



KONFERENCJA NAUKOWA:

**Humanistyczne
aspekty opieki
w chorobie
nowotworowej**



STRESZCZENIA



**Doskonała
Nauka**

Projekt dofinansowany ze środków Ministra Edukacji i Nauki w ramach programu pod nazwą „Doskonała nauka - wsparcie konferencji naukowych” (umowa nr DNK/SP/549402/2022).

Opieka i leczenie onkologiczne pacjenta w dobie sztucznej inteligencji (AI)

Mgr D. Lichosik

ORCID: 0000-0003-0804-4510

AIIAO (Włoskie Stowarzyszenie Pielęgniarstwa Onkologicznego)

Mediolan - Włochy

Niezamierzoną konsekwencją przyszłej powszechnej integracji technologii we wsparciu onkologicznej opieki zdrowotnej może być pojawienie się podziału relacyjnego między pracownikami służby zdrowia a pacjentami i ich bliskimi, ponieważ ci ostatni będą w coraz większym stopniu wchodzić w bezpośrednią interakcję ze sztuczną inteligencją (AI). Spójnym elementem w tym kontekście powinna być kadra medyczna, zapewniająca pacjentom i ich bliskim profesjonalną wiedzę na temat tych technologii i prawidłowego ich wykorzystania w celach terapeutycznych. W tym przypadku, personel medyczny pełniłby rolę instruktora i kontrolera; monitorując i nadzorując wykorzystywane przez nich systemy AI.

W procesie leczenia nowotworów niekwestionowany potencjał człowieka tkwi w jego zdolności do wykorzystania inteligencji, wrażliwości i wiedzy specjalistycznej, które przewyższają możliwości technologii, zapewniając w ten sposób humanistyczny aspekt opieki. Z tego powodu, wbrew popularnym dystopijnym założeniom, uważam, że systemy AI należy postrzegać jako narzędzie dostępne dla pracowników służby zdrowia, a roboty jako swego rodzaju „niehumanicznych współpracowników” a nie jako konkurencję na rynku pracy.

W najbliższej przyszłości, gdy opieka onkologiczna w coraz większym stopniu będzie uzależniona od postępu technologicznego, kluczowym zadaniem personelu pielęgniarstwa będzie rozwijanie nowych umiejętności, oprócz tych, które już posiada. Dzięki temu łatwiej będzie im zbudować empatyczny pomost pomiędzy pacjentem a AI, zapewniając holistyczną opiekę w procesie leczenia.

Konieczne jest zdefiniowanie zasad, które pozwolą maksymalnie wykorzystać sztuczną inteligencję i uniknąć jej negatywnych skutków. Obecnie na całym świecie podejmowane są próby opracowania wytycznych. Pomimo dzielących ich różnic, łączą ich zasady etyczne uważane za fundament: przejrzystość, uczciwość, niestosowanie przemocy, odpowiedzialność i prywatność.

Słowa kluczowe: *sztuczna inteligencja, pacjent onkologiczny, pielęgniarstwo onkologiczne, robotyka, edukacja, przyszłość zawodu pielęgniarstwa.*

Bibliografia

1. Abbasgholizadeh-Rahimi, S., Granikov, V., & Pluye, P. (2020). Current works and future directions on application of machine learning in primary care. *Proceedings of the 11th Augmented Human International Conference*, 1–2. <https://doi.org/10.1145/3396339.3396397>
2. Cato, K. D., McGrow, K., & Rossetti, S. C. (2020). Transforming clinical data into wisdom: Artificial intelligence implications for nurse leaders. *Nursing Management*, 51(11), 24–30. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000719396.83518>.
3. Davenport TH. (2018). Artificial Intelligence and the Augmentation of Health Care Decision-Making. *NEJM Catalyst*. <https://catalyst.nejm.org/doi/abs/10.1056/CAT.18.0151d6>
4. Hwang, E. J., Park, S., Jin, K.-N., Kim, J. I., Choi, S. Y., Lee, J. H., Goo, J. M., Aum, J., Yim, J.-J., Cohen, J. G., Ferretti, G. R., Park, C. M., & for the DLAD Development and Evaluation Group. (2019). Development and validation of a deep learning–based automated detection algorithm for major thoracic diseases on chest radiographs. *JAMA Network Open*, 2(3), e191095. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.1095>
5. Kaplan, J. (2017). *Intelligenza artificiale. Guida al futuro prossimo*. LUISS.
6. Madani, A., Arnaout, R., Mofrad, M., & Arnaout, R. (2018). Fast and accurate view classification of echocardiograms using deep learning. *Npj Digital Medicine*, 1(1), 6. <https://doi.org/10.1038/s41746-017-0013-1>
7. 8. Milano, F. (2020). Coronavirus, all'ospedale di Varese arriva il robot che monitora i pazienti. *Il Sole 24 Ore*. <https://www.ilsole24ore.com/art/coronavirus-all-ospedale-varese-arriva-robot-che-monitora-pazienti-ADv1kDH>
9. Obermeyer, Z., & Emanuel, E. J. (2016). Predicting the future—Big data, machine learning, and clinical medicine. *New England Journal of Medicine*, 375(13), 1216–1219. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1606181>
10. Rasoini R, Cabitza F, Alderighi C, Gensini GF. (2017) Intelligenza artificiale in medicina: tra hype, incertezza e scatole nere. *Toscana Medica*, 11, 18-20. <https://www.toscanamedica.org/wp-content/uploads/2023/02/tm1117.pdf>
11. Rizzati L. (2016). Digital data storage is undergoing mind-boggling growth. *EETimes*. <https://www.eetimes.com/digital-data-storage-is-undergoing-mind-boggling-growth/>
12. Saracci, R. (2018). Epidemiology in wonderland: Big Data and precision medicine. *European Journal of Epidemiology*, 33(3), 245–257. <https://doi.org/10.1007/s10654-018-0385-9>
13. Topol, E. J. (2019). *Deep medicine: How artificial intelligence can make healthcare human again* (First edition). Basic Books.
14. Verghese, A., Shah, N. H., & Harrington, R. A. (2018). What this computer needs is a physician: Humanism and artificial intelligence. *JAMA*, 319(1), 19. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.19198>

Problemy w opiece nad pacjentem onkologicznym w gabinecie lekarza rodzinnego

Michał Zwoliński¹, Marta Szuleka¹, Adrian Hovagimyan¹, Sławomir Lewicki^{2,3}

¹Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, kierunek lekarski, 5 rok studiów, SKN „Komórkowcy”

²Uczelnia Medyczna im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie, Instytutu Nauk Przedklinicznych

³Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu.

Nowotwory są istotnym problemem klinicznym. Na świecie w 2020 roku odnotowano 19,3 miliona nowych przypadków nowotworów złośliwych i 10 milionów zgonów z ich powodu. W Polsce natomiast na nowotwory złośliwe w tym czasie zachorowało 146,2 tysiąca osób, a zmarło 99,9 tysiąca chorych. Wczesne postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia jest kluczowym czynnikiem poprawiającym przeżycie pacjentów. Jednocześnie konieczna jest współpraca lekarza z pacjentem na wszystkich etapach diagnostyki i leczenia, aby wyniki były zadowalające.

Rola lekarza rodzinnego w procesie opieki nad pacjentem onkologicznym jest znaczna. Zauważono pewne różnice w zależności od płci lekarza, a mianowicie pacjenci leczeni przez mężczyzn częściej narażeni są na opóźnienie leczenia spowodowane postrzeganiem utrudnionym dostępem do lekarza i trudnościami w komunikacji lekarz-pacjent, natomiast pacjentów pod opieką kobiet częściej dotyka zwiększone opóźnienie leczenia związane z systemem, zwłaszcza ze skierowaniami i zaburzoną koordynacją procesu diagnostycznego. Do osiągnięcia zadowalającego efektu terapeutycznego dla chorego i zwiększenia compliance potrzeba jednostkowego podejścia do potrzeb pacjenta. Wymaga to jednak poświęcenia mu znacznej ilości czasu. Niezbędne jest też odpowiednie poznanie teorii i metod komunikacji, zwłaszcza przy napotkaniu trudności na tym polu.

Polscy pacjenci w większości są niezadowoleni z ilości czasu potrzebnego do postawienia diagnozy, jednocześnie zgłaszają niezadowalającą komunikację ze strony lekarzy w trakcie procesu leczniczego od diagnozy do follow-up`u. Lekarze oraz rodziny pacjentów w większości preferowałiby nie informować chorego o diagnozie, jak i zaawansowaniu choroby (aż 70% pacjentów nie zna rzeczywistego stopnia zaawansowania), natomiast sami pacjenci najczęściej wyrażają chęć bycia poinformowanym. Coraz częstszą, niepokojącą praktyką jest też informowanie pacjenta o diagnozie podczas rozmowy telefonicznej.

Istnieje wiele przeszkód i barier w komunikacji lekarz-pacjent, które powinny zostać przezwyciężone, aby zapewnić pacjentom onkologicznym odpowiednią opiekę. W tym celu poszukuje się metod standaryzowanych, które zapewniłyby zadowalający poziom takiej opieki. Komunikacja lekarz-pacjent jest konieczna dla efektywnego procesu leczniczego, lecz nie można zapominać także o komunikacji między pracownikami ochrony zdrowia. Dlatego też tak ważne jest ciągle zwracanie uwagi na potrzeby pacjentów oraz na rozwój zdolności interpersonalnych wśród lekarzy.

Wolontariat szpitalny w procesie wsparcia pacjentów onkologicznych

*mgr Monika Poznańska,
Fundacja Dobrze Że Jesteś Oddział w Krakowie,
Dyrektor Operacyjny ds Wolontariatu Szpitalnego*

Rola wolontariatu szpitalnego w procesie wspierania pacjentów onkologicznych w kryzysach, z którymi chorzy oraz ich rodziny mierzą się od początku diagnozy poprzez cały czas trwania leczenia.

Wolontariusze „Fundacji Dobrze Że Jesteś” pracują na Oddziale Hematologii w Szpitalu im.L.Rydygiera w Krakowie już blisko 12 lat. Kontakt z człowiekiem życzliwym, bezinteresownym, gotowym pomóc – dużo daje pacjentom. Praca nad poprawą stanu psychicznego pacjenta z chorobą nowotworową odbywa się na wielu płaszczyznach, czy to poprzez indywidualną rozmowę z chorym, zajęcia śmiechoterapii, arteretriapii, organizowane na terenie szpitala koncerty i spotkania z ludźmi kultury i sztuki.. Głównym zadaniem wolontariusza na dyżurze jest towarzyszenie i obecność chorym. Pomagają chorym w szpitalnej rzeczywistości, bywa tak że są jedynymi odwiedzającymi, bo niektórzy z pacjentów nie mają rodziny albo rodzina ich nie odwiedza. Wolontariusze w dużej mierze realizują wezwanie Chrystusa, które wybrzmiewa w Ewangelii Św Mateusza „byłem chory, a odwiedziliście mnie” (Mt 25,36). Każde spotkanie z chorym zmienia nas jako ludzi, poszerza się nasze współodczuwanie, z jednej strony wolontariusze są częścią szpitalnej rzeczywistości, ale mimo wszystko wnoszą na sale szpitalne nadzieję, miłość i otwarte serce- oraz to co najważniejsze w osamotnieniu podczas choroby – obecność życzliwego człowieka.

Wolontariusze spotykają się z dużą otwartością zarówno ze strony pacjentów jak i personelu medycznego, są uważani – wg wypowiedzi prof. Aleksandra Skotnickiego z Kliniki Hematologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie podczas jednego ze szkoleń wolontariuszy: „jako równorzędni partnerzy w procesie terapeutycznym pacjenta”.

Szeregi wolontariuszy zasilają głównie studenci psychologii, którzy poszerzają swój warsztat terapeutyczny podczas rozmów z pacjentami. Są też osoby, które same zmierzyły się z chorobą nowotworową, i mają pragnienie bycia żywym świadectwem, że warto zaważczyć o własne zdrowie. Ponadto wszystkie osoby dobrego i otwartego serca, które chcą służyć chorym swoją obecnością podczas choroby. Wszyscy wolontariusze są przygotowani i przeszkoleni merytorycznie do odwiedzania pacjentów na Oddziałach.

Jest jeszcze dużo do zrobienia w polskiej psychoonkologii oraz w pomocy systemowej zarówno dla pacjentów onkologicznych jak i rodzin. System pomocowy nie spełnia wszystkich potrzeb badanych grup i nadal występują w niej braki. Pocieszeniem jest, że w ramach poszerzania świadomości o chorobach onkologicznych powstają różne Fundacje Onkologiczne, zrzeszające wolontariuszy i ludzi dobrej woli, którzy chcą służyć pacjentom z chorobą nowotworową oraz ich rodzinom. Powstają projekty grantowe, gdzie można znaleźć możliwości na zaspokojenie potrzeb emocjonalnych-duchowych i informacyjnych. Są do dyspozycji grupy wsparcia i dla

pacjentów i dla rodzin, w różnych formach, zarówno online jak i stacjonarnie. Mało jest też psychonkologów na Oddziałach a ich czas jest bardzo ograniczony i w gruncie rzeczy potrzeby pacjentów nie są zaspokajane w adekwatnej ilości do tychże potrzeb.

W ramach możliwości, które ma do zaoferowania Fundacja Dobrze Że Jesteś jeśli chodzi o wsparcie emocjonalno – duchowe, poszerzamy pracę wolontariuszy szpitalnych na następnych Oddziałach Onkologicznych w szpitalach w całej Polsce, aby żadnemu potrzebującemu nie zabrakło w momencie kryzysowym obecności osoby wspierającej.

Bibliografia:

Każdy może pomóc. Broszura wolontariatu Fundacji Dobrze Że Jesteś, 2011,

M. Poznańska Pacjent Onkologiczny i jego rodzina w kryzysie. Metody i formy wsparcia pozamedycznego, Uniwersytet Papieski, Kraków 2023

Pomiędzy nadzieją i bezradnością. Kto i co wspiera nas, kiedy towarzyszymy osobom chorym?

Dorota Gołąb

Pracownia Psychologii Klinicznej

Wielkopolskie Centrum Onkologii

Poznań

dorota.golab@wco.pl

Otrzymanie diagnozy choroby nowotworowej i podjęcie terapii onkologicznej wiąże się z dużym obciążeniem emocjonalnym dla osoby leczonej. Ze względu na dynamikę choroby do najtrudniejszych psychologicznie sytuacji należą otrzymanie informacji: o diagnozie, nawrocie (progresji) choroby oraz o wyczerpaniu możliwości prowadzenia terapii onkologicznej. Choroba nowotworowa stanowi ogromne obciążenie emocjonalne także dla rodziny osoby chorej, wywołuje w systemie rodzinnym (przynajmniej na czas leczenia) szereg zmian. Bliscy pacjenta przechodzą przez kolejne etapy kryzysu emocjonalnego, narażeni są na symptomy PTSD.

Na doświadczenie obciążenia emocjonalnego narażony jest także personel medyczny, lekarze przekazujący niepomyślnie informacje, wszyscy konfrontujący się z cierpieniem pacjentów, niekiedy z ich śmiercią...

Podjęcie starań ukierunkowanych na łagodzenie trudności z jakimi boryka się rodzina pacjenta i personel medyczny pośrednio wpływa na to, jaką opieką otoczona jest osoba chora.

Objęcie pomocą psychologiczną rodziny pacjenta jest bardzo istotne ze względu na to, że sami pacjenci swoje główne źródło wsparcia upatrują właśnie w rodzinie. Postawa osób bliskich może ułatwić pacjentom podjęcie decyzji o leczeniu i akceptację ewentualnych skutków terapii.

Pomoc psychologiczna udzielana rodzinie pacjenta zależy od tego, kto choruje w rodzinie, jakie rozpoznanie otrzymała osoba chora, jaka jest faza leczenia, jaki jest sposób komunikowania się (wyrażania emocji) w rodzinie, na jakie wsparcie mogą liczyć osoby najbliższe choremu. Cele pracy psychologa ustalane są zawsze indywidualnie ale do tych najczęstszych należy okazanie zrozumienia i wsparcia osobom bliskim, szeroko rozumiana psychoedukacja (która dotyczy może np. potrzeb pacjenta, tego, jak rozmawiać o chorobie z dziećmi, tego, czy informacje o stanie zdrowia pacjenta powinny być jemu przekazane w pełni ...).

W przypadku pomocy psychologicznej udzielanej personelowi medycznemu do najczęstszych form takiej pracy należą: szkolenia z zakresu psychoonkologii (tak, by poznać potrzeby i trudności z jakimi mierzą się osoby leczone oraz ich bliscy), warsztaty na temat komunikacji (m.in. na temat przekazywania niepomyślnych informacji), Grupy Balinta oraz zajęcia na temat profilaktyki zespołu wypalenia.

Poza wymienionymi formami pomocy psychologicznej tym, co może stanowić ogromne wsparcie dla personelu medycznego jest np. atmosfera w pracy, obecność osób, które mają podobną wrażliwość, wypracowanie własnej filozofii pracy („po czym poznam, że pracuję dobrze?”, „po czym poznam, że w pracy nie towarzyszy mi rutyna?”, „jaki jest mój stosunek do cierpienia i śmierci?”), równowaga między pracą zawodową a życiem osobistym.

Zarówno pacjent, jak i jego bliscy, osoby towarzyszące pacjentowi ze względu na rodzaj wykonywanej pracy konfrontowani są z rodzajem tajemnicy. Z pytaniami, które pozostaną bez odpowiedzi. Z koniecznością wyboru: czy poddać się rozpacz czy możliwie wykorzystać czas, jakim dysponują.

Myślę, że tak osoby bliskie, jak i personel medyczny mogą niekiedy doświadczać, tego, że to sam pacjent staje się dla nich rodzajem przewodnika. Że także on może być dla nich „źródłem wsparcia”.

Ze względu na specyfikę kontaktu z osobą doświadczoną chorobą nowotworową i chęć zapewnienia jej, jak najlepszej opieki ważna jest troska o potrzeby psychologiczne osób towarzyszących pacjentom.

Bibliografia

Psychoonkologia w praktyce klinicznej, Krystyna de Walden Gałuszko, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2011, Warszawa

Człowiek w poszukiwaniu sensu, Victor Frankl, Wydawnictwo Czarna Owca, 2023

Pomaganie mężczyznom, Jorg Fengler, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2001

Szkolenie personelu medycznego z zakresu psychoonkologia, materiały szkoleniowe, Wielkopolskie Centrum Onkologii, 2013-2014

Szkolenie na temat profilaktyki zespołu wypalenia, Grupa Arcan, materiały szkoleniowe

Oczekiwania pacjentów onkologicznych wobec personelu pielęgniarskiego w opiece domowej

dr Bożena Ewa Kopcych

Akademia Łomżyńska Wydział Nauk o Zdrowiu Zakład Pielęgniarstwa

bkopcych@al.edu.pl

Pielęgniarska opieka domowa jest elementem systemu ochrony zdrowia, umożliwiającym dostęp do świadczeń zdrowotnych w miejscu zamieszkania pacjenta. Gwarantuje ona kompleksową opiekę wobec pacjenta w onkologicznego realizując świadczenia medyczne. Jest ona dostępna, ciągła, kompleksowa i skoordynowana. Opieka pielęgniarska wobec pacjentów onkologicznych ukierunkowana jest przede wszystkim na zaspokajanie potrzeb funkcjonalnych oraz kontrolę objawów chorobowych. Kontakt pielęgniarki z pacjentem oprócz realizacji specjalistycznych usług medycznych obejmuje także wsparcie instrumentalno – informujące o możliwości oraz rodzaju pojawiających się objawów ubocznych i sposobów ich łagodzenia. Wizyty domowe prowadzą również do nawiązywania i podtrzymywania kontaktu emocjonalnego w bezpośrednich relacjach między pacjentem, jego rodziną/opiekunami a personelem pielęgniarskim. Relacje te budują wzrost zaufania, sprawiają, że zwiększa się poziom motywacji do współpracy. Poznając oczekiwania pacjenta, dajemy mu do zrozumienia, że chcemy się o niego troszczyć, to z kolei sprawia, że pacjent jest zadowolony, a dostarczone wsparcie znacząco ogranicza konsekwencje choroby oraz jest cennym źródłem wiedzy.

Celem pracy była ocena oczekiwań pacjentów objętych opieką paliatywną wobec personelu pielęgniarskiego odnosząc się do słów Vuori(1987) „opieka nie może być uznana za wysokiej jakości dopóty, dopóki pacjent nie jest usatysfakcjonowany”

Materiał i Metody Badanie przeprowadzono za zgodą Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. W badaniu udział wzięło 47 pacjentów objętych pielęgniarską opieką domową przez hospicjum domowe. Wykorzystano: kwestionariusz autorski, standaryzowaną Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS), w polskiej Juczyńskiego, wersja dla innych profesjonalistów, niebędących psychologami oraz standaryzowaną skalę akceptacji choroby AIS w polskiej adaptacji Juczyńskiego.

W grupie badanej przeważały kobiety 75%, pozostałe 25% stanowili mężczyźni. Ze względu na wiek dokonano podziału na siedem grup wiekowych: do 20 lat, od 20-30 lat, 31-40 lat, 41-50 lat, 51-60 lat, 61-70 lat, więcej niż 70 lat. Najwięcej badanych za lidera opieki wybrało pielęgniarkę 72,0% badanych respondentów, natomiast pozostali lekarza. W analizie oceny oczekiwań ankietowanych respondentów uwzględniono wykształcenie pielęgniarki. Pacjenci w większości (41,2%) nie mieli zdania co do poziomu wykształcenia pielęgniarki. Największa liczba respondentów wskazała, że najbardziej pożądaną cechą u pielęgniarek jest staranność i dokładność w wykonywaniu zabiegów (54,8%), w następnej kolejności humanitarny stosunek do pacjenta (49,4%), posiadanie wiedzy medycznej wskazało (38,9%) ankietowanych, umiejętność manualne (35,2%). Za najmniej oczekiwane respondenci wskazali umiejętność przekazywania informacji medycznych (22,3%). Ankietowani pacjenci wykazali, że oczekują rozmowy w zakresie problemów zdrowotnych od pielęgniarek

opieki domowej(69,6%), Niepokojący jest odsetek badanych (26,4%), którzy nie potrafili jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Zdecydowana większość pacjentów 93,2% oczekiwała edukacji ukierunkowanej na prawidłowe postępowanie w chorobie. Tylko 2,0% nie oczekiwało od pielęgniarki edukacji w chorobie, a 4,7% nie miało zdania na ten temat.

W przeprowadzonych badaniach wykazano, że respondenci oczekiwali od pielęgniarki opieki domowej przede wszystkim profesjonalizmu - 39,2%, cierpliwości – 31,3%, zaufania – 30,4%, rzadziej wskazywano uczciwość czy tolerancyjność – 1,5%. Pacjenci oceniali cechy opieki pielęgniarskiej w sześciu badanych obszarach - profesjonalizm, zadowolenie, zaufanie, zachowania etyczne, punktualność i samodzielność. W każdym z badanych obszarów średnia wartość jest wartością dodatnią. Otrzymano wysokie wartości średniej we wszystkich obszarach badanych.

Wnioski

1. We współczesnych czasach istnieje olbrzymie zapotrzebowanie na pielęgniarską opiekę domową.
2. Zdecydowana większość badanych oczekuje od pielęgniarki opieki domowej profesjonalizmu, holistycznej opieki, poszanowania praw i wartości kulturowych, rozległej wiedzy medycznej zgodnej ze współczesnymi standardami a także wsparcia informacyjnego i emocjonalnego.

Wnioski z badania mogą pomóc dla personelu pielęgniarskiego pracującego w opiece paliatywnej, aby lepiej zrozumieć oczekiwania pacjentów i dostosować opiekę do ich potrzeb. Dalsze badania na większej próbie pacjentów oraz z użyciem innych narzędzi oceny mogą dostarczyć bardziej kompleksowych wyników.

Na granicy choroby i zdrowia. Pomiedzy ocaleniem a stratą. Komunikacja i wsparcie podczas onkologicznej opieki i terapii.

Maciej Krajewski

pielęgniarz - koordynator

Sekcja Koordynacji Zespołów Interdyscyplinarnych

Wielkopolskie Centrum Onkologii

Poznań

maciej.krajewski@wco.pl

Na co dzień stoimy na granicy zdrowia i choroby. Nasza przynależność do świata zdrowych wydaje się niepodważalna, a grunt pod stopami twardy i pewny. Zatrudnienie w sektorze Ochrony Zdrowia, w Ośrodkach i Centrach Onkologii daje poczucie, że jesteśmy tymi, co niosą profesjonalną pomoc i wsparcie, lecz sami ich nie potrzebujemy. Praca w zespołach interdyscyplinarnych wiąże się często z poczuciem nobilitacji, zawodowego

spełnienia w roli opiekunów i terapeutów. A jeśli by coś się miało wydarzyć, czujemy, że my i nasi Bliscy mamy bliżej do diagnostyki i leczenia, jesteśmy bezpieczniejsi, szczególnie chronieni. Jednak życie realne a nie wyobrażone ma to do siebie, że mówi od czasu do czasu (wcale o to nie proszone): sprawdzam! Wówczas to nasze poczucie zbyt pewności siebie wystawiane jest na nierzadko bolesną próbę. Czujemy jak pewny grunt pod nogami staje się grząski, a już sama niepewność wyników własnych badań, konieczność udania się gdzie indziej, znalezienie się w roli petenta w poczekalni innej placówki burzy cały mit i poczucie bezpieczeństwa. Zaczynamy rozumieć co to znaczy niepokój, strach, czy nawet panika. Co znaczy poczucie bezradności, niedostępności, wykluczenia. To z jednej strony. Z drugiej, doświadczamy i przekonujemy się jak ważne jest to, kto jest w roli terapeuty i opiekuna, kto, czy bardziej wprost jaki człowiek jest po drugiej stronie. Jaką ma wiedzę, kompetencje, predyspozycje i umiejętności interpersonalne. Zdajemy sobie sprawę w dwójnasób, co znaczy ludzki gest i słowo, jakie ma znaczenie komunikacja pozawerbalna.

W czasopiśmiennictwie i literaturze medycznej, ale też licznych świadectwach pisanych (wspomnienia, pamiętniki) i mówionych (wywiady) odnajdujemy wiedzę na temat przeżyć Pacjentów, także tych, którzy z pacjentów (choroba w dzieciństwie) stali się lekarzami, albo z lekarek czy pielęgniarek pacjentkami. Na co dzień w szpitalach poznajemy wiele indywidualnych historii pacjentów i ich bliskich na każdym etapie onkologicznej terapii.

Wiemy już, że nigdy nie wiemy, kiedy znajdziemy się sami czasowo lub na stałe po drugiej (związanej z ciężkimi przeżyciami i trudami obosiecznej terapii) stronie. Nasze życie codzienne i zawodowe pełne jest rozmaitych obserwacji i doświadczeń, które mogą nas dekonstruować, osłabiać, męczyć i wypalać, ale też hartować i wzmacniać. Umieć okazywać troskę i organizować holistyczną pomoc i... samemu umieć odnaleźć i przyjmować wsparcie. Warto przygotowywać się do prób, także tych najcięższego kalibru. Nie wyłączając tych granicznych, związanych z zranieniem, umieraniem i śmiercią. Tak po prostu, po ludzku – żeby w doznawaniu nieuniknionych strat, nie zostawić / nie zawieść innych i samego siebie, aby w chwilach najważniejszych sprawdzianów – nie zatracić człowieczeństwa.

Prehabilitacja czyli dobrze zagospodarowany dla pacjenta czas.

dr n.o zdr. Beata Barańska^{1,2}; dr n. o zdr. Bożena Majchrowicz²;

dr n.spół. Katarzyna

Tomaszewska³

¹ Szpital Specjalistyczny Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny w Brzozowie

² Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu

³ Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa

Wyższa Szkoła Techniczno Ekonomiczna w Jarosławiu

Prehabilitacja to bardzo istotna dziedzina medycyny głównie okołoperacyjnej. Jej założeniem jest kompleksowe działanie w celu uzyskania jak najlepszego stanu zdrowia pacjenta, co pozwoli na osiągnięcie dobrych efektów zabiegu oraz szybkiej rekonwalescencji. W niektórych przypadkach kompleksowa prehabilitacja może zmniejszyć ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych nawet dwukrotnie.

Celem poradni jest dać choremu jak największe wsparcie przed czekającą go szeroko pojętą terapią. Dzięki temu ma szansę zbudowania maksymalnej rezerwy na czas walki o zdrowie, bowiem leczenie onkologiczne wiąże się z dużym obciążeniem dla organizmu. Prehabilitacja nie powinna odraczać planowanego leczenia, lecz wręcz przeciwnie - nie tylko ułatwiać ich przeprowadzenie, ale w niektórych sytuacjach je przyspieszać

W Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie, Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. ks. Bronisława Markiewicza otwarta została pierwsza w Polsce Poradnia Prehabilitacji Onkologicznej, której celem jest doprowadzenie pacjenta do możliwie optymalnego stanu zdrowia, co pozwoli na dobrą tolerancję leczenia, zminimalizowanie powikłań i wsparcie w szybkim powrocie do zdrowia. W onkologii postawiliśmy na kompleksowość. Prehabilitacja obejmuje 4 filary: przygotowanie żywieniowe, wdrożenie aktywności fizycznej, rezygnację z nałogów oraz wsparcie psychologiczne pacjenta. W skład zespołu prehabilitacyjnego wchodzi m.in. dietetyk kliniczny, psycholog, fizjoterapeuta, lekarz, zespół pielęgniarski i anestezjolog. W chwili obecnej brak jednolitego/ ostatecznego kanonu dotyczącego czasu trwania prehabilitacji, opartego na wynikach wiarygodnie przeprowadzonych badań. Rekomendowane przez Autorów czasy przygotowania przedoperacyjnego opierają się więc na pewnych założeniach teoretycznych, doświadczeniach własnych i możliwościach techniczno-organizacyjnych czasu przygotowania pacjenta z uwzględnieniem kompleksowej terapii onkologicznej). Cytując za polskim konsensusem kompleksowej opieki okołoperacyjnej najczęściej spotykanym standardem jest okres 4-6 (czasem 8) tygodni.

Okres krótszy tj. od 2 do 4 tygodni ma mniejszą skuteczność, natomiast dłuższy niż 3 miesiące grozi słabym przestrzeganiem zaleceń przez pacjenta. Zatem idealne ramy czasowe dla programu prehabilitacji powinny być szacowane na podstawie najlepszej korelacji między skutecznością programu, a reżimem przygotowania. W związku z tym optymalny czas prehabilitacji powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie z wydłużeniem do 6 lub nawet 8 tygodni, jeśli pozwala na to choroba podstawowa.

Korzyści wynikające z prehabilitacji są więc bezsprzeczne. Ich głównym beneficjentem jest w pierwszej kolejności pacjent, jego najbliżsi, ale nie bez znaczenia są też znaczne oszczędności wynikające z ograniczenia powikłań leczenia, m.in. skrócenie czasu hospitalizacji, zmniejszenie zużycia leków, sprzętu medycznego itp. Zatem prehabilitacja to ten kierunek który należy rozwijać, szerzyć i promować.

Bibliografia

1. Jeske P, Wojtera B, Banasiewicz T: Prehabilitation – Current Role in Surgery. *Pol Przegl Chir* 2022; 94 (3): 64-72
2. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, Laviano A, Ljungqvist O, Lobo DN, Martindale RG, Waitzberg D, Bischoff SC, Singer P. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr.* 2021 Jul;40(7):4745-4761. doi: 10.1016/j.clnu.2021.03.031. Epub 2021 Apr 19. PMID: 34242915
3. Klek S, Rymarowicz J, Sobocki J, Banasiewicz T, Pędziwiatr M, Dziki A, Jackowski M, Jankowski M, Kawecki D, Kielan W, Konturek A, Mitura K, Murawa D, Lorenc Z, Matras P, Myśliwiec P, Richter P, Słodkowski M, Strzelczyk J, Szczepanik A, Szczepkowski M, Szura M, Tarnowski W, Śmiałowski M, Zieniewicz K, Wallner G: Recommendations for modern perioperative care for elective surgery: consensus of panel of experts. *Pol Przegl Chir* 2023 February 17;95(4):1-5. doi: 10.5604/01.3001.0016.2732. PMID: 36808061.
4. Mavros MN, Athanasiou S, Gkegkes ID, Polyzos KA, Peppas G, Falagas ME. Do psychological variables affect early surgical recovery? *PLoS One.* 2011;6(5):e20306. doi: 10.1371/journal.pone.0020306.

Wykorzystanie fizjoterapii w łagodzeniu dolegliwości bólowych u pacjentów onkologicznych

dr Magdalena Markowska¹, dr Andrzej Tadeusz Markowski²

1 – Wydział Rehabilitacji Ruchowej, Instytut Nauk Stosowanych, Zakład Medycyny Fizykalnej i Odnowy Biologicznej Akademii Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie

2 – Wydział Rehabilitacji Ruchowej, Instytut Nauk Stosowanych, Zakład Kosmetologii Estetycznej Akademii Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie

Ból jest jednym z podstawowych objawów towarzyszącym pacjentom onkologicznym. Odczuwanie bólu jest pojęciem wieloaspektowym, a próba określenia jego natężenia jest wysoce subiektywna i ściśle związana z sytuacją chorego w obliczu śmiertelnej choroby. Jednym z czynników wielokierunkowego leczenia pacjentów onkologicznych jest fizjoterapia, której głównym zadaniem jest poprawa jakości życia pacjentów w ograniczeniu, jakie daje choroba nowotworowa. Celem pracy było określenie, jak zmieni się odczuwanie dolegliwości bólowych oraz jakość życia pacjentów onkologicznych pod wpływem prowadzonej fizjoterapii onkologicznej.

Badania przeprowadzono w Beskidzkim Centrum Onkologii – Szpitalu Miejskim w Bielsku – Białej na Oddziale Onkologicznym. W badaniach wzięło udział 32 pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową, którzy wyrazili zgodę na wzięcie udziału w badaniu. Pacjentów poddano dwutygodniowej terapii, gdzie prowadzone były ćwiczenia według standardowego programu fizjoterapeutycznego, realizowanego w szpitalu. Przed przystąpieniem do terapii oraz po jej zakończeniu, pacjenci odpowiadali na 15 pytań zawartych w kwestionariuszu EORTC QLQ C-15 PAL (*The European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-15 Palliative*), dotyczących sprawności fizycznej, stanu emocjonalnego, oceny jakości życia oraz pytania odnośnie nasilenia objawów somatycznych (ból, nudności i wymioty, zaburzenia snu, brak apetytu, duszności, osłabienie, zaparcia). Do oceny natężenia bólu posłużono się skalami: wizualno-analogową (VAS) i Laitinena, które przeprowadzono przed, jak i po zakończeniu programu fizjoterapeutycznego.

Analiza oceny jakości życia w oparciu o kwestionariusz EORTC QLQ C-15 PAL wykazała poprawę jakości życia pacjentów w badanej grupie. Zanotowano również zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych odczuwanych przez pacjentów na podstawie oceny stopnia natężenia bólu (skala Laitinena oraz VAS).

Prowadzony program fizjoterapii na oddziale onkologicznym wpłynął na zmniejszenie dolegliwości bólowych oraz przyczynił się do poprawy jakości życia pacjentów onkologicznych, o czym świadczy poprawa wyników kwestionariusza EORTC QLQ C-15 PAL oraz skal Laitinena i VAS. Konieczne jest prowadzenie dalszych badań dotyczących zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych wśród pacjentów onkologicznych. Właściwy sposób diagnozowania oraz dobór odpowiednich zabiegów fizjoterapeutycznych mogą znacząco wpłynąć i poprawić komfort życia pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową.



haochn.anstar.edu.pl