniczna*, 1997, s. 504–506.
2. Basińska K., Michowska M.: Wpływ zakresu informacji anestezyjologicznej na poziom lęku u chorych przed operacją. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2006; 4.
3. Bemis J., Barrada A.: *Oswoić lęk*. GWP, Gdańsk 2001.
4. Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S.: *Psychologia zaburzeń*. GWP, Gdańsk 2003.
5. Cierzniańska K., Szewczyk M.T., Cwajda J.: Wybrane procedury w opiece okołooperacyjnej nad chorym ze stomią. *Przewodnik Lekarza* 2005; 2: 87–92.
6. Cierzniańska K., Szewczyk M.T., Stodolska A.: Proces rehabilitacji chorych ze stomią. *Nowiny Lekarskie* 2005; 74: 222–225.
7. De Walden-Gałuszko K.: *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
8. Dobruch J.: Pielęgnacja urostomii (przetoki moczowo-skrónej). *Przegląd Urologiczny* 2003; 1: 57.
9. Gaszyński T.: Badanie satysfakcji chorych i ich opinii na temat jakości świadczeń anestezyjologicznych w świetle objawów niepożądanych znieczulenia. *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 2011; 4: 214–219.
10. Lasota J.: Postawy osób przewlekle chorych. Wywiad z prof. M. Jaroszem i J. Formańskim, *Czasopismo Księży Sercanów Wstań*.
11. Kalwas P.: Porównanie okołooperacyjnego stresu psychicznego u pacjentów przechodzących radykalną prostatektomię i adenomektomię nadłonową. *Urologia Polska* 2006; 59, Supl. 1.
12. Kaplan H.I., Sadock B.J.: Organiczne zaburzenia psychiczne i zespoły objawów, [w:] *Psychiatria kliniczna* 1998, s. 24–39.

13. Laskowska A.: Nieadaptacyjna reakcja na chorobę – radzenie sobie ze stresem, zmienne demograficzne a objawy traumy u osób chorych na nowotwory. *Psychiatria Polska* 2015.
14. Lazarus R.S.: Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne* 1986; 3–4: 40–41.
15. Paul-Kańska J.: Choroba nowotworowa – w obliczu zagrożenia życia. *Acta Universitatis Lodziensis, Folia Psychologica* 2007; 11.
16. Kossobudzki P.: Nocebo, czyli chorzy z przekonania (pol.). *Przekrój*, 22 lipca 2009.
17. Pytliński A.: Wizerunek lekarza anestezjologa w opinii pacjentów i członków ich rodzin. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2007; 1: 20–27.
18. Religioni U., Czerw A., Deptała A.: Przystosowanie psychiczne pacjentów do wybranych chorób nowotworowych. *Psychiatria Polska* 2015.
19. Romanik W., Kański A., Soluch P., Szymańska O.: Kwestionariuszowy i deklaracyjny poziom lęku chorych przed operacją. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2009; 2: 94–99.
20. De Walden-Gałaszko K.: Podstawy opieki paliatywnej. Wyd. I, PZWL, Warszawa 2004.
21. Ziębicka J., Gajdosz R.: Wybrane aspekty lęku u chorych oczekujących na operację. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2006; 1: 41–44.
22. Hebanowski M., De Walden-Gałaszko K., Żylicz Z.: Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
23. Juczyński Z.: Rak, choroba budząca lęk. *Sztuka Leczenia* 2000; 4: 45–57.
24. Wciórka J.: Miejsce lęku w psychopatologii. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1994; 4: 37–50.
25. Chojnacka-Szawłowska G.: Sytuacyjny i osobowościowy komponent lęku wobec diagnozy onkologicznej. *Przegląd Psychologiczny* 1996; 39: 53–65.
26. Caus I., Naworska B., Kamińska J., Zarzecka A., Mazurek M.: Psychospołeczne problemy pacjentów z chorobą nowotworową, 2013; 1: 128–136.
27. Jarema A.: Uwagi o lęku w chorobach nowotworowych. Spostrzeżenia praktyczne. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1994; 3: 131–134.
28. Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.): Zmagając się z chorobą nowotworową. Wyd. UJ, Kraków 1999, s. 67–77.

29. Szelenberger W.: Standardy leczenia bezsenności Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem. *Sen* 2006; 6(Supl. A): 1–10.
30. Szelenberger W.: *Bezsenność*. Via Medica, Gdańsk 2007.
31. Kordek R.: *Onkologia – podręcznik dla studentów i lekarzy*. Via Medica, Gdańsk 2007.
32. Wrześniewski M., Buckman R.: *Jak zwalczyć raka – profilaktyka, objawy, leczenie*. Świat Książki, Warszawa 2000.
33. Janiszewska J.: Wpływ przewlekłej choroby somatycznej na percepcję własnej osoby, samoocenę młodzieży i sposoby radzenia sobie w trudnej sytuacji, *Psychoonkologia* 2001.
34. Basińska B.: Radzenie sobie z konfrontacją stresową a kontinuum zdrowie – choroba nowotworowa. *Psychoonkologia* 2001, styczeń–czerwiec nr 8.
35. Trzebiatowska I.A.: *Psychoonkologia: Depresja w chorobie nowotworowej*, r. 2002, nr 2, tom 6, luty.
36. Gurowiec P.: Psychologiczne sposoby leczenia bólu, [w:] *Psychologia radzenia sobie ze stresem*. Zeszyty naukowe WSHE w Łodzi 2002; 1: 21.
37. Juczyński Z.: Spostrzegana kontrola a strategie radzenia sobie z przewlekłym bólem. *Sztuka leczenia* 2001, tom VII (2), s. 9–16.
38. Dobrogowski J., Wordliczek J. (red.): *Ból przewlekły*. Wydawnictwo MCKP UJ, Kraków 2002.
39. Kazalska D., Jarosz J., Góraj E., Hilgier M.: Czy go boli – czy się boi? Lęk jako istotny czynnik psychologiczny kształtujący percepcję bólu. *Onkologia Polska* 2005; 8: 121–123.
40. Michałowska-Wieczorek I.: Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 2006; 10(2): 51–56.
41. Kozak G.: Zróżnicowanie strategii radzenia sobie z nowotworem chorych w przebiegu wybranych nowotworów złośliwych. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2012; 6: 162–170.
42. Kulpa M., Owczarek K., Stypuła-Ciuba B.: Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych. *Medycyna Paliatywna* 2013; 5(3): 106–113.
43. Remlinger A., Wyszogrodzka-Kucharska A.: Depresja u osób w wieku podeszłym. *Świat Medycyny i Farmacji* 2004; 4: 23–27.
44. Bidzan L., Łapin J.: Wpływ poziomu funkcji poznawczych i depresji na aktywność złożoną u osób w podeszłym wieku. *Gerontol Pol* 2000; 8(4).

45. Stein D.J., Hollander E.: Współchorobowość depresji i zaburzeń lękowych. Via Medica, Gdańsk 2004.
46. Małyszczak K., Pawłowski T.: Zespoły lękowo-depresyjne. Patogeneza, obraz kliniczny i leczenie. Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2007.
47. Jaracz J.: Współistnienie depresji i zaburzeń lękowych. Akademia Medipress – Oblicza Depresji 2006.
48. Herbert M.: Żałoba w rodzinie. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
49. Keirse M.: Smutek, strata, żałoba. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2004.
50. Herbert M.: Żałoba w rodzinie. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.