

PATRONAT MEDIALNY:

psychoonkologia

PATRONAT HONOROWY:



Patronat honorowy
MARSZAŁEK WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO
Mieczysław Struk



Patronat honorowy
REKTOR
GDAŃSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO
prof. dr hab. Marcin Gruchala



Patronat honorowy
REKTOR
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W LUBLINIE
prof. dr hab. n. med. Andrzej Drop

MATERIAŁY
KONFERENCYJNE



Gdańsk,
17-18 maja 2019 r.



Ogólnopolska
Konferencja
Psychoonkologiczna

PSYCHOONKOLOGIA W ONKOLOGII – ONKOLOGIA W PSYCHOONKOLOGII
25 LAT PSYCHOONKOLOGII W POLSCE



ORGANIZATORZY:



Polskie
Towarzystwo
Psychoonkologiczne



Polska
Liga
Walki
z Raklem

ZAKŁAD
PSYCHOLOGII
STOSOWANEJ



GDAŃSKI
UNIwersYTET
MEDYCZNY



ZAKŁAD
MEDYCZYNY
PALIATYWNEJ

PROGRAM

CZWARTEK, 16 MAJA 2019 r.

SESJA WARSZTATOWA

15:00 – 16:30
PAULINA ZIELIŃSKA,
Psychoonkolog w zespole interdyscyplinarnym-wyzwania komunikacyjne. W1

15:00 – 16:30
JOANNA ZAPĄŁA,
Samoświadomość a relacja pełna zaangażowania. W6

15:00 – 16:30
ANNA BORZESZKOWSKA
Zastosowanie techniki mindfulness w psychoonkologii. W3

16:30 – 18:00
JUSTYNA PRONOBIS -SZCZYLIK,
Styl przywiązania a sposób radzenia sobie w chorobie. Model interwencji psychoterapeutycznej w podejściu ISTDP. W4

16:30 – 18:00
MARTA PORĘBIAK,
Zastosowanie terapii rodzin w psychoonkologii. W5

16:30 – 18:00
BOŻENA WINCH,
Nieuznane relacje-nieuznane żałoby. Przeżycia personelu po śmierci pacjentów. W2

18:00-19:30

Zebranie Zarządu PTPO



PIĄTEK, 17 MAJA 2019 r.

OTWARCIE KONFERENCJI

9:00-9:15
MARZENA SAMARDAKIEWICZ – Powitanie gości

9:15 – 9:45 WYKŁAD INAUGURACYJNY 1.
KRYSTYNA DE WALDEN GAŁUSZKO, PIOTR MRÓZ,
Historia psychoonkologii w Polsce.

9:45 – 10:15 WYKŁAD INAUGURACYJNY 2.
TIT ALBREHT: Innovation as an alternative to bridge the gaps in
psycho-oncological care.

10:15-12:00

SESJA 1.

ONKOLOGIA W PSYCHOONKOLOGII

PRZEWODNICZĄ: prof. Jacek Jassem, prof. Cezary Szczylik

10:15 – 10:35
CEZARY SZCZYLIK, Nowe wyzwania w onkologii nowymi wyzwaniami dla psychologii.

10:35-10:55
RAFAŁ DZIADZIUSZKO, Postępy w onkologii – gdzie jesteśmy i dokąd zmierzamy?

10:55 – 11:15
JANUSZ MEDER, Holistyczne postrzeganie chorego – niesienie nadziei, prawdy i miłości.

11:15-11:35
MARZENA SAMARDAKIEWICZ, Kwalifikacje psychoonkologiczne – nowa jakość w kształceniu personelu medycznego.

11:35-11:45
JADWIGA KOŹMIŃSKA-KINIORSKA, Psychoonkolog: wystarczająco dobry czy idealny?

11:45-11:55
MAGDALENA BURY-KAMIŃSKA, Funkcjonowanie poznawcze pacjentów chorych na szpiczaka mnogiego i jego uwarunkowania czynnikami biologicznymi oraz zmiennymi psychospołecznymi – doniesienia wstępne.

DYSKUSJA

12:00- 12:20 PRZERWA KAWOWA

12:20 – 14:10

SESJA 2.

**PSYCHOONKOLOGIA W MEDYCYNIE
PALIATYWNEJ**

PRZEWODNICZĄ: prof. Monika Lichodziejewska-Niemierko, dr Aleksandra Ciałkowska-Rysz

12:20-12:40

ALEKSANDRA CIAŁKOWSKA-RYSZ, Żywność i nawadnianie pacjentów u kresu życia.

12:40-13:00

TOMASZ DZIERŻANOWSKI, Miejsce kanabinoidów w medycynie paliatywnej.

13:00-13:20

JADWIGA PYSZKOWSKA, Problemy w rozpoznawaniu i w skuteczności leczenia bólu przebijającego.

13:20-13:40

MONIKA RUCIŃSKA, Powikłania leczenia choroby nowotworowej w opiece paliatywnej.

13:40-14:00

JUSTYNA JANISZEWSKA, Poczucie dobrostanu psychicznego osób dotkniętych zaawansowaną, przewlekłą chorobą somatyczną.

14:00 – 14:10

KS ANDRZEJ GRETKOWSKI, Plany, potrzeby, marzenia i oczekiwania SENIORA chorego na nowotwór.

14:10-14:20

JUSTYNA RUTKOWSKA, Higiena psychiczna pracowników ochrony zdrowia w obszarze onkologii.

DYSKUSJA

14:10-15:00 PRZERWA OBIADOWA

15:00 – 16:40

SESJA 3.

NOWE STRATEGIE LECZENIA BÓLU

PRZEWODNICZĄ: prof. Krystyna de Walden Gałuszko, prof. Wojciech Leppert

15:00-15:20

KRYSTYNA DE WALDEN-GAŁUSZKO, Psychologiczne aspekty bólu przewlekłego.

15:20-15:40

MAGDALENA KOCOT-KĘPSKA, Ból neuropatyczny u chorych na nowotwory – stan wiedzy w 2019 r.

15:40-16:00

RENATA ZAJĄCZKOWSKA, Ból kostny u chorych na nowotwory – nowe strategie leczenia.

16:00-16:20

MAŁGORZATA MALEC-MILEWSKA, Niefarmakologiczne metody leczenia bólu stosowane u chorych na nowotwory.

16:20-16:30

AGNIESZKA KRAWCZYK, Uwarunkowania strategii radzenia sobie z bólem u pacjentów onkologicznych.

DYSKUSJA

16:40-17:00

SESJA PLAKATOWA,

PRZEWODNICZĄ: prof. Krystyna de Walden Gałuszko, prof. Monika Lichodziejewska-Niemierko, prof. Wojciech Leppert,

PAULINA MICHALSKA, NINA OGIŃSKA-BULIK

Związek między deficytami w zakresie przetwarzania emocjonalnego, ruminacjami a objawami zespołu stresu pourazowego u kobiet zmagających się z nowotworem piersi

TARAS KARAMUSHKA, SERHII SHYKOVETS

Project „Life in Disease”: the first project in Ukraine to provide psychological support to children with cancer and their parents by a group of professional volunteers – psychologists.

JOANNA MILANOWSKA, ADRIANNA ZACHARSKA, KATARZYNA SIDOR, MARZENA SAMARDAKIEWICZ

Formy wolontariatu hospicyjnego w opiece paliatywnej

ANNA ZAFOREMSKA, BARTŁOMIEJ OLCZAK, ALEKSANDRA CIAŁKOWSKA-RYSZ,

Problem uzależnienia od opioidów krótko działających u pacjentów z wieloletnim przebiegiem choroby nowotworowej a słuszność kontynuacji terapii- opis przypadku.

AGNIESZKA PIETRZYK

Żona i mąż w roli opiekuna chorego onkologicznie członka rodziny. Szanse i zagrożenia dla ich psychospołecznego rozwoju

JOANNA ZAPAŁA, AGNIESZKA LEWANDOWSKA, IZABELA KOLKA, WIERA SZYMAŃSKA, MONIKA JAGNIEWSKA,

ONCO-JOGA – wzmocnienie psychofizyczne osób chorych onkologicznie i ich opiekunów.

BOŻENA KAWIECKA-DZIEMBOWSKA, RENATA PAŁASZYŃSKA, PIOTR RHONE,

Jakość życia kobiet po operacyjnym leczeniu raka gruczołu piersiowego

AGNIESZKA BOCHNIA, KATARZYNA CIEŚLA, MAGDALENA STĘPIEŃ,
ALEKSANDRA SZUMNA,

Klinika Mentalna, Model opieki psychoonkologicznej i psychosocjalnej na oddziałach Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

MAGDALENA JAŃCZYK, ILONA SAMEK, KRYSZTIAN CHOLEWA, MAGDALENA KOZYRA, MAŁGORZATA GRABOWSKA,
Sytuacja ciężarnych zmagających się z chorobami nowotworowymi w oparciu o twórczość filmową.

MAŁGORZATA GRABOWSKA, PIOTR MILANOWSKI, ILONA SAMEK,
MAGDALENA JAŃCZYK, JOANNA MILANOWSKA,
Status cywilny a wykrywalność czerniaka.

NATALIA ZIÓŁKOWSKA, EWA GRUSZCZYŃSKA,
Religijne radzenie sobie a stan emocjonalny rodziców dzieci z chorobą nowotworową: badanie pilotażowe.

MARTA PAWEŁCZAK-SZASTOK, JAKUB PILARCZYK
Psychologiczne aspekty terapii przeciwbólowej u dzieci z chorobą nowotworową

AGNIESZKA ROLIŃSKA, MAGDALENA JAŃCZYK, ILONA SAMEK,
MARZENA SAMARDAKIEWICZ
Postawa kobiet wobec wdrażania terapii przeciwnowotworowej w ciąży powikłanej nowotworem piersi.

SEBASTIAN ARTUR ZDOŃCZYK,
Zdrowie seksualne kobiet w chorobie nowotworowej.

KRZYSZTOF MANTERYS, ALEKSANDRA NIEMYJSKA,
Wiara w Boga jako źródło poczucia kontroli w chorobie nowotworowej.

KATARZYNA MALINOWSKA, SŁAWOMIR JABŁOŃSKI
Rola personelu medycznego w obniżaniu poziomu lęku okołoperacyjnego u pacjentów z rakiem płuca.

DANIELA WINNICKA
Terapia Snoezelen jako propozycja działań terapeutycznych dla dzieci z chorobą nowotworową

16:40-17:00 PRZERWA KAWOWA

17:00- 18:50

SESJA 4.

FORMY OPIEKI PSYCHOONKOLOGICZNEJ

PRZEWODNICZĄ: dr Justyna Pronobis-Szczylik, dr Marcin Jabłoński

17:00-17:20

MARCIN JABŁOŃSKI, Utrzymanie płodności u pacjentów onkologicznych w zintegrowanym modelu opieki psychoonkologicznej.

17:20-17:40

JUSTYNA PRONOBIS-SZCZYLIK, Terapeuta – pacjent: współtworzenie zmiany w relacji terapeutycznej w Intensywnej Krótkoterminowej Psychoterapii Dynamicznej (ISTDP).

17:40-18:00

MARTA POREBIAK, Gdzie człowiek nie może... czyli o zastosowaniu nowoczesnych technologii w psychoonkologii.

18:00-18:20

MARIOLA KOSOWICZ, Prerehabilitacja w onkologii.

18:20-18:40

BEATA ANTOSZEWSKA, ALEKSANDRA TOBOTA, Ocena relacji lekarsko-dziecko na oddziałach onkologiczno-hematologicznych.

18:40 – 18:50

DANUTA OCHAŁ, Formy wsparcia chorych onkologicznie i ich bliskich na przykładzie działań Centrum Psychoonkologii UNICORN.

18:50 – 19:00

SEBASTIAN ZDOŃCZYK, Jakość życia seksualnego pacjentek z ginekologicznymi chorobami nowotworowymi. Modele oceny zaburzeń seksualnych.

DYSKUSJA

SOBOTA, 18 MAJA 2019 R

9:00-10:40

SESJA 5.

JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH NA
NOWOTWORY

PRZEWODNICZĄ: dr Aleksandra Modlińska, prof. Wojciech Leppert
9:00-9:20

WOJCIECH LEPPERT, Wpływ leczenia bólu opioidami na jakość życia chorych na nowotwory.

9:20-9:40

ALEKSANDRA MODLIŃSKA, Jakość życia chorych na nowotwory w wieku podeszłym.

9:40 – 10:00

MAŁGORZATA STAŃCZYK, Wpływ muzykoterapii na jakość życia chorych na nowotwory.

10:00-10:20

JOANNA KOZAKA, MARIUSZ CIEŚLAK, Satysfakcja z życia i jej psychologiczne uwarunkowania u chorych na nowotwory

10:20-10:30

ANETA PASTERNAK, Zasięg zmian chorobowych a obraz ciała u osób z chorobą nowotworową.

DYSKUSJA

10:40 – 11:10 PRZERWA KAWOWA

11:10 – 13:00

SESJA 6.

OBLICZA PSYCHOONKOLOGII

PRZEWODNICZĄ: prof. Małgorzata Krajnik, dr Mariola Kosowicz
dr Joanna Milanowska

11:10-11:30

MAŁGORZATA KRAJNIK, Komunikacja w duchowości.

11:30-11:50

MARIJA TURLINSKIENE, „Pacjent, lekarz czy człowiek?” – Rozwój badań psychoonkologicznych w hematologii.

11:50-12:10

IZABELA KAPTACZ, Rola i zadania pielęgniarki w psychologicznym wsparciu pacjenta chorego na nowotwór

12:10-12:30

JOLANTA MASIAN, Metafora w komunikacji pacjenta i psychoonkologa – jako pomoc i przeszkoda w terapii.

12:30-12:40

NINA OGINSKA-BULIK, PAULINA MICHALSKA, Rola zakłóceń w podstawowych przekonaniach i podejmowanych strategii radzenia sobie w występowaniu negatywnych i pozytywnych skutków traumy u chorych onkologicznie.

12:40-12:50

DOMINIKA WIŚNIEWSKA, Perspektywa czasowa a akceptacja choroby u pacjentów po całkowitym usunięciu rtkani.

12:50-13:00

MAŁGORZATA MARMAJEWSKA, „Odważni wygrywają” – poradnik dla chorych na raka jądra oraz ich bliskich.

DYSKUSJA

13:00-13:20 PRZERWA KAWOWA

13:20 – 14:50

SESJA 7.

**PSYCHOONKOLOGIA W ONKOLOGII I
HEMATOLOGII DZIECI I MŁODZIEŻY**

PRZEWODNICZĄ: prof. Marzena Samardakiewicz,
prof. Nina Irga-Jaworska

13:20-13:40

NINA IRGA-JAWORSKA, EWA BIEŃ, Żywnienie dzieci z chorobą nowotworową – zrewidowane rekomendacje.

13:40-14:00

MAGDALENE STĘPIEŃ,
Techniki oddechowe i wizualizacyjne w onko-hematologii dziecięcej.

14:00 o 14:20

AGNIESZKA GIEDROJĆ,
Neurologopeda w oddziale onkologii dziecięcej.

14:20-14:30

URSZULA ŁOPUSZANSKA, Związek między zanieczyszczeniami powietrza a występowaniem białaczki u dzieci.

14:30-14:40

IZABELA SOCHA, Pozytywne i negatywne skutki traumy u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka.

14:40-14:50

MARTA PAWEŁCZAK-SZASTOK, JAKUB PILARCZYK,
Wsparcie psychopedagogiczne dziecka z chorobą nowotworową.

14:50-15:00

KATARZYNA STACHNIK, Dziecko po stracie bliskiej osoby.

DYSKUSJA

**15:10 UROCZYSTE ZAKOŃCZENIE
KONFERENCJI/WRĘCZENIE NAGRÓD**

STRESZCZENIA WYSTĄPIEŃ

SESJA WARSZTATOWA

JOANNA ZAPAŁA,

Samoświadomość a relacja pełna zaangażowania.

Stowarzyszenie PSYCHE SOMA POLIS

„Życie bogate, pełne i mające znaczenie - kto tego nie pragnie? Kiedy żyje się zgodnie z własnymi wartościami doświadczamy poczucia wyzwolenia i sensu. Zaczynamy zdawać sobie sprawę z tego, że nawet w najbardziej rozpaczliwej sytuacji mamy możliwość wyboru i możemy nadać naszemu życiu znaczący kierunek. Wartości towarzyszą nam przez całe życie. Wspierają w pracy lekarzy, podnoszą na duchu pacjentów. A czymże one są? „Wartości to najgłębsze pragnienia naszego serca dotyczące sposobu naszych interakcji ze światem, z innymi ludźmi i z samym sobą. To ich chcemy bronić w życiu, to zgodnie z nimi chcemy postępować, to one pokazują, jakimi chcemy być osobami oraz jakie mocne strony i cechy chcemy w sobie rozwinąć” - jak pisał Dr Russ Harris. W pracy z cierpiącą osobą niezwykle ważne jest dobre ugruntowanie i osadzenie w sobie, by być dla drugiego człowieka podporą, ale także po to żeby nie stracić z oczu własnych wartości. Lepsze poznanie siebie, swojej natury, natury ludzkiej - otwiera nas na innych. Buduje życzliwość i empatię między ludźmi, które to są podstawą tworzenia dobrej relacji i skutecznego pomagania. Wartości, empatia, relacja, troska i zaangażowane działanie w życiu osobistym i zawodowym - będą osnową mojego warsztatu.

JUSTYNA PRONOBIS-SZCZYLIK,

Styl przywiązania a sposób radzenia sobie w chorobie. Model interwencji psychoterapeutycznej w podejściu ISTDP.

Warszawski Ośrodek Psychoterapii i Psychiatrii

Co wpływa na to, jacy jesteśmy i jak radzimy sobie w chorobie? W dużej mierze, zależy to od naszych wczesnodziecięcych doświadczeń i od rodzaju więzi. Doświadczenie bezpiecznej więzi i stabilne przywiązanie daje dziecku podstawę do kolejnych zadań rozwojowych. Styl przywiązania wytworzony w dzieciństwie ma wpływ na dalsze życie człowieka. Bowlby (1969), twórca teorii więzi, dostarcza naukowych dowodów dla teorii traumy, jako etiologii nerwicy. Dzięki niemu, wiemy, że: emocjonalna więź, powstająca pomiędzy

dzieckiem a jego opiekunem(ami), ma olbrzymi wpływ na strukturę i funkcjonowanie rozwijającego się mózgu dziecka i tego jak ono funkcjonuje. Modele umysłowe mają wpływ na zachowania, a te przejawiają się jako części naszej osobowości. Toteż następne związki są budowane w oparciu o doświadczenia wyniesione ze związku przywiązaniowego z matką lub innym ważnym opiekunem.

W każdym z nas istnieje biologicznie zainstalowany styl przywiązania, stanowiący instynktowne komponenty naszego wyposażenia. Styl przywiązania staje się aktywny w sytuacji, gdy grozi nam niebezpieczeństwo, takie, jak np. choroba. Zmiana terapeutyczna jest możliwa, jednak wymaga głębokiego zrozumienia podłoża zachowania danej osoby. Trwała zmiana jest możliwa teraz, gdy pozwala na to rozwój praktyki psychoterapeutycznej. Trwała zmiana jest możliwa odkąd wypracowano skuteczne metody pomocy. Jedną z nich jest Intensywna Krótkoterminowa Psychoterapia Dynamiczna (ISTDP).

Najczęstszymi objawami psychologicznymi towarzyszącymi choremu na raka są zaburzenia lękowe i zaburzenia przystosowania. Jednak, co motywuje chorego do zgłoszenia się do terapii? Według podstawowych zasad psychodynamicznych, problem, z powodu którego chory cierpi, wiąże się z tym, że zazwyczaj, bo nie tylko w sytuacji choroby, pacjent unika bolesnych myśli, uczuć i pragnień, powodujących LĘK i poczucie winy. Stosuje wtedy OBRONY. Lecz obrony, które mają pomóc zmniejszyć te nieprzyjemne uczucia, wywołują OBJAWY i doświadczane trudności. Zadaniem psychoterapii jest pomóc stawić im czoła, przeżyć i zintegrować te uczucia, wraz ze wspomnieniami i doświadczeniami, które są z nimi związane, tak aby konflikt, tym razem, mógł zostać rozwiązany, a nie powtarzany.

Uczestnicy warsztatu będą mogli zapoznać się z elementami pracy w podejściu intensywniej krótkoterminowej Psychoterapii dynamicznej. Metoda i techniki stosowane w tym podejściu, opracowane według Davanloo są ustrukturalizowane. Proces Terapeutyczny i kluczowe pojęcia, takie jak psycho-diagnoza, psycho-diagnoza lęku, sposoby nieświadomego rozładowania lęku, ocenianego na podstawie fizycznych przejawów lęku w ciele, oraz identyfikacja obron, zostaną przedstawione na przykładzie przypadku klinicznego pacjentki z chorobą nowotworową. Przykład posłuży obserwacji procesu współtworzenia zmiany w relacji terapeutycznej.



MARTA PORĘBIAK,

Zastosowanie terapii rodzin w psychoonkologii.

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny w Warszawie

Choroba nowotworowa dotyka nie tylko samych pacjentów, ale także członków ich rodzin oraz osoby im bliskie. Często widokiem podczas konsultacji onkologicznych jest obecność w gabinecie osoby towarzyszącej pacjentowi – partnera, rodzeństwa, dorosłego dziecka, rodzica lub przyjaciela. Wykorzystanie obecności bliskiej osoby podczas konsultacji psychoonkologicznej wymaga przyjęcia kilku niezbędnych założeń i kierowanie się nimi w kontakcie. Wówczas naszym pacjentem staje się cała rodzina/para obecna w gabinecie. Osoba bliska jest nieocenionym źródłem informacji o osobie chorującej, ale przede wszystkim źródłem wsparcia, które niejednokrotnie samo pomocy psychologicznej potrzebuje. Podczas warsztatu uczestnicy będą mogli dowiedzieć się, w jaki sposób prowadzić konsultacje rodzinne/par pacjentów oraz ich bliskich. Korzystając z podejścia systemowego w pracy z parą i rodziną poznamy zasady pierwszego wywiadu oraz specyfikę kontaktu, empatii i dzielenia uwagi między członków rodziny podczas rodzinnej sesji psychoonkologicznej. Uczestnicy będą mieli okazję do poznania i ćwiczenia metody pytań cyrkularnych w pracy z rodziną, ze szczególnym uwzględnieniem ich znaczenia w diagnozie problemu i sytuacji konfliktu w rodzinie.

SESJA INAUGURACYJNA

WYKŁAD INAUGURACYJNY 1

KRYSTYNA DE WALDEN-GAŁUSZKO, PIOTR MRÓZ,

Historia psychoonkologii w Polsce.

Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Warmińsko – Mazurski w Olsztynie
Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Rozwój psychoonkologii zarówno w Polsce jak i na świecie wiąże się z sukcesami terapeutycznymi w onkologii – dłuższym okresem przeżycia oraz uwrażliwieniem na jakość życia wyrażonym między innymi przez ruch hospicyjny. Oficjalnie psychoonkologia została wprowadzona w USA w 1990 r. J. Holland określiła ją jako podspecjalność onkologiczną. W Polsce do lat 90-tych istniały pojedyncze ośrodki, a także hospicja podejmujące problematykę psychoonkologiczną.

10 grudnia 1992 r. zostało oficjalnie zarejestrowane Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne.

W okresie od 1992 r. do chwili obecnej zorganizowano 13 Ogólnopolskich Konferencji Psychoonkologicznych i kilkanaście mniejszych konferencji tematycznych. Od 1997 wydajemy czasopismo Psychoonkologia - do chwili obecnej ukazało się 51 numerów – 6 pkt. MNiSW, 66.71 INDEX COPERNICUS

Od 1996 prowadzone są szkolenia obejmujące początkowo „trenerów” czyli przyszłych nauczycieli psychoonkologii (ok 200 osób), a następnie personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek, psychoonkologów pracujących w jednostkach opieki hospicyjnej i onkologicznej) oraz lekarzy rodzinnych. Od 2005 r. rozpoczęliśmy edukację pacjentów w ramach tzw. szkoły dla pacjentów.

Od 20 kwietnia 2001 r. zarejestrowano domenę www.ptpo.org.pl i utworzono stronę internetową. O zainteresowaniu tematyką psychoonkologiczną świadczy liczba wejść na stronę, rocznie 60.000, dziennie około 120.

W oparciu o kontakt internetowy stworzyliśmy bazę psychoonkologów na terenie Polski (30 ośrodków, 40 psychoonkologów). Pacjenci mogą dzięki temu otrzymać pomoc bezpośrednio w pobliżu swojego miejsca zamieszkania lub uzyskać informacje e-mailowo.

W 2011 r. zaproponowaliśmy wprowadzenie we wszystkich ośrodkach onkologicznych termometru distresu (z różnym powodzeniem).

W 2012 wprowadzono certyfikację dla psychoonkologów i superwizorów z zakresu psychoonkologii.

Utworzono w Wojewódzkim Centrum Onkologii w Gdańsku infolinię onkologiczną. Do chwili obecnej przeprowadzono 2000 rozmów z pacjentami i ich rodzinami (z Polski i z zagranicy)

W 2013 r. PTPO podjęło starania o włączenie psychoonkologii do Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych – efektem było umieszczenie psychoonkologii w programie NPZCHN na lata 2016-2025.

Od 2018 r. rozpoczęliśmy działalność oświatową zaadresowaną do pracowników różnych, nie - medycznych zakładów pracy pod hasłem „Świadomość Onkologiczna”.

W 2018 r. w Monitorze Polskim z 28 grudnia 2018 r. Poz. 1267, oraz z 29 grudnia 2018 r. Poz. 1271

zamieszczono zasady określające warunki uzyskania kwalifikacji psychoonkologa - a tym samym psychoonkologia została włączona do formalnych struktur ochrony zdrowia.

WYKŁAD INAUGURACYJNY 2

TIT ALBREHT,

Innovation as an alternative to bridge the gaps in psycho-oncological care

PROSOMA Digital Therapeutics

Modern cancer care needs to be comprehensive, multidisciplinary, well-organised and planned. In order to do so, its mapping is essential as it provides an excellent tool for the resources, which are necessary for all the needs to be covered.

Psychological needs of oncological needs still go unmet to an important degree. Sometimes, they are minimized and marginalized as being just a part of the process of accepting a chronic illness. Worse even is when psycho-oncologists are not involved in the process of planning care.

Obviously, the reverse challenge is how to secure the adequate number of psycho-oncologists for the quickly rising needs of oncological

patients. Part of that can be solved by a more realistic planning of numbers of psycho-oncologists. But as cancer patients' needs are rather concentrated in the particular period of care, this might not be enough. Hence, it is necessary to seek other solutions, among others also technological solutions, which will help to bridge gaps in this specific type of care. One of such solutions is provided by Prosoma, which involved VR as a tool to provide adequate support to patients between the episodes of care.

SESJA 1. ONKOLOGIA W PSYCHOONKOLOGII

CEZARY SZCZYLIK,

Nowe wyzwania w onkologii nowymi wyzwaniami dla psychologii.

Europejskie Centrum Zdrowia Otwock

Na przestrzeni ostatnich 20 lat dzięki trudnemu do prostego opisu niezwykłego rozwoju biologii molekularnej świadkujemy przełomowi w rozumieniu istoty choroby nowotworowej, w jej diagnozowaniu i leczeniu. Wiemy, iż nowotwór to choroba chorych, nieprawidłowo funkcjonujących genów, rozumiemy dlaczego ich zmieniona funkcja popycha do niedawna zdrowe komórki do niepohamowanego, zabójczego wzrostu. Dogłębne poznanie tych mechanizmów pozwoliło na stworzenie leków celujących w określone, nieprawidłowe funkcje tych komórek. Stąd też nazwa tej formy leczenia – leczenie celowane. Jednakże to tylko początek – szczegółowa analiza funkcji genów, określenie ich struktury u każdego pacjenta pozwala na wskazanie u każdego chorego onkologicznego jego indywidualnego „portretu” genetycznego, opisującego jego wszystkie geny – te prawidłowe i te zaburzone. Wiemy też, że w tej grupie „zaburzonych” nie wszystkie są odpowiedzialne za powstanie i funkcjonowanie nowotworu. Istotne dla nas są te – których funkcja pierwotna zaangażowana była w kluczowe w prawidłowej komórce mechanizmy jej wzrostu i jego kontroli. Mówimy o onkologii spersonalizowanej. W trakcie wykładu postaram się pokazać przykłady konkretnych nowotworów i opisać sposoby analizy i prowadzenie terapii pacjenta w oparciu o wyniki badań molekularnych chorego.

Oddzielną częścią wykładu będzie omówienie mechanizmu rozpoznawania i zwalczania nowotworu przez układ odpornościowy. Ta metoda wydaje się najbardziej obiecująca, przypominająca walkę z plagą wyniszczających epidemii chorób zakaźnych, gdzie wprowadzenie szczepień – formy biernej immunoterapii spowodowało całkowite wyeliminowanie tych zagrożeń w XX wieku. Dziś wiemy, iż komórki układu odpornościowego posiadają zdolność „obezwładniania” ludzkiego systemu odpornościowego. Intensywne prace nad tym fenomenem pozwoliły na odkrycie tych mechanizmów i wprowadzenie do terapii nowotworów skutecznych leków – przeciwciał monoklonalnych. O doniosłości tych odkryć świadczą przyznane w ubiegłym roku Nagrody

Nobla w Medycynie – dwóm badaczom – James’owi Allisonowi z MD Anderson w Houston ze opisanie roli receptora CTLA 4 oraz Tasuku Honjo z Japonii za PD1. To oczywiście tylko fragment tych badań, bo należy to wspomnieć o komórkach TIL oraz nowej grupie komórek zabijających tzw CAR T (chimeric antygen receptor T – genetycznie zmodyfikowanych limfocytów T), których wprowadzenie pozwoliło na osiągnięcie wyleczeń białaczki i chłoniaków u pacjentów zdyskwalifikowanych już z leczenia.

Ten wstęp o nowych metodach leczenia jest konieczny do opisanie trudności w przekazywaniu tych informacji pacjentowi w sposób przystępny, celem zminimalizowania jego stresu i lęku związanego z nowymi, trudnymi do zrozumienia mechanizmami działania, ale też wskazuje na konieczność przekazywania tej wiedzy psychologom, by ułatwić im rozumienie nowych terapii i tym samym ułatwić ich dialog z chorym.

JANUSZ MEDER,

Holistyczne postrzeganie chorego - niesienie nadziei, prawdy i miłości.

Centrum Onkologii-Instytut w Warszawie, Polska Unia Onkologii

Motto:

Człowiek jest tyle wart ile pomaga drugiemu.
... drodzy bracia i siostry,
Lekarze, pielęgniarki, członkowie służby zdrowia,
Wy także jesteście powołani, aby miłować“do końca”
Rozważcie, co to znaczy!
Co to znaczy?
Jan Paweł II

Przedstawiam własne przemyślenia na podstawie 47 letniej pracy naukowej, klinicznej, edukacyjnej i społecznej w Centrum Onkologii – Instytucie w Warszawie i 20 letniej działalności w Polskiej Unii Onkologii. Nie proponuję gotowych recept, rozwiązań czy też zaleceń dla młodszych kolegów a jedynie dzielę się osobistymi spostrzeżeniami i refleksjami, które mogą być przydatne w pełnieniu niełatwej misji lekarza, pielęgniarki lub wykonywaniem innego zawodu w szeroko pojętym systemie Służby Zdrowia.

We współczesnym skomercjalizowanym zagonionym i coraz bardziej zagubionym świecie wraz z postępowem, zdobyciami nauki i techniki, wprowadzaniem coraz bardziej wyszukanych metod diagnostyczno - terapeutycznych coraz wyraźniej widoczne staje się odhumanizowanie i depersonalizacja medycyny.

Pacjent leżący na łóżku szpitalnym otoczony skomplikowaną aparaturą, podłączony do różnych przewodów, drenów i kroplówek pośród narastającego tłumu innych chorych, zestresowany i spanikowany do granic wytrzymałości ma coraz większe poczucie bycia przedmiotem na przesuwającej się nieubłagalnie taśmie w wielkiej fabryce produkcyjnej. Przekazywanie choremu najczęściej zdawkowych informacji podawanych w pośpiechu nierzadko hermetycznym i niezrozumiałym żargonem językowym przez sprawujący nad nim opiekę personel medyczny na pewno nie ułatwia radzenia sobie z chorobą i nie sprzyja procesom zdrowienia nie mówiąc już o obniżeniu tolerancji na coraz bardziej agresywną i toksyczną terapię.

Nawet najlepsi i najbardziej wrażliwi lekarze, którzy stanowią większość w naszych przychodniach i szpitalach, zaczynają zatracać sens swojej misji i pracy lekarskiej wobec narastającej biurokracji, nakazów i zarządzeń urzędniczych, wydłużających się kolejek i ograniczenia dostępu do niezbędnych procedur medycznych najczęściej w onkologii ratujących życie ludzkie, nie mówiąc już o zapaści kolejnych systemów, wprowadzaniu limitów ilości świadczeń i coraz większych ograniczeń finansowych.

Wszystkie żale i pretensje skądinąd słuszne, z punktu widzenia pojedynczego pacjenta skupiają się na lekarzu a nie na urzędnikach i decydentach odpowiedzialnych za prawidłowe organizowanie służby zdrowia. Zespół wypalenia zawodowego kiedyś dotykał lekarzy w sędziwym wieku. Teraz ok. 40 - 60 proc. lekarzy w wieku 40 lat cierpi na zespół wypalenia zawodowego.

Za szybko żyjemy, za szybki jest postęp wiedzy medycznej, za którą trzeba nadążać i za dużo jest biurokracji. Ona zabija misję lekarza.

Nikt nie patrzy, jak się czuje lekarz, który ma codziennie napierający tłum pacjentów, z których każdy chce być pierwszy, każdy uważa, że jemu się wszystko należy. Coraz więcej pacjentów roszczeniowych. Lekarz jest osaczany przez sprawozdawczość...

Czas poświęcany pacjentom jest coraz krótszy a jest to przecież jeden z ważniejszych parametrów decydujących o budowaniu zaufania, szczerości i wiarygodności w stosunku do lekarza.

Najważniejszą jednak rolę w holistycznym podejściu do chorego człowieka spełnia zespół ludzi w skład, którego wchodzi: nie tylko lekarz prowadzący i jego koledzy lekarze różnych specjalności, wyspecjalizowane pielęgniarki, psycholodzy, psychiatry, rehabilitanci, dietetycy, asystenci socjalni, pomocniczy personel techniczny i sekretarski ale także członkowie najbliższej rodziny chorego i grono jego przyjaciół, organizacje pacjencie, fundacje i grupy wsparcia, osoby duchowne lub guru stosownie do światopoglądu chorego i jego filozofii życia. Każdy z członków tego szeroko pojętego zespołu terapeutycznego ma coś ważnego do spełnienia stosownie do swojego wykształcenia, posiadanej wiedzy, umiejętności i chęci pod warunkiem akceptacji przez pacjenta jego potrzeb i oczekiwań przestrzegając przy tym sumiennie kodeksów prawnego i etyczno-deontologicznego.

Ostatnie spektakularne postępy w biologii molekularnej, genetyce, immunologii i immunoterapii są na tyle obiecujące, że z uzasadnioną nadzieją można niemal każdego dnia oczekiwać informacji o nowych rodzajach terapii i lekach nowej generacji, coraz skuteczniejszych w pokonywaniu chorób nowotworowych..

Nawet przy kolejnych wznowach choroby nowotworowej, jeśli nie uda się osiągnąć wyleczenia, choć nierzadko taka szansa istnieje, można umiejętnym postępowaniem przedłużać życie z zachowaniem niezbędnego komfortu bytowania. Umiejętnie prowadzone leczenie wspomagające, hamujące postęp choroby, likwidujące lub łagodzące ból i inne objawy uboczne pozwala wielu pacjentom kontynuować przez wiele lat względnie normalne życie rodzinne, zawodowe czy społeczne.

Tym, co pełnią misję lekarską, niosą ulgę w chorobie i cierpieniu - dedykuję kilka myśli ku rozwadze zawarte poniżej:

7 PRZYKAZAŃ DOKTORA MEDERA

1. POWITAJ PACJENTA – PODAJ MU RĘKĘ NA PRZYWITANIE.
2. SKUP, CHOĆ KILKA MINUT TYLKO NA NIM SWOJĄ UWAGĘ – DAJĄC DO ZROZUMIENIA, ŻE W TYM CZASIE ON JEST NAJWAŻNIEJ-

SZY DLA CIEBIE I ZBIERZ WYWIAD LEKARSKI W SPOŚÓB ZWIĘZY I TAKTOWNY KOMUNIKUJĄC SIĘ JĘZYKIEM ZROZUMIAŁYM DLA SWOJEGO ROZMÓWCY I DOCHOWUJĄC TAJEMNICY LEKARSKIEJ ORAZ INNYCH PRAW PACJENTA.

3. POPROŚ PACJENTA O ROZEBRANIE SIĘ Z ZACHOWANIEM JEGO PRAWA DO WOLNOŚCI, GODNOŚCI I INTYMNOŚCI A NASTĘPNIE MAJĄC JEGO PRZYZWOLENIE DOKŁADNIE ZBADAJ JEGO CIAŁO W CAŁOŚCI.

4. NA KAŻDYM ETAPIE DIAGNOZY I LECZENIA WYOBRAŻAJ SOBIE, ŻE TO TY JESTEŚ NA MIEJSCU PACJENTA I POMYŚL CZY CHCIAŁBYŚ BYĆ TAK SAMO TRAKTOWANY.

5. ZWAŻAJ NA KAŻDE WYPOWIADANE DO PACJENTA SŁOWA I NIGDY NIE ODBIERAJ MU NADZIEI, MAJĄC PRZEDE WSZYSTKIM POKORĘ DO WŁASNEJ WIEDZY NIEZALEŻNIE OD STOPNIA SWOICH KWALIFIKACJI, ZAJMOWANEGO STANOWISKA CZY TEŻ POSIADANEGO TYTUŁU NAUKOWEGO.

6. PEŁNIĄC SWOJĄ NIEŁATWĄ MISJĘ LEKARSKĄ BĄDŹ CIERPLIWY, NIE ZAPOMINAJ O DOBRYCH I CIEPŁYCH SŁOWACH, NIE OBRAŻAJ SIĘ I NIE GNIEWAJ NA PACJENTA A SWOJĄ POSTAWĄ I DZIAŁANIEM ZAŚWIADCZAJ O ZBIEŻNOŚCI SWOICH CELÓW Z CELAMI PACJENTA STOSOWNIE DO JEGO POTRZEB, OCZEKIWAŃ I ŻYCZEŃ ORAZ ZGODNIE Z JEGO WOLĄ, ŚWIATOPOGLĄDEM I FILOZOFIĄ ŻYCIA.

7. TRAKTUJ ZAWSZE PACJENTA PODMIOTOWO W SPOŚÓB HOLISTYCZNY NIE ODDZIELAJĄC JEGO CZĘŚCI FIZYCZNEJ OD PSYCHICZNEJ I DUCHOWEJ, BOWIEM STANOWIĄ ONE JEDNĄ NIEROZERWALNĄ CAŁOŚĆ.

MARZENA SAMARDAKIEWICZ,

Kwalifikacje psychoonkologiczne - nowa jakość w kształceniu personelu medycznego.

Zakład Psychologii Stosowanej UM w Lublinie
Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej UM w Lublinie

Psychoonkologia to interdyscyplinarna dziedzina na styku onkologii i psychologii klinicznej. Główne obszary działań to usuwanie lub łagodzenie psychologicznych następstw choroby i leczenia u pacjentów onkologicznych i ich rodzin, oraz prowadzenie działań psychoprofilaktycznych, nastawionych na personel medyczny zatrudniony na oddziałach onkologicznych. W Polsce działania te promuje założone w 1993 roku Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne (PTPO), którego działalność koncentruje się m.in. na wypracowywaniu form wsparcia chorych i ich bliskich oraz edukowaniu personelu pracującego z osobami chorymi. Zarząd PTPO podejmował w kolejnych dekadach szereg aktywności dotyczących edukacji personelu w zakresie psychoonkologii: od powołania Krajowej Szkoły Psychoonkologii (1998 r.), poprzez rekomendowanie podyplomowych studiów w zakresie psychoonkologii, wprowadzenie kryteriów uzyskiwania certyfikatów PTPO: certyfikatu psychoonkologa i superwizora psychoonkologa (2012 r.), oraz podjęcia działań nad formalnym wyodrębnieniem zawodu psychoonkologa (2012 r.). W 2014

roku rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej zawód psychoonkologa został wpisany pod nr 228909 w kategorii „inne zawody medyczne”. Zgodnie z ww. rozporządzeniem psychoonkolog to osoba z wyższym wykształceniem psychologicznym lub medycznym, która ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra lub równorzędny oraz ukończyła studia podyplomowe z psychoonkologii.

W ocenie Zarządu PTPO, wymagania dotyczące zawodu psychoonkologa określone ww. rozporządzeniu nie różnicowały umiejętności psychoonkologicznych i zadań, które może realizować psycholog, psychiatra od realizowanych przez innych przedstawicieli zawodów medycznych, którzy ukończyli studia podyplomowe z psychoonkologii. Studia podyplomowe z zakresu psychoonkologii niewątpliwie podnoszą kwalifikacje przedstawicieli innych zawodów, wszyscy jednak nadal powinni realizować zadania wynikające z ich bazowego wykształcenia oraz funkcji pełnionej w pracy na oddziale.

PTPO podjęło działania, których celem było dokładne opisanie umiejętności, które powinny posiadać osoby profesjonalnie przygotowane do sprawowania opieki psychospołecznej nad pacjentami onkologicznymi i ich bliskimi. Przez cały 2017 rok wraz z Instytutem Badań Edukacyjnych (IBE) pracowało nad opisem kwalifikacji psychoonkologicznych zgodnie z zasadami Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji, które powinny mieć osoby profesjonalnie opiekujące się pacjentami onkologicznymi i ich bliskimi. W połowie 2018 roku do Ministerstwa Zdrowia (MZ) złożone zostały wnioski PTPO o uznanie dwóch poziomów kwalifikacji (umiejętności) psychoonkologicznych zgodnie z Polską Ramą Kwalifikacji wg Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (ZSK). W grudniu 2018 zostały opublikowane obydwa rozporządzenia MZ dotyczące procedowanych wniosków kwalifikacji:

1. „Wsparcie osób chorych onkologicznie, osób po chorobie nowotworowej oraz ich rodzin i otoczenia”

(<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WM-P20180001267/O/M20181267.pdf>) oraz 2. „Diagnoza i pomoc psychoonkologiczna osobom chorym onkologicznie, osobom po chorobie nowotworowej oraz ich rodzinom i otoczeniu - Psychoonkolog” (<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WMP20180001271/O/M20181271.pdf>.)

Aktualnie, PTPO jest w trakcie procesu uzyskania statusu Instytucji certyfikującej. Zakładamy, że dzięki precyzyjnym opisom umiejętności personelu na obu poziomach będzie możliwe precyzyjne określenie świadczeń psychoonkologicznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz określenie i wdrożenie jednolitych standardów opieki psychoonkologicznej.

Powstaje coraz więcej placówek, organizacji pozarządowych działających w obszarze ochrony zdrowia, których celem jest udzielanie profesjonalnego wsparcia pacjentom onkologicznym i ich bliskim. Podyplomowe studia psychoonkologiczne mogą być elementem przygotowania do uzyskania umiejętności, które mogą być poświadczane certyfikatem.



JADWIGA KOŹMIŃSKA-KINIORSKA,

Psychoonkolog: wystarczająco dobry czy idealny?

Wystąpienie będzie szukało odpowiedzi na dylemat zawarty w tytule : czy pacjent potrzebuje idealnego psychonkologa czy wystarczająco dobrego? I co te pojęcia oznaczają? / inspiracja koncepcją brytyjskiego psychoanalityka Donalda W. Winnicotta/. Autorka podzieli się ponad 20-letnim doświadczeniem pracy w szpitalu - jakie siły psychologiczne intra- i interpsychiczne powodują, że zespół terapeutów oraz miejsce pracy/mechanizmy rządzące hierarchiczną strukturą/ mogą stać się niewystarczająco dobrym otoczeniem. Jak być wystarczająco dobrym psychoonkologiem w niewystarczająco dobrym otoczeniu?

MAGDALENA BURY-KAMIŃSKA,

Funkcjonowanie poznawcze pacjentów chorych na szpiczaka mnogiego i jego uwarunkowania czynnikami biologicznymi oraz zmiennymi psychospołecznymi – doniesienia wstępne.

Badania prowadzone w ostatnich dwóch dekadach przyniosły wiele danych na temat zaburzeń poznawczych pojawiających się wskutek chemioterapii, które definiowane są jako chemobrain (Raffa i in., 2006). Jednakże ich wyniki są bardzo zróżnicowane. W części prac, u pacjentów stwierdza się istnienie deficytów kognitywnych (Tannock i in., 2007), inne nie potwierdzają ich obecności (Donovan i in., 2005). W badaniach analizuje się również zależności pomiędzy obniżeniem procesów pamięciowych czy myślowych a współwystępującym lękiem bądź depresją (Meyer i in., 2005). Dodatkowo, wpływ na jakość procesów poznawczych ma doznawane przez chorych zmęczenie (Ganz i in., 2013) oraz subiektywnie postrzegane oddziaływanie objawów somatycznych i psychicznych na stan pacjenta, który może być utożsamiany z pojęciem jakości życia (de Walden-Gałuszko, 2011).

Sprzeczność wyników badań prowokuje postawienie pytań na temat przyczyn takiego zróżnicowania zjawiska chemobrain. Aktualnie pojawiają się doniesienia sugerujące możliwość istnienia zależności zmian poznawczych od poziomu cytokin prozapalnych, w tym interleukiny 6 (IL-6), czynnika nekrozy nowotworów (TNF-) (Kesler i in., 2013), cytokiny przeciwzapalnej - interleukiny 10 (IL-10) (Wang i in., 2015) oraz neurotropowego czynnika pochodzenia mózgowego (BDNF), który sprzyja przeżywaniu komórek nowotworowych (Pearse i in., 2005). Dlatego celem niniejszych badań uczyniono poszukiwanie zależności pomiędzy poziomem wybranych zmiennych biologicznych, a pojawianiem się zmian poznawczych u pacjentów na różnych etapach leczenia onkologicznego. Równocześnie analizie poddany zostanie wpływ zmiennych emocjonalno-społecznych, tj. lęk, depresja, zmęczenie oraz jakość życia.

W celu oceny dynamiki zmian, przeprowadzone zostanie trzykrotne badanie 60 osób ze zdiagnozowanym nowotworem (szpiczakiem mnogim). Do grupy klinicznej na zasadzie doboru parami pod względem wieku i wykształcenia zostanie skonstruowana grupa kontrolna.

Badanie neuropsychologiczne procesów poznawczych zostanie przeprowadzone z wykorzystaniem wybranych podtestów z Baterii diagnozy funkcji poznawczych PU1 użytych w sposób eksperymentalny, niektórych podtestów ze Skali Pamięci M. Choynowskiego, Testu Interferencji Kolorów i Słów Stroopa, Testu Uwagi i Spostrzegawczości. Dodatkowo kontroli podlegać będą czynniki znacznie wpływające na funkcjonowanie chorych, jak lęk, depresja, zmęczenie i jakość życia. W ramach badań biologicznych oceniony zostanie poziom cytokin IL-6, IL-10 i TNF- oraz neurotrofiny (BDNF). Pacjenci z grupy kontrolnej trzy razy będą przechodzić przez procedurę badawczą polegającą na pobraniu surowicy krwi, grupa kontrolna zostanie poddana badaniu jednokrotnie.

Praca przedstawia doniesienia wstępne niniejszych badań własnych, głównie analizę zmiennych psychologicznych.

SESJA 2. PSYCHOONKOLOGIA W MEDYCYNIE PALIATYWNEJ

ALEKSANDRA CIAŁKOWSKA-RYSZ,

Żywienie i nawadnianie pacjentów u kresu życia.

Pracownia Medycyny Paliatywnej Katedra Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Oddział Medycyny Paliatywnej CSK im. WAM w Łodzi

We współczesnej medycynie zaspokojenie głodu i pragnienia są elementami podstawowej opieki medycznej. U pacjentów objętych opieką paliatywną często występuje zespół niedożywienia i zwykle jest związane niekorzystnym rokowaniem. Zespół ten objawia się zmęczeniem, osłabieniem, wczesnym uczuciem sytości, obniżeniem stan sprawności i obniżeniem jakości życia.

Potrzeby w zakresie żywienia pacjentów powinny być uwzględnione na początkowym etapie opieki paliatywnej. Postępowanie jest uzależnione od przewidywanego okresu przeżycia, stanu odżywienia oraz wydolności przewodu pokarmowego. U pacjentów z prognozą przeżycia > 2-3 miesięcy należy wdrożyć proces opieki żywieniowej. Obejmuje on: ocenę odżywienia, identyfikację problemów żywieniowych ich przyczyn oraz ocenę czynników ryzyka. Interwencja żywieniowa obejmuje identyfikację wymagań żywieniowych, określenie celów żywieniowych i wdrożenie dostarczania wartości odżywczych, a także monitorowanie żywienia. Celem terapii żywieniowej jest utrzymanie podaży energii i zapobieganie niedoborom żywieniowym. Interwencja żywieniowa powinna obejmować w zależności od sytuacji poradnictwo dietetyczne, doustną suplementację żywieniową, żywienie

dojelitowe i żywienie pozajelitowe.

Strategia żywieniowa pacjenta w późnym stadium postępującej nieuleczalnej choroby (prognozowany czas przeżycia < 2 miesiące) powinna koncentrować się, na jakości życia i łagodzeniu objawów oraz komfortu i zadowolenia z jedzenia a nie na przybieraniu na wagę.

Leczenie żywieniowe (enteralne i pozajelitowe) można uznać za daremną terapię, jeśli pogarsza ona stan pacjenta, pogarsza jakość życia lub przedłuża okres jego umierania.

Nawadnianie chorych, w opiece paliatywnej należy prowadzić przede wszystkim w sposób naturalny, czyli doustny. Jednak nie powinno się przeoczyć odwodnienia, które można leczyć. Parenteralne nawodnienie można zapewnić drogą dożylną lub podskórną. Do pacjentów, którzy mogą odnieść korzyści z nawodniania należą chorzy wymiotujący, z hiperkalcemia, z niewydolnością nerek, w delirium spowodowanym neurotoksycznością opioidów. Jednak dożylna nawadnianie może także nasilić nudności/wymiotów, zwiększyć obrzęki oraz wydzielanie w drzewie oskrzelowym. W stanach ostrych, których przyczyny są odwracalne, nawadnianie jest celowe gdyż może złagodzić objawy. Jednak w przypadku pacjentów tuż przed śmiercią zapotrzebowanie na płyn spada i w większości sytuacji wystarczyć może jedynie zwilżanie jamy ustnej.

Sytuacja dotycząca żywienia i nawadniania każdego chorego jest inna i należy dokładnie ją przeanalizować w zespole interdyscyplinarnym składającym się z lekarzy, pielęgniarek, psychologów i dietetyków. Ograniczenie lub zaprzestanie odżywiania medycznego lub sztucznego nawadniania powinny być omówione z pacjentem i jego rodziną.

TOMASZ DZIERŻANOWSKI,

Miejsce kanabinoidów w medycynie paliatywnej.

Pracownia Medycyny Paliatywnej
Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Obserwuje się obecnie zwiększone zainteresowanie kanabinoidami w leczeniu objawowym w opiece paliatywnej. Ich multimodalne działanie, pomimo ograniczonej skuteczności, czyni je atrakcyjnym uzupełnieniem leczenia objawowego, szczególnie u chorych z wieloma objawami współistniejącymi. Do wskazań o udowodnionej skuteczności kanabinoidów należą ból, spastyczność, drgawki, zaburzenia snu, nudności i wymioty oraz zespół Tourette'a. Korzystny profil działań niepożądanych, w tym brak depresyjnego działania na układ oddechowy, sprawia, że kanabinoidy mogą uzupełnić stosunkowo wąski zestaw leków, jakie pozostają do dyspozycji lekarza medycyny paliatywnej.



ADWIGA PYSZKOWSKA,

Problemy w rozpoznawaniu i w skuteczności leczenia bólu przebijającego.

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. Prof. K. Gibińskiego ŚUM w Katowicach

Ból przebijający jest bardzo dokuczliwym doznaniem nocycyptywnym u chorych na nowotwór. Mimo dobrze kontrolowanego bólu podstawowego, występują nagłe, przemijające zaostrzenia bólu, często o charakterze neuralgicznym. Przyczyny bólu przebijającego są nadal nierozpoznane w badaniach eksperymentalnych i klinicznych. Obraz kliniczny bólu przebijającego i jego następstwa somatyczne i psychiczne stanowią nadal istotny problem w rozpoznawaniu i skuteczności leczenia. Określenie cech bólu przebijającego wymaga stosowania narzędzi oceny ilościowej i jakościowej bólu podstawowego oraz specyficznych narzędzi oceny bólu przebijającego. Pozwala to na ustalenie skutecznego leczenia uwzględniającego patomechanizm doznań nocycyptywnych i percepcji bólu. Konsekwentne, ciągłe monitorowanie oceną bólu skuteczności leczenia epizodów bólowych jest najlepszą metodą zabezpieczającą chorego przed zbyt dużym cierpieniem. Pomoc choremu, w ocenie bólu, przez lekarza, pielęgniarkę, psychoonkologa, opiekuna niemedyceńskiego, rodziny jest niezbędna w skutecznym postępowaniu przeciwbólowym.

MONIKA RUCIŃSKA,

Powikłania leczenia choroby nowotworowej w opiece paliatywnej.

Katedra Onkologii Collegium Medicum Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Terapie onkologiczne związane są z powstawaniem powikłań wczesnych i późnych. Powikłania ostre ustępują w krótkim czasie po leczeniu, natomiast powikłania późne są zazwyczaj trwałe i nie poddają się leczeniu. Mogą one występować także u pacjentów pozostających pod opieką paliatywną i powodować liczne problemy zarówno natury fizycznej jak i psychologicznej. Na skutek leczenia operacyjnego pacjenci tracą narządy lub części ciała, co pociąga za sobą liczne ograniczenia i dyskomfort, a przede wszystkim zaburzenia funkcjonowania poszczególnych układów. Uciążliwa jest obecność stomii (tracheostomia, urostomia itd.) oraz przewlekłe zespoły bólowe o charakterze neuropatycznym spowodowane zabiegami operacyjnymi lub zrostami tkankowymi uszkodzającymi nerwy. Późnym powikłaniem radioterapii jest włóknienie tkanek, co skutkuje np. zmniejszeniem wydolności oddechowej po napromienianiu płuc, zmniejszeniem objętości pęcherza moczowego, zwężeniem cewki moczowej itd. Trwałe uszkodzenie ślinianek powoduje brak wydzielania śliny i utrzymujące się stale uczucie suchości śluzówek jamy ustnej, gardła i przełyku. Po napromienianiu mózgu mogą pojawiać się zaburzenia kognitywne (głównie upośledzenie pamięci

świeżej). Część cytostatyków uszkadza trwale nerki lub mięsień sercowy prowadząc do niewydolności tych narządów. Leczenie chemiczne może też uszkadzać nerwy, co powoduje uciążliwe neuropatie obwodowe. Leczenie onkologiczne sprzyja utracie masy ciała poprzez osłabienie apetytu, zaburzenia wytwarzania śliny, kłopoty z przyjmowaniem i przyswajaniem pokarmów, co przyczynia się do rozwoju kacheksji nowotworowej. Późne powikłania leczenia onkologicznego występujące w czasie, gdy chory objęty jest opieką paliatywną wymagają odpowiedniej diagnostyki i postępowania pielęgnacyjnego, a czasami też stosownej rehabilitacji i wsparcia psychoonkologicznego, ponieważ ich obecność jest źródłem dodatkowych dolegliwości i pogarsza jakość życia pacjentów.

JUSTYNA JANISZEWSKA,

Poczucie dobrostanu psychicznego osób dotkniętych zaawansowaną, przewlekłą chorobą somatyczną.

Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje choroby przewlekłe, jako schorzenia długotrwałe, charakteryzujące się najczęściej powolnym postępem. Choroby przewlekłe, takie jak choroby serca, nowotwory, przewlekłe choroby układu oddechowego i moczowego, są zdecydowanie najczęstszą przyczyną zgonów na świecie i stanowią 63% wszystkich zjść śmiertelnych. W ostatnich latach w Polsce choroby układu krążenia stanowiły przyczynę 49% wszystkich zgonów, nowotwory 26%, zaś przewlekłe choroby układu oddechowego były przyczyną 4% zgonów.

Pojęcie dobrostanu psychicznego jest zazwyczaj rozumiane, jako pewne zestawienie pozytywnych stanów emocjonalnych, takich jak szczęście (perspektywa hedonistyczna) i efektywnego funkcjonowania w życiu indywidualnym i społecznym (perspektywa eudajmonistyczna). Przywracanie dobrostanu psychicznego stanowi naturalne dążenie jednostki. Zjawisko to obserwujemy również u osób dotkniętych przewlekłą, zaawansowaną chorobą somatyczną.

Celem prowadzonych badań było oszacowanie poziomu dobrostanu psychicznego (emocjonalnego i poznawczego) pacjentów z przewlekłą zaawansowaną niewydolnością nerek, chorych onkologicznych leczonych paliatywnie oraz cierpiących z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Ponadto praca stanowi próbę odpowiedzi na pytanie o wpływ wybranych czynników, tj sposoby radzenia sobie z chorobą, poziom nadziei, poczucie sensu życia, czy hierarchia wartości, na ocenę dobrostanu psychicznego badanych osób.

Wyniki badań ujawniły, że poziom dobrostanu psychicznego nie różnił się istotnie statycznie w grupach osób badanych oraz grupie kontrolnej. Ponadto stwierdzono, iż takie czynniki jak wysoka religijność, sposoby radzenia sobie ukierunkowane na działanie, silne poczucie sensu życia oraz wyższym poziom nadziei korelują z wyższym poczuciem dobrostanu psychicznego.

KS ANDRZEJ GRETKOWSKI,

Plany, potrzeby, marzenia i oczekiwania SENIORA chorego na nowotwór.

Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. J. Korczaka w Warszawie

Nowa perspektywa życia (nie zawsze optymistyczna) oraz nowe spojrzenie na dotychczasowe życie, a nierzadko przyniatający ciężar choroby przewlekłej (nowotworowej), zmienia codzienność życia człowieka, w tym człowieka „jesieni życia”. W takich momentach pojawiają się nowe marzenia, plany i oczekiwania. Jakże? - to pytanie na które autor wystąpienia będzie starał się odnaleźć odpowiedź.

JUSTYNA RUTKOWSKA,

Higiena psychiczna pracowników ochrony zdrowia w obszarze onkologii.

VERSO Instytut Psychoterapii i Zdrowia

Gdyby każdemu z nas, osób zdrowych, dano diagnozę: „masz raka”, refleksja nad sobą przysłaby szybko. Priorytety zmieniają się błyskawicznie: czas, dieta, ruch, decyzje, bliskość, życie... To wszystko obserwujemy właśnie u swoich pacjentów. Ludzie pracujący na rzecz innych nadużywają siebie. Coraz częściej żyjemy w izolacji od siebie samych, nie chcemy, może boimy się czuć głębiej. Potrzebujemy zrozumienia, docenienia, „świętego spokoju”. Trochę tak, jak pacjenci, czy dzieci, którymi kiedyś wszyscy byliśmy. Powtarzamy matrycę z dzieciństwa. Nie mamy w sobie opiekuńczego lekarza, pielęgniarki, psychologa(!) To, jak postępujemy z sobą, równe jest temu, jak myślimy o sobie. Być może traktujemy siebie tak, jak traktowały nas ważne dla nas osoby. Na ile było to szacunkiem a na ile z nadużyciem? Czy scenariusz realizujemy? Ile jest w nim tej głębszej troski o siebie? Sygnały z ciała i umysłu alarmują. Są takie potrzeby, o które personelowi udzielającym pomocy innym, trudno się upomnieć. Im więcej lęku, im częstsza ekspozycja na śmierć, nieustanna z nią konfrontacja, tym więcej pojawiają się nieświadomych wewnętrznych konfliktów, które na początku ujawniają się w zespole, w formie agresji, frustracji, zarzutów, potem przenoszą się na rodzinę, życie prywatne. Kilka lat temu, prowadziłam w szpitalu onkologicznym cykl szkoleń, który trwał trzy miesiące. Zapamiętałam słowa lekarzy: „Od kilkudziesięciu lat każdego dnia spotykam się z nieuchronnością choroby i śmierci, z cierpieniem i smutkiem rodzin. Coraz więcej we mnie zmęczenia, niechęci, które każdego dnia wywołują mnie do odpowiedzi na pytanie: Jak długo jeszcze dam radę? Próbuję sobie radzić najlepiej, jak umiem, ale po tylu latach czasem staje się to niemożliwe. Potrzebujemy profesjonalnego wsparcia, ale też czasu, aby z tego wsparcia korzystać, a my jesteśmy przepracowani”. W edukacji pracowników ochrony zdrowia bardzo mało uwagi poświęca się na część praktyczną psychologii. Brakuje ćwiczeń i treningów uczących z jednej strony budowania i podtrzymania zdrowej relacji z pacjentem, a z drugiej – co również ważne – zadbania o własne granice, zdrowie emocjonalne i komfort psychiczny. Lekarze mówią: „Nikt nam tego nie

uczył na studiach, czasami jesteśmy odcięci od własnych uczuć, nie dlatego, że nie mamy serca, ale dlatego, aby wytrzymać ten trud, niemoc a czasem kontakt ze śmiercią. Boimy się tak samo, jak nasi pacjenci, jak ich rodziny”. Higiena psychiczna pracowników zdrowia jest czymś najbardziej fundamentalnym. W swoim wystąpieniu podejmę zagadnienia związane z supervizją, psychoterapią, grupami Balinta, warsztatami z komunikacji, asertywności, wypalenia zawodowego, a także istoty kultury pracy w zespołach medycznych, kultury braku oskarżeń, braku stygmatyzacji, uczenia się na pomyłkach i błędach, wspieraniu pracowników poprzez stwarzanie im możliwości do psychicznego i emocjonalnego odciążania się. Podkreślę także szacunek i współpracę w relacjach pomiędzy zawodami medycznymi a psychologicznymi.

SESJA 3. NOWE STRATEGIE LECZENIA BÓLU

KRYSTYNA DE WALDEN-GAŁUSZKO,

Psychologiczne aspekty bólu przewlekłego

Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Warmińsko – Mazurskie w Olsztynie

Ból jest procesem złożonym w etapów początkowych związanych z percepcją i zwykłą reakcją emocjonalną na doznania bólowe oraz etapu poznawczego – wartościującego który warunkuje „istotę” bólu czy jest to zjawisko psychiczne – proste, czy też przekształca się w cierpienie, ból „wszechogarniający” który wymaga wielorakich form pomocy. Brak wiedzy na ten temat ze strony personelu może być między innymi przyczyną nieskuteczności leczenia p. bólowego. Tę nieskuteczność leczenia mogą pogłębić sami chorzy przez błędną postawę wobec bólu. Dodatkowo czynnikiem wpływającym na intensywność przeżywania bólu mogą być ich niektóre cechy osobowości (neurotyzm, introwersja, pesymizm, ośrodek poczucia kontroli zewnętrznej). Biorąc pod uwagę opisane wyżej zależności, zaproponowano chorym konkretne formy samopomocy w sytuacji bólu przewlekłego.

MAGDALENA KOCOT-KĘPSKA,

Ból neuropatyczny u chorych na nowotwory - stan wiedzy w 2019 r.

EDPM Zakład Badania i Leczenia Bólu Collegium Medicum UJ w Krakowie

Ból neuropatyczny jest to ból spowodowany uszkodzeniem lub chorobą somatosensorycznej części układu nerwowego. Uszkodzenie takie może

zaistnieć na poziomie nerwu obwodowego, jak i na poziomie rdzenia kręgowego lub mózgu.

Najczęściej występujące zespoły bólu neuropatycznego u ludzi są spowodowane przebyciem półpaścem (neuralgia popółpaścowa) i cukrzycą (bolesna polineuropatia cukrzycowa). Znacznie rzadziej występujące zespoły bólu neuropatycznego to neuropatie obwodowe, bóle po amputacji, neuropatie spowodowane czynnikami toksycznymi (chemioterapia, alkohol), ból po udarze mózgu lub urazie rdzenia kręgowego. Ból o charakterze neuropatii może występować u 6-8% dorosłej populacji, ale szacuje się, że co najmniej 30% chorych na nowotwór doświadcza bólu neuropatycznego na różnym etapie choroby nowotworowej.

Ból neuropatyczny towarzyszący chorobie nowotworowej może być następstwem:

1. Choroby nowotworowej - ucisk lub naciekanie struktur ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego

2. Leczenia przeciwnowotworowego:

a) śródoperacyjne uszkodzenie struktur układu nerwowego (np. po torakotomii, mastektomii oraz po amputacjach)

b) radioterapia

c) chemioterapia - najczęściej po zastosowaniu pochodnych platyny (cisplatyny, karboplatyny i oksaliplatyny), alkaloidów vinca (winkrystyny), paklitakselu i bortezomibu.

3. Chorób współistniejących (np. neuralgia popółpaścowa).

Ból neuropatyczny może mieć charakter spontaniczny lub wywołany przez bodźce mechaniczne, termiczne (ciepło, zimno), ruch ciała. Charakterystyczne dla bólu neuropatycznego są określenia, jakich używają pacjenci - opisują swój ból jako parzący, piekący, porażenie prądem, mrowiący, kłujący, swędzący, odrętwiały. Ból może mieć charakter napadowy lub ciągły. Charakterystyczne jest również występowanie alodynii lub/i hiperalgezji. Charakterystyczna lokalizacja bólu neuropatycznego spowodowanego chemioterapią to obwodowe części kończyn, opisywana jako „skarpetki i rękawiczki”.

Ból neuropatyczny ze względu na swój złożony mechanizm powstawania, odmienny od „zwykłego” bólu receptorowego, jest zwykle oporny na popularne i dostępne bez recepty leki przeciwbólowe - paracetamol, metamizol czy niesteroidowe leki przeciwzapalne.

Zalecenia ekspertów z Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i Polskiego Towarzystwa Badania Bólu proponują jako leki pierwszego wyboru: leki przeciwdepresyjne (trójcykliczne leki przeciwdepresyjne, inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny i noradrenaliny), leki przeciwpadaczkowe (gabapentyna, pregabalina) oraz lidokainę w postaci plastra stosowaną zewnętrznie na skórę. Silne leki opioidowe i tramadol zaliczane są u chorych na nowotwór także do leków pierwszego wyboru i są stosowane jako monoterapia lub w połączeniu z innymi lekami I wyboru.



RENATA ZAJĄCZKOWSKA,

Ból kostny u chorych na nowotwory - nowe strategie leczenia.

Klinika Intensywnej Terapii, Interdyscyplinarnej Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Kości są trzecią pod względem częstości, po płucach i wątrobie, lokalizacją przerzutów u chorych na nowotwory. Osiedlenie się i rozrost komórek nowotworowych w kościach jest przyczyną bólu, hiperkalcemii, złamań patologicznych, ucisku struktur układu nerwowego, ograniczonej możliwości poruszania się oraz często dramatycznego pogorszenia jakości życia. Ból kostny obejmuje mechanizmy zapalne i neuropatyczne, które są modyfikowane zarówno na poziomie tkanek i nerwów obwodowych, jak i wyższych pięter układu nerwowego. Z uwagi na zapalny komponent bólu kostnego ważną rolę w jego leczeniu odgrywają niesteroidowe leki przeciwzapalne oraz glikokortykosteroidy. U pacjentów z przerzutami do struktur kostnych, oprócz aktywacji mediatorów zapalnych ma miejsce także ekspresja czynników wzrostowych nerwu (NGF), co powoduje intensywne rozkrzewianie się patologicznej tkanki nerwowej. Ten patologiczny rozrost i tworzenie sieci nowych włókien nerwowych są odpowiedzialne za ból o charakterze neuropatycznym. Poznanie tego mechanizmu pozwoliło na opracowanie nowej terapii: tanezumab - ludzkie, anty NGF przeciwciała monoklonalne, które blokuje połączenie NGF z receptorem TrkA i kliniczne konsekwencje tego połączenia, dzięki temu hamuje patologiczny rozrost i tworzenie sieci nowych włókien nerwowych oraz łagodzi ból kostny. Komponent neuropatyczny bólu u chorych na nowotwór w bólu kostnym stanowi także wskazanie do stosowania leków przeciwpadaczkowych w leczeniu tego rodzaju bólu. W przypadku systemowego rozsiewu w terapii bólu kostnego stosowane są metody terapii systemowej (bifosfoniany, hormonoterapia, chemioterapia). Bifosfoniany hamują aktywność osteoklastów oraz zmniejszają ich zdolność do przeżycia. Prowadzi to do zmniejszenia zależnej od osteoklastów resorpcji kości. Bifosfoniany mogą także hamować szlak przemian kwasu mewalonowego, prowadząc do zmiany zachowania komórek i apoptozy. Mają też działanie antyangiogenne i immunomodulujące. W ostatnich latach do terapii bólu kostnego wprowadzono denosumab, który jest ludzkim przeciwciałem monoklonalnym skierowanym przeciwko ligandowi zlokalizowanym na powierzchni osteoklastów receptorów aktywujących jądrowy czynnik NF- κ B (RANKL). Aktywacja receptorów RANK indukuje proliferację i dojrzewanie osteoklastów, co inicjuje działanie uszkodzające kości. Denosumab wiąże się z RANKL z dużym powinowactwem i swoistością, co zapobiega aktywacji receptora RANK na powierzchni osteoklastów i ich prekursorów, a dzięki temu hamuje ich powstawanie, proliferację i przeżycie, zmniejszając wywołaną przez osteoklasty resorpcję kości. W wielu badaniach klinicznych potwierdzono skuteczność denosumabu w leczeniu bólu, zmniejszenie częstości złamań patologicznych, poprawę codziennego funkcjonowania i jakości życia chorych z rozsiewem nowotworowym do układu kostnego. W przypadku zlokalizowanego bólu kostnego ważnym elementem leczenia są także metody leczenia miejscowego, jak radioterapia oraz techniki chirurgiczne.

AGNIESZKA KRAWCZYK,

Uwarunkowania strategii radzenia sobie z bólem u pacjentów onkologicznych.

Akademia Ignatianum w Krakowie

Wstęp. Poznanie uwarunkowań radzenia sobie z bólem pozwala na poprawę jakości życia w okresie późnej dorosłości i starości. Ból, jako doświadczenie wpisane w bieg ludzkiego życia, często towarzyszy chorobom nowotworowym. Przyczyną niepowodzeń w terapii dolegliwości bólowych są trudności diagnostyczne wynikające z wielowymiarowości zjawiska bólu i jego subiektywnej oceny.

Cel badań. Badania mają na celu porównanie pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową w zakresie strategii radzenia sobie z bólem na różnych etapach leczenia oraz ustalenie jakie czynniki warunkują strategię radzenia sobie z bólem. Wykonane analizy statystyczne są próbą odpowiedzi na następujące pytania:

– które cechy osobowości wykazują związek ze strategiami radzenia sobie z bólem?

– jak zmęczenie modyfikuje zmaganie się z bólem?

– czy przekonania dotyczące kontroli bólu korelują ze strategiami radzenia sobie z bólem?

Zachowanie pacjenta związane z radzeniem sobie z bólem wpływa na jego stan fizyczny, psychiczny oraz jakość codziennego życia i jego najbliższych.

SESJA PLAKATOWA

PAULINA MICHALSKA, NINA OGIŃSKA-BULIK,

Związek między deficytami w zakresie przetwarzania emocjonalnego, ruminacjami a objawami zespołu stresu pourazowego u kobiet zmagających się z nowotworem piersi.

Uniwersytet Łódzki

Wśród czynników sprzyjających utrzymywaniu objawów PTSD wymienia się aktywność poznawczą, ujawnianą w postaci ruminowania o doświadczonym zdarzeniu oraz trudności w regulacji emocji. Celem podjętych badań było ustalenie związku między przetwarzaniem emocjonalnym, ruminowaniem o doświadczonej chorobie a objawami zespołu stresu pourazowego oraz sprawdzenie mediującej roli ruminacji w relacji między trudnościami w zakresie przetwarzania emocjonalnego a objawami PTSD.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 60 kobiet w wieku od 40 do 67 lat ($M = 58,0$; $SD = 6,97$) ze zdiagnozowanym nowotworem

piersi. U 20 (33,3%) kobiet czas od postawienia diagnozy choroby wyniósł mniej niż 5 lat, u pozostałych 40 (66,7%) 5 lat lub dłużej. W badaniach wykorzystano trzy narzędzia pomiaru, tj. Skalę Wpływu Zdarzeń do oceny objawów PTSD, Inwentarz Ruminaacji o Negatywnym Zdarzeniu oraz Skalę Przetwarzania Emocjonalnego do oszacowania trudności w zakresie przetwarzania emocji.

Wyniki: Wyniki badań wykazały dodatnie powiązania trudności w przetwarzaniu emocji oraz ruminowania o doświadczonej sytuacji traumatycznej, jaką była diagnoza choroby nowotworowej, z nasileniem objawów PTSD. Przeprowadzona analiza mediacji dostarczyła danych wskazujących na mediującą rolę ruminacji o charakterze natrętnym w relacji między deficytami w zakresie przetwarzania emocjonalnego a objawami PTSD.

Wnioski: Natrętne ruminowanie o chorobie zdaje się pełnić ważniejszą rolę w podtrzymywaniu objawów PTSD niż deficyty w zakresie emocjonalnego przetwarzania. W procesie terapii osób cierpiących na PTSD oprócz poznawczego przepracowywania traumy, należy zwrócić uwagę na rozwijanie umiejętności regulacji emocji, w tym zdolności do ich ekspresji.

Słowa kluczowe: nowotwór piersi, przetwarzanie emocjonalne, ruminaacje, trauma, zespół stresu pourazowego.

SERHII SHYKOVETS, TARAS SHEVCHENKO ,

„Life in Disease”: the first project in Ukraine to provide psychological support to children with cancer and their parents by a group of professional volunteers - psychologists.

Kyiv Institute of Contemporary Psychology and Psychotherapy,
Faculty of Psychology, National University of Kyiv

Today in Ukraine, the state does not provide for the position of a psychologist in children's cancer departments in hospitals, although there is an urgent need for psychological help to children with cancer and their parents. Children diagnosed with onco and their parents are in a state of psychological crisis and trauma. The presence of a child in the hospital for a long time (from 0.5 to 1 year), treatment, observation of recurrences and death of other children complicates the emotional state of children and parents. These psychological factors adversely affect the physical condition of children, the process of treatment and recovery.

In the framework of the project we are taking the following steps:

We conduct selection of psychologists possessing the necessary qualities and motivated to participate in charity activities. A group of volunteers is formed.

Training of volunteers by a team of trainers. The training lasts for three days.

Practical work in the cancer department: establishing contact with patients, continuous assessment of their actual condition and needs, organization of appropriate psychological support and support.

(Group approach - 3-4 psychologists are at the same time in the oncology hospital and provide support to ill children and their families: 2 psychologists work with a group of children, connecting to the work of parents, 1-2 psychologists work individually with serious patients and their parents. work on a special schedule).

A weekly group supervision (professional support of the training team is provided by trainers) throughout the project and individual (as needed).

Receiving feedback on the quality and effectiveness from the patients and hospital staff, summarizing, making recommendations for the next „seasons” of the project.

Upon completion of the working period of one group, the next group is being recruited and trained.”

JOANNA MILANOWSKA, ADRIANNA ZACHARSKA,
KATARZYNA SIDOR, MARZENA SAMARDAKIEWICZ,

Formy wolontariatu hospicyjnego w opiece paliatywnej

Zakład Psychologii Stosowanej Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Opieka paliatywna i hospicyjna na świecie oprócz lekarzy i pielęgniarek, psychologów, rehabilitantów oraz duszpasterzy specjalizujących się w opiece paliatywnej, nie istnieje bez wolontariatu hospicyjnego. Wśród rodzajów wolontariatu można wyróżnić wolontariat medyczny i niemedyczny. Każda forma wolontariatu jest formą bezpłatnej pomocy. Wolontariat medyczny, to grupa osób która podejmując współpracę z ośrodkiem opieki paliatywnej lub hospicjum chce pracować (w bezpośrednim kontakcie z chorym. Do podstawowych form wolontariatu medycznego zalicza się:

- domowa opieka hospicyjna,
- hospicja stacjonarne i oddziały medycyny paliatywnej,
- dzienny pobyt i poradnie opieki paliatywnej,
- wolontariat osób z wykształceniem medycznym.

Wolontariuszem hospicyjnym może zostać każdy chętny, przychodzący do ośrodka paliatywno - hospicyjnego.

Głównymi rodzajami wolontariatu niemedycznego są:

- wolontariat dzieci i młodzieży, w tym wolontariat szkolny i studencki,
- wolontariat osób dorosłych i starszych, w tym wolontariat pracowniczy i społeczne zaangażowanie biznesu oraz wolontariat osób po pięćdziesiątym roku życia.

W pracy przedstawiono i opisano główne rodzaje i elementy pracy wolontariackiej w opiece paliatywnej, a także szczególne formy wolontariatu hospicyjnego.

Słowa kluczowe: opieka paliatywna, wolontariat, formy wolontariatu.

ANNA ZAFOREMSKA, BARTŁOMIEJ OLCZAK, ALEKSANDRA CIAŁKOWSKA-RYSZ,

Problem uzależnienia od opioidów krótko działających u pacjentów z wieloletnim przebiegiem choroby nowotworowej a słuszność kontynuacji terapii- opis przypadku.

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Ryzyko rozwoju uzależnienia wśród pacjentów z chorobą nowotworową i relatywnie dobrym rokowaniem jest wyzwaniem współczesnej medycyny. Wraz ze wzrostem możliwości leczenia rośnie przeżywalność chorych, a co za tym idzie ryzyko niewłaściwego stosowania leków opioidowych, zwłaszcza krótko działających.

Celem niniejszego badania była ocena słuszności kontynuacji terapii krótko działającym preparatem fentanylu lub zmiana planu leczenia u pacjenta uzależnionego.

Materiał i metody. W pracy przedstawiono przypadek 49-letniego mężczyzny z zaawansowanym guzem neuroendokrynnym okolicy przedkrzyżowej, naciekającym ścianę odbytnicy, z obecnymi przerzutami do wątroby, płuc i kości. Pacjent pozostaje pod opieką poradni medycyny paliatywnej z powodu bólu nowotworowego o silnym natężeniu, ocenianym na 7-10 pkt. w skali NRS. W trakcie terapii analgetykami opioidowymi, pacjent rozwinął uzależnienie od krótko działającego donosowego preparatu fentanylu. Podjęte próby modyfikacji leczenia nie przynosiły skutku ze względu na znaczne nasilenie dolegliwości i niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich. Jednocześnie chory pozostaje zadowolony z zastosowanej terapii, a przyjmowany preparat fentanylu uważa za jedyny skuteczny.

Zastosowane metody badawcze to badanie podmiotowe i przedmiotowe, analiza dokumentacji medycznej oraz autorska ankieta oceny uzależnienia chorego od leków opioidowych. Test składał się z 19 pytań podzielonych na kryteria większe i mniejsze.

Wnioski. Analiza wyników autorskiej ankiety pozwoliła potwierdzić diagnozę uzależnienia od leków opioidowych u pacjenta. Chory udzielił odpowiedzi twierdzącej na 16 spośród 19 pytań kwestionariusza. Badanie podmiotowe i przedmiotowe wykazały, iż pacjent jest zadowolony z zastosowanego leczenia i pozwala ono na zachowanie u niego sprawności fizycznej i wysokiej jakości życia. W związku z zaawansowanym procesem nowotworowym oraz znacznie nasilonymi dolegliwościami bólowymi, poprawa jakości życia staje się wartością nadrzędną. Kontynuacja leczenia preparatem fentanylu donosowego, jako dobrze tolerowanego przez pacjenta i po którym efekt analgetyczny jest wysoce zadowalający, jest zasadna.



AGNIESZKA PIETRZYK,

Żona i mąż w roli opiekuna chorego onkologicznie członka rodziny. Szanse i zagrożenia dla ich psychospołecznego rozwoju.

W referacie przedstawione zostaną obszary pełnienia roli opiekuna chorego onkologicznie członka rodziny przez współmałżonków (nad wspólnym dzieckiem, współpartnerem, rodzicem seniorem) z uwzględnieniem zmian, jakie zachodzą we współczesnym społeczeństwie w pełnieniu roli kobiety i mężczyzny. Omówione zostaną koszty bio-psycho-społeczne ponoszone przez opiekuna - kobietę, opiekuna - mężczyznę oraz korzyści odnoszone zarówno przez żony, jak i mężów z pełnienia roli opiekuna członka rodziny zmagającego się z chorobą nowotworową.

Na zakończenie wystąpienia omówione zostaną kierunki pomocy psychologicznej dla żon i mężów, pełniących rolę opiekuna swego chorego członka rodziny.

JOANNA ZAPAŁA, AGNIESZKA LEWANDOWSKA,
IZABELA KOLKA, WIERA SZYMAŃSKA, MONIKA JAGNIEWSKA,

ONCO-JOGA - wzmocnienie psychofizyczne osób chorych onkologicznie i ich opiekunów

Stowarzyszenie PSYCHE SOMA POLIS

Podczas wystąpienia chcemy zaprezentować nasz nowy projekt ONCO - JOGA. Wspierając osoby chore onkologicznie, ich opiekunowie oraz instytucje wspierające pacjentów onkologicznych stworzyliśmy filmy instruktażowe służące rehabilitacji. Filmy dotyczą wybranych aspektów wspierania procesu zdrowienia, na które ma wpływ sam chory - czyli aktywności fizycznej, zdrowia psychicznego i diety. Wierzymy, że umiarkowany ruch, dbałość o dietę a także odpowiednie wsparcie psychologiczne mają realny wpływ na ogólny dobrostan psychofizyczny chorego, a pośrednio również jego opiekuna.

Filmy mogą być wykorzystywane na każdym etapie leczenia i rekonwalescencji. Koncentrują się na jodze leczniczej i ćwiczeniach fizycznych dostosowanych do sytuacji i możliwości pacjentów oraz na poradach dietetycznych i psychoonkologicznych. W filmach występują osoby, które faktycznie zmagają się z doświadczeniem choroby onkologicznej, a więc rozumiejące czym są bariery i ograniczenia z niej wynikające. W ramach licencji udostępniamy filmy instruktażowe z jogi leczniczej dla osób z doświadczeniem onkologicznym (zawierające ćwiczenia poranne, sesje treningową i relaksacyjną oraz ćwiczenia dla osób z gorszym samopoczuciem), filmy z poradami dietetycznymi i psychoonkologicznymi dla osób chorych onkologicznie oraz instrukcję użytkownika.

Stowarzyszenie PSYCHE SOMA POLIS - zajmuje się promocją zdrowia oraz wsparciem osób chorujących przewlekłe (choroby onkologiczne), biorąc pod uwagę: PSYCHE - wymiar psychiczny (umiejętność radzenia sobie ze stresem, dbanie o zdrowie psychiczne), SOMA - wymiar somatyczny (zdrowe nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna, świadomość ciała), POLIS - wymiar społeczny (wsparcie społeczne, edukacja zdrowotna, dbanie o relacje i o dobrą jakość życia). Tworzymy zespół doświadczonych specjalistów. Edukujemy, wspieramy, prowadzimy terapie indywidualne i grupowe, organizujemy kampanie społeczne, szkolenia dla profesjonalistów oraz promujemy wolontariat. Od 2005 roku prowadzimy poznański oddział „Akademii Walki z Rakiem” - udzielamy wsparcia psychoonkologicznego osobom chorym i ich rodzinom. Jesteśmy autorami Kampanii Społecznej Promującej Psychoonkologię – „Zwrotnik Raka”. Naszą misją jest tworzenie pozytywnej przestrzeni, wolnej od jakichkolwiek form wykluczenia, dla osób zmagających się z problemami własnego zdrowia oraz ich rodzin i opiekunów.

BOŻENA KAWIECKA-DZIEMBOWSKA, RENATA PAŁASZYŃSKA, PIOTR RHONE,

Jakość życia kobiet po operacyjnym leczeniu raka gruczołu piersiowego.

Centrum Onkologii im. Prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy

Zabiegi chirurgiczne przeprowadzane w obrębie piersi naruszają specyficzny obszar kobiecej identyfikacji. Amputacja piersi niesie stres - niekiedy uczucie wstydu, zakłopotania, poczucie utraty wartości - tzw. „kompleks połowy kobiety” (half woman complex). Dzięki wczesnej diagnostyce raka piersi wzrasta ilość operacji oszczędzających mających istotny wpływ na tę sferę życia kobiet.

Celem pracy była ocena funkcjonowania w zależności od zakresu operacji: leczenie oszczędzające (BCT) versus amputacja piersi.

Materiał i metoda: Zbadano za pomocą Kwestionariusz QLQ-C30 i Kwestionariusza QLQ-BR23 (Quality of Life Questionnaire for Breast Cancer) dwie grupy kobiet: 30 pacjentek po mastektomii z limfadenektomią pachową (średnia wieku 56 lat) oraz 30 pacjentek po zabiegu oszczędzającym z usunięciem węzła wartownika (średnia wieku 59 lat). Badanie przeprowadzono co najmniej 2 miesiące po zabiegu operacyjnym.

Wyniki: Nie wykazano istotnej zależności pomiędzy rodzajem zabiegu (BCT + SNB, M + ALND) a ogólną średnią jakością życia kobiet mierzoną kwestionariuszem EORTC-QLQ-C30. Wystąpiła natomiast różnica w zakresie wizerunku ciała na poziomie tendencji. Większe nasilenie objawów ze strony piersi i ramienia zgłaszały pacjentki po zabiegu mastektomii z limfadenektomią pachową niż po zabiegu oszczędzającym z usunięciem węzła wartownika. Opisana różnica nie była istotna statystycznie lecz na poziomie tendencji. Rodzaj zabiegu operacyjnego nie wpływał na funkcjonowanie seksualne oraz na satysfakcję seksualną, ocenionych za pomocą podskali kwestionariusza QLQ-BR23. U pacjentek, u których przeprowadzono mastektomię z limfadenektomią pachową możliwe jest wystąpienie większego nasilenia trudności podczas podnoszenia ramienia do góry lub do boku niż po zabiegu oszczędzającym.

dającym z usunięciem węzła wartownika – różnica okazała się istotna statystycznie ($p=0,01$). Przebadane dwie grupy pacjentek leczonych operacyjnie (mastektomia vs BCT) nie różniły się w zakresie ogólnego stanu zdrowia, jak również jakości życia.

Wnioski: Wyniki badania potwierdziły pozytywny ochraniający wpływ zabiegu oszczędzającego w niektórych aspektach funkcjonowania fizycznego, społecznego, emocjonalnego oraz wizerunku ciała.

AGNIESZKA BOCHNIA, KATARZYNA CIEŚLA,
MAGDALENA STĘPIEŃ, ALEKSANDRA SZUMNA,

Klinika Mentalna, Model opieki psychoonkologicznej i psychosocjalnej na oddziałach Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Klinika Mentalna, Fundacja „Na ratunek dzieciom z chorobą nowotworową”

W Przylądku Nadziei rodzice, dzieci, a także pracownicy opieki medycznej mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy psychologicznej ze strony specjalistów tworzących Klinikę Mentalną. Terapeuci otaczają troską pacjentów i ich opiekunów od pierwszych dni pobytu w szpitalu, by pomóc im odnaleźć się w nowej sytuacji. Każdego dnia służą fachową rozmową i konsultacją. Specjaliści organizują atrakcyjne zajęcia dla pacjentów i opiekunów, by pomóc im w prawidłowym rozwoju.

Klinika Mentalna jest zespołem terapeutów pełnych pasji i empatii. Nastawienie psychiczne jest kluczowe w procesie powrotu do zdrowia. Wspomagamy rodziców i dzieci w atmosferze akceptacji oraz bezpieczeństwa. Pomagamy w adaptacji do nowego miejsca i nowych zadań. Oswajamy chorobę, pomagamy układać świat na nowo. Słuchamy, towarzyszymy, nie oceniamy. Motywujemy i wzmacniamy. Szukamy razem z pacjentami źródeł sił do zdrowienia, pamiętamy o zabawie i dbamy o rozwój.

Ważna jest dla nas holistyczna i interdyscyplinarna opieka nad wszystkimi małymi pacjentami Przylądka Nadziei i ich rodzinami, dlatego też nasz zespół składa się z 6 specjalistów z obszaru psychologii, psychoonkologii, psychodietetyki, pedagogiki i neurologopedii. Ponadto ściśle współpracujemy z neuropsychologiem i psychiatrą. Pomagamy redukować stres poprzez wizualizacje, relaks i masaże. Oswajamy emocje, a także pozwalamy je wyrazić. Redukujemy lęk przed procedurami medycznymi poprzez zabawę i zamianę ról. Uczymy dzieci łykać leki i zdrowo jeść. Czytamy dzieciom książki oraz opowiadamy baśnie, które pokazują, jak radzić sobie w trudnych sytuacjach i z czego czerpać energię. Uczestniczymy w rozmowach z lekarzami oraz ułatwiamy komunikację z personelem medycznym. Naszym celem jest budowanie relacji opartych na zaufaniu, by nikt w Przylądku Nadziei nie bał się zadawać pytań. Stworzyliśmy „Żywnonko” – książkę z przepisami, opowiadającą o zasadach żywienia na każdym etapie choroby, która wspiera rodziców

w mądrym i zdrowym gotowaniu. Nasze wsparcie i relacje nie kończą się w momencie zakończenia pobytu w szpitalu. Z porad specjalistów Kliniki Mentalnej mogą skorzystać także dzieci i młodzież, które zakończyły już leczenie w Przylądku Nadziei. Nasi byli pacjenci i ich rodziny mogą otrzymać u nas kompleksową opiekę i poradnictwo w naszym pionierskim Centrum Konsultacyjnym „OnkoMocni”. Dla jak najwyższej jakości naszej pracy stale bierzemy udział w szkoleniach i konferencjach, zarówno krajowych, jak i międzynarodowych. Szczególnie ważna jest dla nas współpraca z innymi ośrodkami i specjalistami, ponieważ umożliwia poznanie najskuteczniejszych metod i technik pracy. Ponadto regularnie poddajemy naszą pracę superwizji, co pozwala nam utrzymać jakość opieki.

Klinika Mentalna na tle kraju stanowi jeden z najlepszych ośrodków pod względem opieki psychologicznej dla dzieci chorujących na nowotwory i ich rodziców.

MAGDALENA JAŃCZYK, ILONA SAMEK, KRYSZTIAN CHOLEWA, MAGDALENA KOZYRA, MAŁGORZATA GRABOWSKA,

Sytuacja ciężarnych zmagających się z chorobami nowotworowymi w oparciu o twórczość filmową.

SKN przy Zakładzie Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Liczba nowotworów u ciężarnych wynosi około 1 na 1000 ciąż. Wywołują one znaczny wzrost lęku i stresu. Kobiety muszą przystosować się do dwóch sprzecznych sytuacji życiowych. Sztuka filmowa zwraca uwagę na wstrząsające przeżycia oraz ogromną determinację onkologicznych kobiet ciężarnych oraz ich rodzin. Matki wytwarzają z dziećmi ogromną więź i martwią się w szczególności o ich bezpieczeństwo, gdyż nieprawidłowa diagnostyka oraz leczenie choroby nowotworowej mogą stwarzać zagrożenie dla płodu.

Cel pracy: Celem jest zobrazowanie trudnej sytuacji onkologicznych pacjentek ciężarnych oraz towarzyszących im dylematów.

Materiał i metody: Metodę stanowi analiza sztuki filmowej. Wykorzystany materiał badawczy to polskie ekranizacje.

Wyniki: Film pt. „Nad życie” opowiada o historii życia polskiej siatkarki Agaty Mróz chorej na białaczkę. Bohaterka znalazła sens walki w macierzyństwie. Była w stanie poświęcić życie mimo ostrzeżeń lekarzy. Nawet mąż kobiety nie popierał jej decyzji, z czasem jednak zaczął wspierać żonę oczekując na poród. Siatkarka urodziła zdrowe dziecko. Następnie trafiła do szpitalnej izolatki i zaczęła chemioterapię. Potem odbył się udany przeszczep szpiku. Agata zmarła mając 26 lat, lecz pozostawiła po sobie największy sukces - córeczkę.

Film pt. „Chemia” ma antyaborcyjne przesłanie. To historia umierającej na raka kobiety, która chce urodzić dziecko wbrew opinii lekarzy przekonujących ją do aborcji. Bohaterka cierpi fizycznie i psychicznie m.in. z powodu utraty obu piersi. Ważną rolę odgrywa duchowny, który mobilizuje brata do ślubu z kobietą i pojedynku o istnienie dziecka. Miłość i życie dziecka sprawiają, że gotowa na śmierć bohaterka chce walczyć z chorobą. Film został zainspirowany historią Magdy Prokopo-

wicz, założycielki Fundacji Rak'n'Roll. Powstały Program Boskie Matki wspiera kobiety w ciąży cierpiące na raka.

Wnioski: Onkologicznym kobietom ciężarnym potrzebna jest obecność oraz wsparcie najbliższych w tej trudnej walce. Pomaga to w znalezieniu siły i dokonaniu decyzji zgodnych z życiowymi wartościami. Ważna jest dla nich „umiejętność odchodzenia, a także to, że trzeba czerpać z życia, póki żyjemy”.

Słowa kluczowe: kobieta, ciąża, rak, Boskie Matki

MAŁGORZATA GRABOWSKA, PIOTR MILANOWSKI, ILONA SAMEK,
MAGDALENA JAŃCZYK, JOANNA MILANOWSKA,

Status cywilny a wykrywalność czerniaka

Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Klinika Diagnostyki i Mikrochirurgii Jaskry w Lublinie

Czerniak jest nowotworem złośliwym wywodzącym się z neuroektodermalnych komórek melanocytarnych obejmującym skórę, błony śluzowe lub naczyńiówkę. Raport WHO z 2014 roku uznał czerniaka za najbardziej niebezpieczny typ raka skóry. W 2012 roku odnotowano 232 tysiące nowych zachorowań, a spośród 3,1 miliona chorych w 2015 roku był przyczyną śmierci u 59800 z nich. W pracy przedstawiono analizę badań z ostatnich lat wskazujących na rolę statusu cywilnego w wykrywalności czerniaka.

W 2011 roku opublikowano wyniki wskazujące na rolę statusu cywilnego w wykrywalności czerniaka przed stadium przerzutowym. Badanie obejmujące 192014 pacjentów wykazało, że osoby będące w małżeństwie istotnie częściej diagnozowane były przed pojawieniem się przerzutów, natomiast istotnie rzadziej w porównaniu do singli, osób rozwiedzionych i owdowiałych obserwowano w momencie rozpoznania przerzuty regionalne bądź odległe. W 2018 roku opublikowano natomiast wyniki metaanalizy obejmującej 52063 pacjentów wskazujące na związek między statusem cywilnym a wielkością guza pierwotnego. Badanie wykazało istotnie częstszą obecność zmian o stopniu zaawansowania T1a w momencie rozpoznania choroby wśród pacjentów będących w małżeństwie w porównaniu zarówno do osób nigdy nie będących w małżeństwie, jak i rozwiedzionych oraz owdowiałych. Istotnie rzadziej natomiast niż w pozostałych grupach pacjentów odnotowywano wśród osób będących w małżeństwie obecność nowotworu w stopniu zaawansowania T4b. Ponadto, osoby nigdy nie będące w małżeństwie, osoby rozwiedzione i owdowiałe istotnie rzadziej poddawały się badaniu biopsji węzła wartowniczego w przypadku obecności zmian będących do tego badania wskazaniem. Część badań wskazuje ponadto na rolę statusu cywilnego w wykrywalności innych nowotworów, takich jak rak piersi, nerki czy jelita grubego.

Wczesna wykrywalność czerniaka wiąże się z niższą śmiertelnością. Wskaźnik 5-letniego przeżycia wynosi od 99,9% w przypadku czerniaka in situ do 7-19% w przypadku obecności przerzutów odległych. Istotnym zatem jest ustalenie nie tylko, jakie są czynniki ryzyka rozwoju czerniaka, ale także, która grupa społeczna narażona jest na istnienie późniejszego stadium w momencie rozpoznania choroby. Przedstawione doniesienia wskazują, że status cywilny powinien być uwzględniany podczas przeprowadzania wywiadu przez lekarza pierwszego kontaktu. Pacjenci o statusie cywilnym innym niż pozostające w małżeństwie po-

winni być szczególnie informowani przez lekarzy odnośnie istoty regularnego badania swojej skóry.

NATALIA ZIÓŁKOWSKA, EWA GRUSZCZYŃSKA,

Religijne radzenie sobie a stan emocjonalny rodziców dzieci z chorobą nowotworową: badanie pilotażowe.

Wydział Psychologii, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny w Warszawie

W ciągu roku notuje się ok. 1100-1200 nowych zachorowań na nowotwory wśród dzieci i młodzieży. Rozpoznanie choroby nowotworowej u dziecka jest źródłem stresu dla całej rodziny i oddziałuje na funkcjonowanie poszczególnych jej członków. Choroba uruchamia zatem różne strategie radzenia sobie nie tylko u chorego, ale i u jego opiekunów. Celem badania pilotażowego była ocena religijnych strategii radzenia sobie ze stresem u matek i ojców dzieci chorujących onkologicznie, w trakcie aktywnego procesu leczenia w klinice onkologii i hematologii dziecięcej. Analizowano relacje pomiędzy religijnym copingiem, zwrotem ku religii oraz pozytywnym przewartościowaniem a pozytywnym i negatywnym stanem emocjonalnym. Zastosowano własną ankietę socjodemograficzną i kliniczną, Skalę Religijnego Radzenia Sobie w skróconej wersji w adaptacji Jarosza oraz dwie podskale z Mini-COPE w adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik. Zbadano 41 rodziców.

Analiza korelacji wykazała powiązania między zmiennymi. Mianowicie, zwrot ku religii korelował dodatnio ze strategiami pozytywnego religijnego radzenia sobie. Nasilenie emocji pozytywnych było powiązane dodatnio ze skalą pozytywnego przewartościowania, ujemnie ze skalą negatywnego religijnego copingu. Z kolei nasilenie emocji negatywnych dodatnio z negatywnym religijnym radzeniem sobie. Zastosowana hierarchiczna analiza regresji z emocjami jako zmiennymi objaśnianymi wykazała natomiast, po kontroli zmiennych socjodemograficznych i klinicznych, iż dla emocji pozytywnych nie ma istotnych związków z badanymi strategiami radzenia sobie. Dla emocji negatywnych zanotowano słabą dodatnią relację wyłącznie z negatywnym religijnym radzeniem sobie.

Okazuje się zatem, iż emocje pozytywne badanych rodziców (60% wyjaśnionej wariancji) lepiej wyjaśnia to, czy dziecko choruje po raz pierwszy (vs wznowa) oraz to, czy opieka w szpitalu nad dzieckiem jest sprawowana wspólnie ze współmałżonkiem (vs samodzielnie) niż badane strategie radzenia sobie. Wynik ten będzie sprawdzany w większej grupie rodziców dzieci chorych onkologicznie.



MARTA PAWEŁCZAK-SZASTOK, JAKUB PILARCZYK,

Psychologiczne aspekty terapii przeciwbólowej u dzieci z chorobą nowotworową.

Centrum Onkologii - Oddział w Gliwicach

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Zasadniczymi elementami zaburzającymi dobrostan hospitalizowanego dziecka są: oddzielenie od rodziców oraz występowanie bólu. Objawy bólowe u dzieci z chorobą nowotworową występują zarówno w związku z przebiegiem samej choroby, jak i jej leczenia.

Ból oprócz komponenty organicznej ma także komponentę psychologiczną, na którą oddziałując, można modyfikować przeżywanie bólu przez dziecko. W doniesieniu zaprezentowane zostanie psychologiczne rozumienie sytuacji wystąpienia bólu u dziecka oraz strategie psychologicznej pracy nad objawem bólu u dzieci z chorobą nowotworową.

AGNIESZKA ROLIŃSKA, MAGDALENA JAŃCZYK, ILONA SAMEK, MARZENA SAMARDAKIEWICZ,

Postawa kobiet wobec wdrażania terapii przeciwnowotworowej w ciąży powikłanej nowotworem piersi.

Zakład Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wprowadzenie: Nowotwór piersi jest jednym z najbardziej rozpoznanych w okresie ciąży. Kobiety w ciąży mogą bezpiecznie go leczyć, chociaż ciąża może mieć wpływ na stosowane rodzaje i czas leczenia. Zalecenia dotyczące leczenia będą zależały od: wielkości i lokalizacji guza, jego rozprzestrzenienia, trymestru ciąży, ogólnego stanu zdrowia ciężarnej, jak również jej osobistych preferencji. Celem przeprowadzonej analizy było poznanie opinii kobiet w różnym wieku na temat wdrażania terapii przeciwnowotworowej w ciąży powikłanej nowotworem piersi.

Materiał i metoda: W badaniu wzięło udział 206 kobiet. Dane zbierano przy użyciu ankiety własnego opracowania z wykorzystaniem Internetu. Średnia wieku badanych wynosiła 31,2. Rozkład procentowy wykształcenia respondentek przedstawiał się następująco: podstawowe i zawodowe-7,76%, gimnazjalne- 16,02 %, średnie- 34,95 %, wyższe- 41,27 %. Odpowiedzi respondentek opisano z użyciem liczebności i rozkładu procentowego. Do oceny istotności różnic między grupami zastosowano test zgodności χ^2 . W celu oszacowania zależności posłużono się testem niezależności χ^2 . Przyjęto poziom istotności statystycznej 0,05. Wyniki: Wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy liczbą kobiet, które uważają że rak piersi jest nowotworem łagodnym a liczbą kobiet, które twierdzą, że nowotwór ten jest złośliwy ($\chi^2=95$, $df=1$). Zauwa-

żono znaczącą różnicę między liczbą kobiet deklarujących potencjalne przesunięcie vs rozpoczęcie leczenia przeciwnowotworowego w sytuacji ciąży powikłanej tym nowotworem ($\chi^2=126,8$, $df=1$). Ponadto stwierdzono istotną statystycznie zależność między przebyciem ciąży a deklarowaną decyzją wobec wdrażania terapii przeciwnowotworowej w ciąży ($\chi^2=8,8$, $df=1$). Nie odnotowano natomiast związku między wiekiem badanych a deklarowaną decyzją wobec leczenia nowotworu piersi w ciąży ($\chi^2=0,01$, $df=1$).

Wnioski: Uzyskane wyniki sugerują, że kobiety mają świadomość złośliwości nowotworu piersi. Znacząco więcej badanych kobiet twierdzi, że przesunęłoby terapię przeciwnowotworową do czasu zakończenia ciąży, gdyby były w takiej sytuacji. Ponadto kobiety, które nigdy nie były w ciąży częściej deklarują, że zdecydowałyby się na przesunięcie leczenia w tym okresie. Natomiast wiek nie jest prawdopodobnie czynnikiem istotnie różnicującym powyższą postawę u kobiet.

SEBASTIAN ARTUR ZDOŃCZYK,

Zdrowie seksualne kobiet w chorobie nowotworowej.

Akademia Pomorska w Słupsku

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Korczaka w Słupsku sp. z o.o. Zdrowie seksualne stanowi istotny element składowy jakości życia człowieka. Wpływa na nasze samopoczucie, samoocenę, obraz siebie i związki z innymi ludźmi. U osób z nowotworem zarówno diagnoza jak i niejednokrotnie długotrwała i obciążająca hospitalizacja powoduje zmiany w funkcjonowaniu psychoseksualnym. Prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń seksualnych u kobiet chorych onkologicznie zależy od wielu czynników, m.in. takich jak: rodzaj nowotworu, reakcji partnera, czynników socjodemograficznych, długości i radykalności leczenia oraz wsparcia zespołu leczącego. Analiza danych epidemiologicznych dotyczących kobiet wskazuje, że obecność zaburzeń seksualnych odnotowana została nawet u 90% kobiet z rozpoznaną chorobą nowotworową w wywiadzie oraz u co najmniej 50% z nowotworami narządu rodnego i piersi. Pomimo tego pacjentki i personel medyczny często nie podejmują tematu, jakie zmiany w życiu seksualnym chorych może spowodować choroba oraz zastosowana terapia. Wśród najczęstszych problemów seksuologicznych pacjentki onkologiczne zgłaszają: hipolibidemię, suchość pochwy, dolegliwości bólowe oraz trudności w osiągnięciu orgazmu. Dlatego też ważne jest, aby pacjentki onkologiczne miały dostęp do diagnostyki i terapii zaburzeń seksualnych jako standardowego schematu postępowania w leczeniu (psycho)onkologicznym, co pozwoli na szybsze i skuteczniejsze uzyskanie poprawy jakości życia, a chorym i ich partnerom sygnalizować, jak ważne są rozmowy dotyczące seksualności.

KRZYSZTOF MANTERYS, DR ALEKSANDRA NIEMYJSKA,

Wiara w Boga jako źródło poczucia kontroli w chorobie nowotworowej

Uniwersytet SWPS

Zachorowanie na nowotwór zaburza poczucie wpływu na własne życie. Podstawowym celem badania było ustalenie, jakie czynniki chronią przed utratą poczucia kontroli, a jakie jej sprzyjają. Badanymi były kobiety na różnych etapach leczenia choroby nowotworowej, wyróżniono trzy etapy leczenia: kobiety w trakcie leczenia chemioterapią, kobiety na oddziale fizjoterapii po zakończonym leczeniu onkologicznym oraz grupa „amazonek”, czyli pań z co najmniej 5 letnią remisją od czasu zakończenia leczenia. Wyniki wykazały, że utrata kontroli rosła wraz z czasem trwania choroby, natomiast malała wraz z większą wiarą w aktywnego Boga. Co ciekawe, wiara w skuteczność lekarzy nie miała związku z poczuciem kontroli. Wyniki interpretowane są zgodnie z teorią kompensacyjnej kontroli (Kay, Gaucher, McGregor i Nash, 2010).

KATARZYNA MALINOWSKA, SŁAWOMIR JABŁOŃSKI

Rola personelu medycznego w obniżaniu poziomu lęku okołoperacyjnego u pacjentów z rakiem płuca

Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej USK - WAM CSW w Łodzi

Wstęp: Lęk okołoperacyjny jest powszechnym zjawiskiem wśród chorych onkologicznie.

Z przeprowadzonych dotychczas badań wynika, że personel medyczny może odgrywać istotną rolę w uzyskaniu właściwej adaptacji pacjenta do sytuacji choroby, a także w obniżeniu poziomu lęku.

Cel pracy: Celem badania było ustalenie która z poszczególnych grup zawodowych w oddziale chirurgicznym cieszy się największym zaufaniem wśród pacjentów, a także okazuje im najwięcej zainteresowania i wsparcia w chorobie. Celem dodatkowym badania było określenie, która z grup przyczynia się w największym stopniu do obniżania lęku okołoperacyjnego oraz jakie oczekiwania mają pacjenci z rakiem płuca względem personelu medycznego.

Materiał i metody: Badanie zostało przeprowadzone w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej USK nr 2. im WAM w Łodzi. W badaniu wzięło udział 150 pacjentów obojga płci w wieku 60-80 r. ż. przyjętych w trybie planowym do zabiegu operacyjnego płuca z powodu rozpoznanej wcześniej zmiany rozrostowej płuca. W badaniu posłużono się ankietą do badania poziomu lęku okołoperacyjnego u pacjentów z rakiem płuca. Zawiera ona 36 pytań pojedynczego wyboru. W ankiecie umieszczono również pytania dotyczące oczekiwań względem personelu medycznego w oddziale chirurgii (potrzeby pacjenta, znaczenie poszczególnych grup zawodowych w obniżaniu poziomu lęku, znaczenie pomocy psychologicznej i przygotowania psychicznego). Wyodrębniono w badaniu następujące grupy zawodowe: lekarz chirurg, pielęgniarka chirurgiczna, psycholog, rehabilitant, opiekun medyczny.

Wyniki: Średni wiek badanych chorych wynosił ($M=69$), odchylenie standardowe ($SD=1,80$). Rolę w obniżaniu lęku okołoperacyjnego odegrał u 23 (15,3%) chorych lekarz prowadzący, pielęgniarka chirurgiczna u 81 (54%) badanych, psycholog u 44 (29,3%), rehabilitant u 2 (1,3%) respondentów, nie wskazano na opiekuna medycznego. Chirurg okazywał zainteresowanie, cieszył się zaufaniem i udzielał wsparcia 25 (16,7%) chorym, pielęgniarka chirurgiczna 84 (56,0%), psycholog 35 (23,3%), rehabilitant 4 (2,7%), opiekun medyczny 2 (1,3%) badanych. Od personelu pacjenci oczekiwali: informowania o procedurach – 29 (19,3%) chorych, wsparcia i empatii 77 (51,3%), zainteresowania – 41 (27,3%), nie miało preferencji 3 (2%) badanych. Sprawdzone, czy pomoc psychologiczna ma dla pacjentów znaczenie w przygotowaniu do zabiegu. Okazało się, że dla 146 (97,3%) badanych rozmowa z psychologiem miała znaczenie w aspekcie przygotowania do operacji. Dla 4 (2,7%) nie miała znaczenia. Sprawdzone, jakie znaczenie dla pacjentów ma psychiczne przygotowanie do zabiegu. Dla 137 (91,3%) badanych okazało się ono istotne, 7 (4,7%) ankietowanych nie miało zdania, a 6 (4,0%) uznało ten aspekt za mało ważny w przygotowaniu do operacji.

Wnioski: personel medyczny w oddziale chirurgii był dużym wsparciem dla pacjentów z rakiem płuca. Pielęgniarki cieszyły się największym zaufaniem wśród badanych, okazywały też najwięcej zainteresowania, wsparcia i uwagi chorym. Największą rolę w obniżaniu poziomu lęku okołoperacyjnego odegrał również personel pielęgniarski chirurgiczny, w drugiej kolejności psycholog. Od personelu badani oczekiwali przede wszystkim wsparcia i empatii, w drugiej kolejności zainteresowania, mniej istotne okazały się aspekty medyczne informacyjne, co wskazuje na ogromne znaczenie aspektów psychologicznych w leczeniu pacjentów z rakiem płuca.

DANIELA WINNICKA

Terapia Snoezelen jako propozycja działań terapeutycznych dla dzieci z chorobą nowotworową

Klinika Transplantologii, Hematologii i Onkologii Dziecięcej we Wrocławiu

Terapia Snoezelen jest metodą pracy zajęciowej, która poprzez zastosowanie urządzeń i elementów w specjalnie wyposażonej sali oddziałuje na wszystkie zmysły uczestnika Snoezelen. Stworzona została w latach 70 ubiegłego wieku na potrzeby aktywizacji osób z niepełnosprawnością intelektualną. Obecnie Snoezelen stosuje się w ośrodkach rehabilitacyjnych, domach opieki społecznej, szkołach, przedszkolach, a także w hospicjach i coraz częściej na oddziałach szpitalnych. Głównymi celami terapii Snoezelen jest bierna stymulacja wszystkich zmysłów, aktywizacja i relaksacja. Terapia Snoezelen, zwana w Polsce pod nazwą Sali Doświadczania Świata, odbywa się w specjalnie przygotowanym pomieszczeniu wyposażonym w urządzenia takie jak: łóżko wodne, firanka świetlna, kula lustrzana, ścieżka świetlno-dźwiękowa, panele dotykowe, instrumenty muzyczne, tablice manipulacyjne, drabina świetlno-dźwiękowa, a także wiele innych, stworzonych po to, by oddziaływać wielozmysłowo. Leczenie dzieci z chorobą nowotworową wiąże się z długotrwałym

pobytem w szpitalu, co może doprowadzić do regresu rozwojowego. W związku z tym zadaniem terapeutów zajęciowych na oddziałach hematologii i onkologii dziecięcej jest aktywizowanie pacjentów, by w przyszłości mogli wrócić do swojego środowiska. Terapia Snoezelen ze względu na atrakcyjność, a także nie dyrektywność wobec uczestnika terapii Snoezelen, jest odpowiednią metodą pracy zajęciowej z pediatrycznym pacjentem onkologicznym. Metoda ta kieruje się ośmioma zasadami: zasada właściwej atmosfery, własnej decyzji, własnego tempa, odpowiedniego czasu trwania, powtarzalności, wybranej oferty bodźców, właściwego nastawienia i odpowiedniej opieki. To w jaki sposób będzie odbywała się terapia zależne jest jedynie od uczestnika, który sam o wszystkim decyduje. Zadaniem terapeuty jest podążanie za potrzebami podopiecznego. To sprawia, że pacjenci hematologii i onkologii dziecięcej chętnie korzystają z tej formy aktywności. Środowisko Snoezelen bardzo różni się od rzeczywistości szpitalnej, co od samego początku sytuacji Snoezelen wpływa kojąco na podopiecznego i zachęca do aktywności, która może wpływać zarówno na poprawę samopoczucia pacjenta, a także wzmacniać funkcje poznawcze.

SESJA 4. FORMY OPIEKI PSYCHOONKOLOGICZNEJ

MARCIN JABŁOŃSKI,

Utrzymanie płodności u pacjentów onkologicznych w zintegrowanym modelu opieki psychoonkologicznej.

Instytut Psychologii Wydziału Filozoficznego Akademii Ignatianum w Krakowie

Grupa Robocza ds. Zachowania Płodności u Chorych Onkologicznych (Oncofertility) Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej

Choroby nowotworowe stanowią poważny problem zdrowia publicznego. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w ciągu ostatnich trzydziestu lat, liczba zachorowań na nowotwory złośliwe wzrosła w Polsce ponad dwukrotnie. Ryzyko zachorowania na nowotwór wzrasta wraz z wiekiem i jest najwyższe w grupie osób powyżej 60 rż. Jednak z punktu widzenia problematyki utraty/utrzymania płodności szczególnie wrażliwa jest grupa młodych dorosłych w wieku 20 - 45 lat, ponieważ w tej grupie sukces terapeutyczny wiąże się nie tylko z wyleczeniem choroby nowotworowej, ale także z możliwością posiadania przez te osoby własnego potomstwa w przyszłości. Dodatkowo w tej grupie wiekowej kobiety stanowią ponad 2/3 populacji pacjentów, a z powodu doskonalenia metod diagnostycznych wydłużają się też wskaźniki wieloletnich przeżyć. Należy też podkreślić, że możliwość posiadania własnego potomstwa stanowi istotny, niezależny czynnik kształtujący

jakość życia u młodych dorosłych, oraz jedno z podstawowych praw człowieka. W przeciwieństwie do innych, późnych efektów ubocznych (jak np. pogorszenie funkcji wątroby czy nerek), niepłodność niesie za sobą biologiczne, psychiczne i społeczne konsekwencje, których odległe efekty trudno jest w prosty sposób wymierzyć i monitorować. W związku z tym, ryzyko utraty płodności w grupie młodych pacjentów, zostało zidentyfikowane jako poważny problemem i wyzwanie dla nowoczesnego, kompleksowego leczenia onkologicznego.

Aby zmniejszyć skalę tych problemów, stworzono Oncofertility, nową gałąź medycyny dająca szansę zachowania płodności pacjentom poddawanych terapii przeciwnowotworowej. Pierwszą organizacją zajmującą się tą dziedziną jest Oncofertility Consortium, działające przy Northwestern University w Chicago pod kierownictwem prof. Theresy K. Woodruff. Obecnie zrzesza ono ponad 50 ośrodków z całego świata, w tym Klinikę Endokrynologii Ginekologicznej i Onkologii CM UJ w Krakowie. Z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej oraz przy współpracy z the Oncofertility Consortium powstała Grupa Robocza ds. Zachowania Płodności u Chorych Onkologicznych (Oncofertility). Celem tej inicjatywy jest ukonstytuowanie się grupy lekarzy specjalistów i nawiązanie współpracy pomiędzy ośrodkami specjalistycznymi, które zajmują się pomocą chorym onkologicznym u których istnieje ryzyko utraty płodności oraz stworzenie standardów postępowania u chorych onkologicznych chcących posiadać potomstwo po zakończeniu leczenia onkologicznego. Dodatkowym celem jest inicjowanie współpracy ginekologów ze środowiskiem onkologów, hematologów, psychologów i psychoonkologów oraz platformy edukacyjnej zarówno dla lekarzy jak i dla pacjentów i ich rodzin. W roku 2017, w czasopiśmie JOURNAL OF ADOLESCENT AND YOUNG ADULT ONCOLOGY (Volume 6, Number 3, 2017) ukazała się pierwsza edycja polskich rekomendacji dotyczących Oncofertility (Recommendations of the Fertility Preservation Working Group in Oncological, Hematological and Other Patients Treated With Gonadotoxic Therapies, 'ONCOFERTILITY' (GROF) of the Polish Society of Oncological Gynecology). Celem wystąpienia będzie zapoznanie słuchaczy z głównymi założeniami powyższych rekomendacji, ze szczególnym uwzględnieniem roli psychoonkologów w zakresie indywidualnych planów opieki, aspektów konsultacyjnych i prawnych, związanych z omawianym obszarem.

JUSTYNA PRONOBIS-SZCZYLIK,

Terapeuta – pacjent: współtworzenie zmiany w relacji terapeutycznej w Intensywnej Krótkoterminowej Psychoterapii Dynamicznej (ISTDP).

Warszawski, Ośrodek Psychoterapii i Psychiatrii

Emocjonalne doświadczenie osoby chorej na raka, to przeżywanie licznych rodzajów utrat i lęku. O ile strach, jako odpowiedź na obiektywne zagrożenie chorobą, może być adaptacyjną, funkcjonalną reakcją, o tyle lęk jest prawdziwą udręką chorego oraz jest powodem jego cierpienia. Istnieją różne formy interwencji terapeutycznej, które można zaoferować zainteresowanemu pacjentowi. Jedną z nich jest Intensywna Krótkoterminowa Psychoterapia Dynamiczna. (Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)).

Ponieważ zaburzenia lękowe i zaburzenia przystosowania są najczęstszymi objawami psychologicznymi towarzyszącymi choremu z nowotworem, zajmowanie się lękiem w relacji terapeutycznej, zamiast nawykowego ignorowania i pomijania lęku, czyli to, do czego pacjent często jest przyzwyczajony, od wczesnego dzieciństwa, nabiera dodatkowego znaczenia w procesie współtworzenia zmiany terapeutycznej.

Jednocześnie, zajmowanie się lękiem pacjenta, regulowanie lęku i rozmowa na temat lęku, powodują obniżenie poziomu lęku i pozwalają na zredukowanie stanu hiperaktywności w ciele.

Badania wykazują, że wysoki poziom lęku, obniża poziom funkcjonowania układu odpornościowego. Badania Schulkin-Allostasis potwierdzają medyczny mechanizm wpływu lęku na działanie układu odpornościowego.

Kontekst psychodynamiczny może być pomocny w rozumieniu własnych potrzeb i uczuć chorego. Jednym z elementów pracy w podejściu intensywnej krótkoterminowej psychoterapii dynamicznej jest psychodiagnoza lęku i uczenie się regulowania lęku w zdrowy sposób. W ISTDP psychodiagnoza lęku sprowadza się m.in. do obserwacji psychofizycznych przejawów lęku i dotyczy fizycznego wzorca rozładowania w ciele a nie wyrażenia poznawczego.

ISTDP powstała w oparciu o kliniczne i empiryczne badania w psychoterapii (Malan, Davanloo), popartej danymi empirycznymi z psychologii rozwojowej i neurobiologii. Jest uznaną formą pracy również z pacjentami onkologicznymi, pozwalającą głęboko i skutecznie pomagać, pomimo choroby, by mogli stać się tym, kim naprawdę są, aktywnie uczestnicząc, dzieląc się ze światem, utrzymując i tworząc bezpieczne relacje. Uczy wykorzystywać uczucia do adaptacyjnych aktywności, zamiast przykrywać je nieadaptacyjnymi obronami.

Skuteczność ISTDP jest zbadana i potwierdzają ją liczne badania naukowe. Terapia ISTDP ma szerokie zastosowanie, ponieważ jest skoncentrowana na emocjach (Emotion-focus), daje szybkie i trwałe efekty, czasem bardziej, niż terapia skoncentrowana na intelektualizacji i rozumieniu.

MARTA PORĘBIAK,

Gdzie człowiek nie może... czyli o zastosowaniu nowoczesnych technologii w psychoonkologii.

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny

Pomoc psychologiczna oferowana jest pacjentom chorym na raka w wielu formach. W zależności od poziomu dystresu i metod radzenia sobie z chorobą nowotworową i jej leczeniem, oferujemy pacjentom interwencję kryzysową, konsultacje rehabilitacyjne, promocję zdrowia, udział w grupie wsparcia lub w sytuacjach szczególnych zalecamy psychoterapię. Największym wyzwaniem pozostaje jednak dostępność tych metod dla poszczególnych pacjentów (ograniczenia związane z lokalizacją, dojazdem, finansowaniem, zbyt małą liczbą praktykujących psychoonkologów i psychoterapeutów etc.). Poza psychoterapią, która wymaga regularnego kontaktu z żywym człowiekiem-specjalistą, w sytuacji, gdy chory potrzebuje informacji na temat tego, co dzieje się z nim emocjonalnie, wsparcia, ćwiczenia metod relaksacji i samouspokojenia, z pomocą mogą przyjść metody nie wymagające bezpośredniego kontaktu z psychoonkologiem. Stąd intensywny rozwój tzw. obszaru e-Health w medycynie i psychoonkologii. Do nowoczesnych technologii jakie znajdują obecnie zastosowanie we wspieraniu procesu zdrowienia pacjentów zaliczyć można m.in. te wykorzystujące aplikacje na telefony komórkowe, gry komputerowe o tematyce zdrowia, portale internetowe w których pacjenci czerpią wiedzę na temat choroby i leczenia (w tym portale rzetelnie prowadzone przez organizacje takie jak ASCO czy IPOS). Ciekawym rozwiązaniem są projekty wykorzystujące technologię VR (rzeczywistości wirtualnej - virtual reality), gdzie zastosowanie połączenia dźwięku z obrazem w przestrzeni wirtualnej pozwala na jeszcze bardziej rzeczywiste doznanie wprowadzanych treści relaksacyjnych lub ćwiczeń ukierunkowanych na radzenie sobie z bólem oraz psychoedukację w zakresie podstawowych założeń podejścia poznawczo-behavioralnego. Metody z zakresu e-Zdrowia stają się szczególnie popularne wśród młodzieży, młodych dorosłych i ich rodziców w kwestii promocji zdrowia oraz radzenia sobie z objawami choroby i efektami ubocznymi leczenia (Tunick i Brand, 2015).

BEATA ANTOSZEWSKA, ALEKSANDRA TOBOTA,

Ocena relacji lekarz-dziecko na oddziałach onkologiczno-hematologicznych.

Uniwersytet Warmińsko-mazurski w Olsztynie, Katedra Pedagogiki Specjalnej

Instytut matki i dziecka Warszawa, Klinika Onkologii i Chirurgii Onkologicznej Dzieci i młodzieży.

W literaturze od dawna podkreślana jest kluczowa wartość w procesie terapeutycznym relacji lekarz – pacjent. Ma ona znaczący wpływ na

proces leczenia osoby chorej. W przypadku dzieci i młodzieży z chorobą nowotworową relacja z lekarzem ma wartość szczególną. Tę specyficzność wyznacza nie tylko wiek pacjentów, ale również rodzaj choroby. Dzieci i młodzież w trakcie leczenia spotykają się z różnymi specjalistami (lekarzami), ale długotrwałą i dość intensywną relację nawiązują z lekarzem prowadzącym. Relacja ta z definicji jest relacją najważniejszą w trakcie leczenia intensywnego i podtrzymującego. Bezsprzeczne jest tu zaangażowanie lekarza, które przekłada się na proces i sukces terapeutyczny. Istotne, i nie mniej ważne, jest zainteresowanie lekarza swoim pacjentem i osobowy kształt relacji: lekarz prowadzący (podmiot) – dziecko (podmiot). Od tego, w jaki sposób lekarz rozumie, komunikuje się z pacjentem i go traktuje zależy poczucie podmiotowości i własnej wartości pacjenta. Wartość tej relacji ma wpływ na samopoczucie chorego nie tylko w trakcie leczenia, ale także i po jego zakończeniu.

Artykuł prezentuje wyniki badań związanych z opinią dzieci i młodzieży na temat relacji z lekarzem prowadzącym. Badania przeprowadzono na terenie trzech placówek wchodzących w skład Polskiej Grupy Pediatrycznej do spraw Leczenia Białaczek i Chłoniaków, obejmując nimi grupę 62 dzieci w wieku 7 – 17 lat, znajdujących się na różnych etapach leczenia przeciwnowotworowego.

DANUTA OCHAŁ,

Formy wsparcia chorych onkologicznie i ich bliskich na przykładzie działań Centrum Psychoonkologii UNICORN.

Stowarzyszenie UNICORN w Krakowie

Stowarzyszenie UNICORN 20 lat temu w Krakowie. 11 października 2014 roku rozpoczęło działalność pierwsze w Polsce specjalistyczne stacjonarne CENTRUM PSYCHOONKOLOGII oferujące wszechstronną pomoc chorym na nowotwory oraz ich rodzinom, prowadzone przez Stowarzyszenie UNICORN.

Zapewniamy:

- indywidualne wsparcie psychologiczne
- psychoterapię grupową
- treningi umiejętności psychologicznych
- konsultacje ze specjalistami (lekarz onkolog, dietetyk, fizjoterapeuta)
- zajęcia ruchowe i relaksacyjne
- wielospecjalistyczne warsztaty stacjonarne

Istotą propozycji CENTRUM PSYCHOONKOLOGII jest edukacja, rehabilitacja i poprawa komfortu emocjonalnego pacjentów, co może wpływać na zdrowienie i lepszą jakość życia chorego. Organizowane zajęcia pomagają ich uczestnikom zrozumieć, że chorzy sami dla siebie są wartością, a także przypominają o istnieniu innych obszarów życia, o których w związku z chorobą niekiedy zupełnie zapomnieli. Ponieważ choroba nowotworowa dotyka nie tylko samego pacjenta, ale także i jego rodzinę, naszą pomoc kierujemy zarówno do chorych, jak również ich bliskich.

CENTRUM PSYCHOONKOLOGII UNICORN jest jedynym tego typu stacjonarnym ośrodkiem w Polsce. Pomagamy osobom zamieszkałym na terenach bez dostępu do psychoonkologii. Wspieramy leczenie

medyczne poprawiamy jakość życia chorych. Zapobiegamy odległym skutkom psychologicznym i społecznym choroby nowotworowej u osób wyleczonych. Pomagamy osobom towarzyszącym w chorobie i personelowi (zapobieganie zespołowi wypalenia), wpływamy na postawy osób pracujących z chorymi na poziomie nauki zawodu.

SEBASTIAN ZDOŃCZYK,

Jakość życia seksualnego pacjentek z ginekologicznymi chorobami nowotworowymi. Modele oceny zaburzeń seksualnych.

Akademia Pomorska w Słupsku, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Korczaka w Słupsku sp. z o.o.

Zdrowie seksualne stanowi istotny element składowy jakości życia człowieka. Wpływa na nasze samopoczucie, samoocenę, obraz siebie i związki z innymi ludźmi. U osób z nowotworem zarówno diagnoza jak i niejednokrotnie długotrwała i obciążająca hospitalizacja powoduje zmiany w funkcjonowaniu psychoseksualnym. Prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń seksualnych u kobiet chorych onkologicznie zależy od wielu czynników, m.in. takich jak: rodzaj nowotworu, reakcji partnera, czynników socjodemograficznych, długości i radykalności leczenia oraz wsparcia zespołu leczącego. Analiza danych epidemiologicznych dotyczących kobiet wskazuje, że obecność zaburzeń seksualnych odnotowana została nawet u 90% kobiet z rozpoznaną chorobą nowotworową w wywiadzie oraz u co najmniej 50% z nowotworami narządu rodnego i piersi. Pomimo tego pacjentki i personel medyczny często nie podejmują tematu, jakie zmiany w życiu seksualnym chorych może spowodować choroba oraz zastosowana terapia. Wśród najczęstszych problemów seksuologicznych pacjentki onkologiczne zgłaszają: hipolibidemię, suchość pochwy, dolegliwości bólowe oraz trudności w osiągnięciu orgazmu. Dlatego też ważne jest, aby pacjentki onkologiczne miały dostęp do diagnostyki i terapii zaburzeń seksualnych jako standardowego schematu postępowania w leczeniu (psycho)onkologicznym, co pozwoli na szybsze i skuteczniejsze uzyskanie poprawy jakości życia, a chorym i ich partnerom sygnalizować, jak ważne są rozmowy dotyczące seksualności.



SESJA 5. JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH NA NOWOTWORY

WOJCIECH LEPPERT, Dr med. Krzysztof Nosek

Wpływ leczenia bólu opioidami na jakość życia chorych na nowotwory.

Pracownia Badania Jakości Życia
Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Cel pracy. Porównanie analgezji, działań niepożądanych i jakości życia podczas leczenia bólu morfiną i oksykodonem o kontrolowanym uwalnianiu podawanych drogą doustną oraz fentanylem i buprenorfiną podawanych drogą przezskórną, u chorych na nowotwory leczonych w Hospicjum Domowym i w Poradni Medycyny Paliatywnej przez okres 28 dni.

Pacjenci i metody. Chorzy na nowotwory z bólem o silnym natężeniu (NRS 6–10), u których leczenie analgetykami nieopiodowymi i/lub „słabymi” opioidami było nieskuteczne, zostali losowo przydzieleni do jednej z 4 grup leczonych morfiną, oksykodonem, fentanylem lub buprenorfiną i podzieleni na podgrupy pacjentów z przewagą bólu neuropatycznego i receptorowego. W leczeniu bólu przebijającego stosowano morfinę o natychmiastowym uwalnianiu drogą doustną. Dawki początkowe opioidów zwiększano do uzyskania skutecznej analgezji i akceptowalnych działań niepożądanych. Pacjenci mogli przyjmować adjuwanty analgetyczne w bólu kostnym i neuropatycznym. Stosowano profilaktykę zaparcia stolca – laktulozę, w dawce 2 razy dziennie po 10 ml, nie stosowano profilaktyki nudności i wymiotów.

Wyniki. W badaniu wzięło udział 62, ukończyło 53 chorych. Zadawalającą analgezę uzyskano podczas leczenia wszystkimi 4 opioidami, zarówno u chorych z przewagą bólu receptorowego, jak i neuropatycznego, przy czym zużycie koanalgetyków było większe u pacjentów z przewagą bólu neuropatycznego. Spośród objawów niepożądanych najczęściej obserwowano nudności i senność, których natężenie na początku leczenia uległo nasileniu, a następnie zmniejszeniu. W zakresie apetytu, nastroju, lęku, depresji, przygnębienia i zmęczenia uzyskano istotną poprawę (ESAS). W ocenie zaparcia stolca, wymiotów i duszności nie stwierdzono istotnych zmian. W ocenie JŻ (EORTC QLQ-C15-PAL) uzyskano poprawę w skali funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego i ogólnej JŻ oraz aktywności (Karnofsky). Podczas leczenia morfiną obserwowano mniejszy negatywny wpływ bólu na zdolność chodzenia i pracę oraz mniejsze zużycie morfiny w terapii bólu przebijającego, większą poprawę funkcjonowania fizycznego chorych i tendencję poprawy nastroju, w porównaniu do pozostałych badanych opioidów.

Wnioski. Wszystkie badane opioidy wykazują podobny, skuteczny efekt przeciwbólowy, poprawiają ogólną JŻ chorych, głównie w okresie

pierwszych 14 dni leczenia i wykazują podobny profil i natężenie działań niepożądanych. Profilaktyczne podawanie leków przeczyszczających zapobiega wystąpieniu zaparcia stolca wywołanego opioidami, wskazane jest rozważenie profilaktycznego podania leków przeciwwymiotnych celem zmniejszenia nasilenia nudności

ALEKSANDRA MODLIŃSKA,

Jakość życia chorych na nowotwory w wieku podeszłym.

Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Jakość życia człowieka zależna jest od szeregu warunków, takich jak czynniki psychologiczne, społeczne czy fizyczne, w tym od wieku i stanu zdrowia badanego. W ocenie statystycznej jakość życia ma więc charakter zmiennej zależnej, na którą wpływ ma min. obecność choroby przewlekłej, także nowotworowej. Istotna jest też sytuacja życiowa, w jakiej znajduje się chory, stający nagle wobec perspektywy obciążającego leczenia i ryzyka potencjalnej śmierci. Choroba ma tym większy wpływ na ocenę jakości życia, im większe zagrożenie dla aktualnego dobrostanu stanowi. Ocena ta, rozumiana jako porównanie sytuacji upragnionej z aktualnie istniejącą pozostaje zawsze subiektywna. Choroba prowadząca w krótkim czasie do niepełnosprawności i całkowitej zależności od osób drugich, wiąże się, zwłaszcza u osób młodych, z gwałtownym pogorszeniem jakości życia i jej oceny. Wiek podeszły, w powszechnym ujęciu, na ogół niesie ze sobą obniżenie jakości życia per se, poprzez zmniejszającą się sprawność fizyczną i umysłową, ale też przez utratę dotychczasowej pozycji w pracy, roli w rodzinie czy ograniczenie kontaktów międzyludzkich. To niejako „naturalne” oczekiwanie na niższą ocenę jakości życia nie zawsze się jednak spełnia. Ocena sytuacji jest utrudniona min. poprzez niejednoznaczne definiowanie wieku podeszłego. Przyjmowana granica 65 rż jest coraz częściej uznawana za zbyt niską a i wśród 70-cio latków skupianie się wyłącznie na ich wieku może prowadzić do błędnych wniosków wobec wysokiej sprawności intelektualnej, aktywności fizycznej, działalności społecznej itd. Jeśli oceny jakości życia powinien dokonywać sam pacjent, to jest to zapewne łatwiejsze w grupie „młodszych” osób starszych niż wśród osób sędziwych. Pojawienie się choroby nowotworowej u osób po 65-70 rż. wywiera z pewnością negatywny wpływ na już obniżającą się jakość życia. O ile ocena jakości życia młodych pacjentów obciążonych chorobą nowotworową może być, wg niektórych badań porównywana z oceną dokonywaną przez nieobciążonych nowotworem po 65 rż / wspólny wpływ zależności od innych, utraty pozycji w pracy czy rodzinie/ o tyle wśród osób powyżej 65-70 rż dotkniętych chorobą nowotworową ulega istotnemu obniżeniu.

MAŁGORZATA STAŃCZYK,

Wpływ muzykoterapii na jakość życia chorych na nowotwory.

JOANNA KOZAKA, mgr Mariusz Cieślak, Satysfakcja z życia i jej psychologiczne uwarunkowania u chorych na nowotwory

Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański

Satysfakcja z życia uwarunkowana stanem zdrowia opisuje poczucie zadowolenia. Jest ona poznawczym komponentem subiektywnego dobrostanu człowieka. Odnosi się do poznawczego procesu, w którym osoba na podstawie własnych, unikatowych kryteriów ocenia jakość swojego życia. Jest świadomym procesem orzekania o własnym życiu na podstawie własnych, unikatowych kryteriów. Najczęściej rozumiana jest jako wypadkowa między oczekiwaniami a uzyskanym wynikiem.

Satysfakcja z życia stanowi niewątpliwie istotny element w procesie zmagania się z chorobami nowotworowymi. W obszarze literatury psychoonkologicznej jest badaniem zagadnieniem, jednak waga tego obszaru wymaga kolejnych badań i nadal poszukuje się uwarunkowań tego stanu, co może przekładać się nie tylko na poszerzenie wiedzy o funkcjonowaniu chorych, ale także wspomagać specjalistów w niesieniu pomocy tym osobom.

W badaniu skupiono się na poszukiwaniu roli wsparcia społecznego, przystosowania psychicznego, a także wybranych wymiarów osobowościowych w kształtowaniu satysfakcji z życia chorych.

Badaniami objęto 41 kobiet z diagnozą raka piersi, które zakończyły terapię onkologiczną i uczestniczyły w turnusie rehabilitacji onkologicznej w Wojewódzkim Centrum Onkologii w Gdańsku.

Zastosowano następujące metody badań: Skalę Satysfakcji z Życia SWLS, Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej Mini-MAC, Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego, Skalę DS-14 oraz Kwestionariusz Mentalizacji MZQ.

Przeprowadzone analizy statystyczne uwiaryściły istotne korelacje zachodzące pomiędzy badanymi wymiarami. Analizowane dane wskazują, że zarówno wsparcie społeczne, przystosowanie psychiczne, a także wybrane wymiary osobowościowe korelują w istotny sposób z poziomem satysfakcji życia u badanych pacjentek. Zaobserwowano zarówno pozytywne, jak i negatywne korelacje o umiarkowanej sile pomiędzy badanymi zmiennymi.

ANETA PASTERNAK,

Zasięg zmian chorobowych a obraz ciała u osób z chorobą nowotworową.

Wyższa Szkoła Menedżerska w Warszawie

Cele badania: Polemika na temat znaczenia choroby nowotworowej jako zdarzenia wystawiającego człowieka na ciężką próbę i pociągającego za sobą całe spektrum zmian determinujących sposób przeżywania oraz postrzegania własnego ciała, znalazła się w obszarze namysłu psychologii jako nauki pod koniec XX wieku. Na gruncie empirycznym

nie dokonywano jednak pogłębionej refleksji na temat zróżnicowania obrazu ciała osób z chorobą nowotworową uwarunkowanego stopniem zaawansowania klinicznego i rodzajem rozpoznania pozwalających uchwycić zasięg i rozległość zmian chorobowych w ciele, przy użyciu dedykowanego stricte badaniu pacjentów onkologicznych instrumentarium pomiaru. Fundamentalnym celem przeprowadzonych badań było zatem uzyskanie odpowiedzi na pytanie: czy i w jaki sposób zasięg zmian nowotworowych różnicuje to, jak pacjenci onkologiczni konstruują obraz własnego ciała?

Metoda: Przeprowadzono badanie w grupie 318 osób z diagnozą choroby nowotworowej (155 kobietach, 163 mężczyznach) leczących się na oddziałach onkologicznych polskich szpitali. Do pomiaru podstawowych danych socjodemograficznych użyto Kwestionariusza ankiety, natomiast do pomiaru obrazu ciała zastosowano Wielowymiarowy kwestionariusz do badania obrazu ciała MBRSQ (Cash, 2000) oraz autorską Komputerową metodą badania obrazu ciała (KMBOC).

Wyniki: W oparciu o otrzymane rezultaty można stwierdzić, że zarówno stopień zaawansowania choroby jak i rodzaj rozpoznania stanowią istotny czynnik różnicujący afektywny, percepcyjny oraz behawioralny komponent obrazu ciała osób z diagnozą choroby nowotworowej.

Wnioski: Uzyskane wyniki badań oprócz waloru poznawczego, poszerzającego stan dotychczasowej wiedzy z zakresu psychoonkologii o aspekt specyfiki obrazu ciała pacjentów onkologicznych, mają także wartość aplikacyjną, dostarczającą praktyce klinicznej cennych wskazówek do pracy terapeutycznej.

SESJA 6. OBLICZA PSYCHOONKOLOGII

MARIJA TURLINSKIENE,

„Pacjent, lekarz czy człowiek?” - Rozwój badań psychoonkologicznych w hematologii.

Clinical Psychologist

Vilnius University, Institute of Psychology

Vilnius University Hospital Santaros Klinikos (VUL SK), Hematology, Oncology, and Transfusion Centre (HOTC)

In this presentation, we will try to cover the main directions of psycho-oncological research, with a focus on bone marrow transplant patients. The origins of psychological research in oncology settings can be traced back to 1970s, where psychopathological reactions such as depression and anxiety were being studied. In the hematology field, on the other hand, it started after achieving a higher survival rate of patients with blood diseases by applying aggressive chemotherapy treatment and bone marrow transplant (BMT).

The cognitive behavioral approach contributed greatly to the psycho-oncological research by studying patient's adjustment to the illness,

relationships between a level of distress before BMT and survival rate as well as neuroimmune reactions. Also, by observing how coping strategies and social support contribute to a better adjustment process. With the emergence of a humanistic approach, the focus shifted towards patient's quality of life after allogeneic and autogenic transplant; traumatic experience and post-traumatic growth; and patient-doctor communication and its influence on patient functioning, results of treatment, and prognostics of survival rate.

Furthermore, the other direction of psycho-oncological research focused on the psychological well-being of medical staff working in the Bone Marrow Transplant field. Their emotional strain, fatigue, secondary traumatization were studied and found to be risk factors for professional burnout.

At VUL Santaros klinikos Hematology, Oncology, and Transfusion center (HOTC) 2000 adult transplants were completed in the last 20 years, since the opening of this center. It is the biggest transplant center in Eastern Europe and according to the number of transplants it is in the top 5% of most effective and advanced centers in Europe.

At VUL Santaros klinikos Hematology, Oncology, and Transfusion center (HOTC) adaptation strategies of patients with onco-hematological disease have been tested and the results showed that approximately 30% of patients endure high depression, anxiety, and helplessness rates. In 2017 a pilot study regarding experienced distress level, with a sample of oncological and onco-hematological patients (N = 253), found that 33% of participants endure high levels of distress, which is in line with worldwide findings regarding the matter.

The current psycho-oncological research in this center tries to evaluate patient's psycho-emotional state, taking into consideration the biopsychosocial paradigm, by analyzing relations between functional, physical, emotional, social, spiritual aspects and patient empowerment.

IZABELA KAPTACZ,

Rola i zadania pielęgniarki w psychologicznym wsparciu pacjenta chorego na nowotwór

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej

Choroba nowotworowa wyzwala u pacjentów szereg nieprawidłowości i trudności w funkcjonowaniu biopsychospołecznym. Analizując postawy ludzkie, procesy ich kształtowania i zachodzące zmiany, można oceniać funkcjonowanie człowieka w sytuacjach trudnych (m.in. stres, konflikt, frustracja, czy choroba). Jednym z podstawowych zadań pielęgniarki jest ocena wpływu choroby, hospitalizacji oraz innych sytuacji trudnych na stan fizyczny, psychiczny i funkcjonowanie społeczne chorego. Znając psychologiczne aspekty funkcjonowania człowieka w różnych okresach rozwojowych, pielęgniarka tworzy warunki do prawidłowej komunikacji, prowadzi rozmowę terapeutyczną i przewiduje skutki postępowania pacjenta z określonymi zaburzeniami psychicznymi. Pielęgniarka, która ukończy studia drugiego stopnia może prowadzić psychoedukację pacjentów i ich opiekunów, stosować elementy psychoterapii dla osób z zaburzeniami psychicznymi, a także prowadzić

treningi umiejętności społecznych jako formy rehabilitacji psychiatrycznej. Ważnym zadaniem jest uwzględnienie w procesie postępowania terapeutycznego subiektywnych potrzeb i oczekiwań pacjentów, wynikających z postępu choroby, pojawiających się objawów ubocznych stosowanego leczenia i uwarunkowań społeczno-kulturowych. Na podstawie oceny i opisu stanu somatycznego i psychicznego pacjenta, pielęgniarka dokonuje wyboru właściwych technik redukcji lęku czy metod relaksacyjnych. Zadaniem pielęgniarki w opiece nad chorym z nowotworem, na każdym etapie choroby jest zrewidowanie poziomu wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych, ciągła edukacja i empatyczne podejście.

JOLANTA MASIAN,

Metafora w komunikacji pacjenta i psychoonkologa - jako pomoc i przeszkoda w terapii.

Psychosocial Oncology Association (POA), Hospicjum Wileńskie

Metafory są szeroko stosowanym narzędziem służącym do interpretowania otaczającego nas świata i wyrażania subiektywnie pojmowanej rzeczywistości.

Lekarze poprzez używanie metafory próbują zapełnić lukę pomiędzy doświadczaniem choroby przez pacjenta, a biologią, światem współczesnych technologii medycznych i procesem leczenia chorób onkologicznych. Dla psychologa metafora może być instrumentem wspomagającym terapię, służyć, jako narzędzie pomagające zrozumieć, co czuje pacjent w związku z diagnozą, czym dla niego jest choroba, jak pojmuje on proces leczenia i zdrowienia. Świadomość własnych zasobów metafor, indywidualnego zakresu korzystania z nich oraz sposobu odbioru metafor stosowanych przez lekarzy, uważne wsłuchiwanie się w metafory stosowane przez pacjentów, pozwala psychologom uzyskać lepszy wgląd w poznawcze i emocjonalne podłoże, związanych z chorobą doświadczeń pacjentów, oraz wspierać tworzenie przez nich wspomagających proces leczenia metafor. Ma znaczenie umiejętność rozpoznawania przez psychologa na ile metafora używana przez pacjenta odzwierciedla indywidualne pojmowanie przez niego choroby i procesu leczenia, a o ile jest ona narzucona mu przez otoczenie i specjalistów. Jest to potrzebne do tego, aby - w razie potrzeby - zachęcić pacjenta do tworzenia własnych metafor, wprowadzić alternatywne, lub równoległe koncepcje metaforyczne, które będą bardziej spójne z osobowością pacjenta i będą lepiej wspierały proces terapii. Ważne jest zauważenie, kiedy pacjent stosuje metafory, jako konstruktywne, wspierające proces leczenia i terapię narzędzie, a kiedy używa on metafor dewastujących jego dotychczasową tożsamość.

Metafory powinny się zmieniać w zależności od sytuacji i przebiegu choroby, tak by ich używanie mogło przynieść maksymalną korzyść dla pacjenta. Nie ma uniwersalnych metafor pasujących do każdej osoby, w każdej sytuacji. Ta sama metafora może być dla tej samej osoby korzystną na jednym etapie choroby i szkodliwą na innym. Może się zdarzyć, że metafory pojmowane przez jedną osobę, jako wspierające, przez inną mogą zostać odebrane, jako dezorganizujące i przytłaczające.

ce. Czasami pacjenci wolą mówić o swoich przeżyciach przez aktywność twórczą, której interpretacja pozwala na większą swobodę podejmowania wrażliwych tematów, a użyte symbole mogą mieć więcej znaczeń niż metafora wyrażona słowami. Często słabnąca produktywność intelektualna wynikająca z przebiegu choroby sprawia, że tradycyjnie pojmowane używanie metafor ma ograniczony zakres i wówczas pomocne jest ich przeniesienie w sferę przedmiotów materialnych znajdujących się w otoczeniu pacjenta.

Metafory pozwalają zintegrować fragmenty naszych doświadczeń i wyrazić to, co jest niewyraźne bez posługiwania się językiem przenośni, mogą być narzędziem wspierającym przebieg terapii psychologicznej i procesu leczenia, ich używanie może poprawić wzajemną komunikację, wspomóc współpracę pacjenta, jego rodziny i zespołu medycznego.

NINA OGINSKA-BULIK, PAULINA MICHALSKA, Rola zakłóceń w podstawowych przekonaniach i podejmowanych strategii radzenia sobie w występowaniu negatywnych i pozytywnych skutków traumy u chorych onkologicznie.

Uniwersytet Łódzki

Wprowadzenie: Wśród uwarunkowań negatywnych i pozytywnych następstw doświadczonych zdarzeń o charakterze traumatycznym istotną rolę przypisuje się aktywności poznawczej jednostki, w tym gotowości do zmiany posiadanych przekonań, a także podejmowanym strategiom radzenia sobie z doświadczoną sytuacją.

Cel i metoda badań: Podjęte badania miały na celu ustalenie roli zakłóceń w podstawowych przekonaniach oraz stosowanych strategii radzenia sobie w występowaniu negatywnych (PTSD) i pozytywnych skutków (potraumatyczny wzrost) doznanej traumy wynikającej z choroby nowotworowej. Analizie poddano wyniki badań 60 osób chorych onkologicznie (rak piersi – 33,3%, prostaty 33,3% i płuc 33,3%) w wieku 30-79 lat ($M = 62,5$; $SD = 10,84$), z czego 50% stanowili mężczyźni i 50% kobiety. 40% badanych miało postawioną diagnozę choroby w ostatnim roku przed przeprowadzonym badaniem, pozostałe 60% w okresie wcześniejszym. W badaniach wykorzystano cztery narzędzia pomiaru, tj. Listę Zaburzeń po Stresie Traumatycznym, Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju, Inwentarz Podstawowych Przekonań oraz Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej.

Wyniki: Zakłócenia w podstawowych przekonaniach okazały się dodatnio powiązane przede wszystkim z potraumatycznym wzrostem. Natomiast z objawami PTSD dodatnio korelowały strategie destruktywne, tj. zaabsorbowanie lękowe oraz beznadzieść/beznadziejność. Predyktorem negatywnych zmian potraumatycznych okazała się strategia zaabsorbowania lękowego, a pozytywnych – zakłócenia w podstawowych przekonaniach.

Wnioski: W rozwoju objawów PTSD u chorych onkologicznie zasadniczą rolę odgrywają destruktywne strategie radzenia sobie z chorobą, a szczególnie zaabsorbowanie lękowe. Z kolei zakłócenia w podstawowych przekonaniach sprzyjają występowaniu wzrostu po traumie. Modyfikowanie podstawowych przekonań oraz zmiana strategii destruktywnych na konstruktywne u osób zmagających się z chorobą nowotworową może zwiększyć prawdopodobieństwo procesu adaptacji do choroby.

DOMINIKA WIŚNIEWSKA, prof. dr hab.n.med. Niemczyk Kazimierz,

Perspektywa czasowa a akceptacja choroby u pacjentów po całkowitym usunięciu krtani.

Katedra i Klinika Otolaryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie
Perspektywa czasowa - to osobiste nastawienie człowieka wobec czasu. Koncentracja na wybranych aspektach czasowych wpływa na wybory życiowe i osobowość człowieka (Zimbardo i Boyd, 2009). W badaniach opisano pięć perspektyw czasu: przeszłość negatywna/ pozytywna, teraźniejszość hedonistyczna/ fatalistyczna, perspektywa przyszła. Choroba onkologiczna wpływa na teraźniejszość pacjenta, stawia go w sytuacji decyzji dotyczących leczenia. Konfrontuje też z niepewną przyszłością. Niekiedy nakłania do bilansu życia. Skutki leczenia bywają rozległe i zmieniają jakość życia. Nie każdy pacjent akceptuje chorobę onkologiczną i jej następstwa. Powstaje pytanie czy perspektywa postrzegania czasu ma związek z akceptacją choroby u pacjentów po usunięciu krtani?

W Katedrze i Klinice Otolaryngologii WUM, przebadano 57 osób, po zabiegu laryngektomii całkowitej, w tym 42 mężczyzn i 15 kobiet, wiek badanych oscylował w granicach 51 - 90 lat. Średni czas jaki upłynął od operacji wyniósł 5 lat. Osoby badane wypełniły metrykę i kwestionariusze opisowe: Skalę Akceptacji Choroby – AIS autorstwa Felton, Revenson, Hinrichsen (1984), Kwestionariusz Postrzegania Czasu Zimbardo ZTPI, autorstwa Zimbardo i Boyd (1999).

Uzyskane wyniki wskazują na ujemną umiarkowaną korelację pomiędzy akceptacją choroby a przyjmowanymi dwiema perspektywami czasu: im niższa przeszłość negatywna tym wyższa akceptacja choroby ($r = -.449$) i im niższa teraźniejszość fatalistyczna tym wyższa akceptacja choroby ($r = -.515$).

Coraz większe znaczenie w leczeniu pacjenta ma poziom satysfakcji z opieki medycznej i przystosowanie psychiczne do choroby i jej konsekwencji. Im większa akceptacja choroby, tym lepsze przystosowanie do uciążliwości leczenia i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego. Wiedza na temat przyjmowanej przez chorego perspektywie czasowej może stanowić ważny element oddziaływań psychologicznych. Koncentracja pacjenta na negatywnej ocenie przeszłości może ograniczać jego gotowość do współpracy w aktualnym leczeniu. Pacjent może pograć się w żalu za utraconym czasem. Przyjęcie perspektywy fatalistycznej teraźniejszości - powoduje bierność związaną z przekonaniem o braku wpływu na to, co wydarzy się w przyszłości.



MAŁGORZATA MARMAJEWSKA,

„Odważni wygrywają” – poradnik dla chorych na raka jądra oraz ich bliskich.

Fundacja „Gdyński Most Nadziei”

Celem wystąpienia jest omówienie poszczególnych zagadnień zawartych w treści publikacji Poradnika (2017). W/w opracowanie to zbiór ośmiolletnich doświadczeń pracy z chorymi na rak jądra i ich rodzinami. Jak dotąd to jedyne, tak kompleksowe opracowanie, stanowiące narzędzie dla samych chorych, a jednocześnie dla lekarzy urologów, stawiających diagnozę. Temat, zarówno profilaktyki, jak i samych zachorowań w grupie największego ryzyka (20-35 lat), pozostaje wciąż tematem wstydliwym, odrzucanym przez społeczeństwo, w którym wciąż mamy odnotowujemy niewielki poziom świadomości zagrożenia zachorowaniem. Poradnik prowadzi pacjenta przez wszystkie obszary jego codzienności w zmaganiach z chorobą. Poradnik to także wsparcie dla najbliższych, rodziny oraz partnerek. W roku 2018 Poradnik trafił do 811 ośrodków medycznych w kraju.

SESJA 7. PSYCHOONKOLOGIA W ONKOLOGII I HEMATOLOGII DZIECI I MŁODZIEŻY

NINA IRGA-JAWORSKA, EWA BIENŃ,

Żywność dzieci z chorobą nowotworową - zrewidowane rekomendacje.

Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii,
Gdański Uniwersytet Medyczny

Żywność odgrywa niezwykle istotną rolę w procesie leczenia schorzeń nowotworowych. Wiadomo, że niedożywienie nie tylko zwiększa częstość występowania powikłań terapii, ale także pogarsza ostateczny wynik leczenia przeciwnowotworowego.

W 2017 roku Polskie Towarzystwo Onkologii i Hematologii Dziecięcej powołało Grupę Roboczą ds. Rekomendacji Żywnościowych; koordynację powierzono Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii w Gdańsku. Pierwszym etapem działalności grupy było przeprowadzenie wśród onkologów i hematologów dziecięcych badania ankietowego, na podstawie którego oceniono stan wiedzy dotyczący żywienia u dzieci z chorobą nowotworową. Wykazano, że onkolodzy dziecięcy mają świadomość znaczenia prawidłowego żywienia w tej grupie pacjentów, natomiast

stan wiedzy dotyczący tego problemu jest niedostateczny.

We współpracy z Polskim Towarzystwem Żywności Klinicznej Dzieci dokonano aktualizacji wytycznych dotyczących zasad prawidłowego żywienia dzieci na różnych etapach choroby nowotworowej. Fakty i mity związane z tą tematyką przedstawiono podczas cyklu interaktywnych warsztatów, które przeprowadzono w większości polskich ośrodków hematologicznych. Zaplanowano podjęcie dalszych wielopłaszczyznowych działań skierowanych zarówno do personelu medycznego, jak i do rodziców pacjentów mających na celu optymalizację wsparcia żywieniowego. Ostatecznym celem Grupy Roboczej jest opracowanie i wdrożenie rekomendacji żywieniowych dla dzieci leczonych z powodu chorób nowotworowych.

MAGDALENE STĘPIEŃ,

Techniki oddechowe i wizualizacyjne w onko-hematologii dziecięcej.

Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Podczas pobytu i leczenia onkologicznego szczególnie ważne jest wzmacnianie sprawczości oraz zasobów dziecka i Jego rodziny. Jednym z elementów wzmacniania tych kompetencji jest edukacja z zakresu technik relaksacyjnych i wizualizacyjnych. Wzmacniają one poczucie kontroli oraz sprawiają, że system rodzinny posiada wyuczone i skuteczne sposoby radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych - takich jak ból i przewlekłe zmęczenie. Techniki relaksacyjne mogą obniżyć lęk, napięcie i ból. Pomagają w przekierowaniu uwagi podczas sytuacji nagłych i generujących lęk, takich jak pobieranie krwi czy badania obrazowe. W dalszej części wykładu przedstawione zostaną również konkretne niefarmakologiczne metody pracy z ciałem i wyobraźnią, relaksacja metodą Simontona, Jacobsona i Schultza, a także techniki uruchamiające nerw błędny brzuszny.

AGNIESZKA GIEDROJĆ,

Neurologopeda w oddziale onkologii dziecięcej.

Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

- 1) Budowanie bezpiecznej relacji terapeutycznej. Poznanie dziecka, nawiązanie kontaktu, poznanie potrzeb i zdobycie zaufania.
- 2) Nauka połykania tabletek w całości i zawieszynie. Identyfikacja miejsca wywołującego reakcję wymiotną i poszukiwanie bezpiecznego miejsca na języku
- 3) Usprawnianie połykania.
 - Ćwiczenia logopedyczne przy zaburzeniach połykania (nauka odgryzania kęsów, obrabianie kęsa pokarmowego, pionizacja języka, połyka-

nie śliny, połykanie płynów, masaż zewnętrzny oraz wewnętrzny jamy ustnej, stymulowanie punktów sensomotorycznych twarzy)

- Usprawnianie połykania dla pacjentów dysfagicznych z guzami mózgu mających problem z przyjmowaniem leków drogą doustną.

4) Trening gryzienia i żucia.

5) Nauka terapeutycznego pojenia i karmienia.

Wprowadzenie łyżeczki terapeutycznej i kubka dla dzieci mających problemy ze ssaniem.

6) Praca na czuciu powierzchniowym i odwracanie aparatu wykonawczego mowy.

7) Trening kontroli saliwacji - nadmiernego ślinienia się.

8) Terapia stymulacyjna rozwoju mowy.

Praca nad wymową poszczególnych głosek.

9) Praca z bólem za pomocą terapii manualnej dla dzieci i rodziców.

10) Leczenie zaburzeń stawów skroniowo - żuchwowych."

URSZULA ŁOPUSZANSKA, ADRIANNA ZACHARSKA, MARZENA SAMARDAKIEWICZ,

Związek między zanieczyszczeniami powietrza a występowaniem białaczki u dzieci.

Zakład Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Do czynników ryzyka występowania nowotworów u dzieci należą m. in. podatność genetyczna, infekcje, promieniowanie jonizujące. Białaczka jest najczęstszą chorobą nowotworową występującą u dzieci. Etiologia białaczki dziecięcej w dalszym ciągu nie jest do końca poznana. W świetle ostatnich doniesień naukowych, coraz więcej uwagi poświęca się znaczeniu czynników środowiskowych w występowaniu białaczki u dzieci, do których należą m. in. pestycydy oraz zanieczyszczenia powietrza. Zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego zostało sklasyfikowane jako czynnik rakotwórczy grupy 1 w powstawaniu białaczki. Do substancji dodatnio korelujących z ryzykiem wystąpienia białaczki m. in. należą: NO₂, aerozole atmosferyczne (pył zawieszony, PM₁₀ i PM_{2,5}), benzen. Związek białaczki z zanieczyszczeniami powietrza obserwowano szczególnie gdy dziecko było narażone na ich oddziaływanie zarówno w pierwszym trymestrze ciąży oraz w przebiegu całej ciąży. Na przykład narażenie na ekspozycję PM_{2,5} w życiu płodowym zwiększało ryzyko wystąpienia guza mózgu, gwiaździka anaplastycznego (ang. anaplastic astrocytoma) a oddziaływanie NO₂ związane było z wyższym ryzykiem wystąpienia ostrej białaczki limfoblastycznej (ang. acute lymphoblastic leukemia, ALL). W wystąpieniu ustnym zostaną przedstawione najnowsze doniesienia naukowe poświęcone związkowi zanieczyszczeń powietrza z ryzykiem wystąpienia nowotworów u dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem białaczki.

Słowa kluczowe: zanieczyszczenie powietrza, NO₂, PM, benzen, nowotwór u dzieci

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160412017300466>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4586078/>
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijc.21787>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18306090>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25803195>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4874884>

IZABELA SOCHA,

Pozytywne i negatywne skutki traumy u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka.

Pozytywne i negatywne skutki traumy u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka „Doświadczenie negatywnego zdarzenia traumatycznego, jakim jest choroba nowotworowa dziecka, pociąga za sobą zarówno negatywne, jak i pozytywne następstwa. W ich pojawianiu się istotną rolę odgrywa przetwarzanie emocjonalne.

Podjęte badania miały na celu ustalenie związku między trudnościami w zakresie emocjonalnego przetwarzania a nasileniem objawów stresu potraumatycznego i poziomem potraumatycznego wzrostu.

Analizie poddano wyniki uzyskane od 57 rodziców w wieku 25–57 lat (M = 35,38, SD = 8,32), którzy zmagali się z chorobą nowotworową własnego dziecka. Mężczyźni stanowili 47,4% badanych, a kobiety 52,6%. W badaniach wykorzystano trzy narzędzia pomiaru, tj. Skalę wpływu zdarzeń, Inwentarz potraumatycznego rozwoju oraz Skalę przetwarzania emocjonalnego.

Trudności w emocjonalnym przetwarzaniu okazały się znacząco powiązane z nasileniem wszystkich objawów składających się na zespół stresu pourazowego, nie wiązały się natomiast z poziomem pozytywnych zmian potraumatycznych. Emocjonalne przetwarzanie odgrywa istotną rolę w rozwoju negatywnych następstw doświadczonej traumy.

KATARZYNA STACHNIK,

Dziecko po stracie bliskiej osoby.

Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Strata rodzica lub innej znaczącej osoby to dla dziecka jedno z najtrudniejszych doświadczeń życiowych, mających wpływ na wszystkie sfery jego życia w okresie dzieciństwa i radzenia sobie w życiu dorosłym. Obserwując niepokojący wzrost liczby zachorowań i śmierci wśród osób w wieku produkcyjnym, należy przypuszczać, że coraz większa liczba młodych ludzi będzie wymagała zastosowania adekwatnych systemów wsparcia. Opieka paliatywna obejmuje zakres działania również rodzinę i bliskich chorego, co dotyczy szczególnie dzieci zmarłych pacjentów i stanowi jedno z najtrudniejszych zadań dla zespołów hospicyjnych. W wystąpieniu zostaną przedstawione doświadczenia w sprawowaniu opieki nad dziećmi osieroconymi.



KOMITET NAUKOWY

Przewodniczące Komitetu Naukowego:

Krystyna de Walden-Gałużsko, prof. dr hab. med.
Marzena Samardakiewicz, dr hab. n. med.,

Członkowie Komitetu Naukowego:

Aleksandra Ciałkowska-Rysz, dr n. med.
Rafał Dziadziuszko, prof. dr hab. n. med.
Andrzej Gretkowski, ks. prof. dr hab.
Jacek Jassem, prof. dr hab. n. med.
Zygfryd Juczyński, prof. dr. hab.
Mariola Kosowicz, dr
Małgorzata Krajnik, dr hab. n. med., prof. UMK
Maciej Krzakowski, Prof. dr hab. n. med.
Wojciech Leppert, dr hab. n. med., prof. UMP
Monika Lichodziejewska-Niemierko, prof. dr hab. n. med.
Janusz Meder, dr n. med.
Aleksandra Modlińska, dr n. med.
Nina Ogińska-Bulik, prof. dr hab.
Marta Porębiak, dr n. med.
Monika Rucińska, dr n. med.

KOMITET ORGANIZACYJNY

Członkowie Komitetu Organizacyjnego:

Sylwia Barsow, mgr
Michalina Frankowska, mgr
Aleksandra Gąsior, mgr
Dorota Grabowska, mgr
Agata Grzybek, mgr
Justyna Janiszewska, dr n. med.
Karolina Jezionek, mgr
Monika Kozłowiec, lek. med.
Joanna Kozłowiec, dr n. med.
Urszula Łopuszańska, dr
Izabela Malicki, mgr
Piotr Mróz, mgr
Joanna Milanowska, dr
Leszek Pawłowski, dr
Marta Porębiak, dr n. med.
Agnieszka Rolińska, dr
Katarzyna Sidor, dr
Adrianna Zacharska, lic.
Anna Wyszadko, mgr

MIEJSCE

Hotel Mercure Gdańsk „Hewelius” Stare Miasto,
Jana Heweliusza 22, 80-890 Gdańsk



Sekretariat 13 Ogólnopolskiej Konferencji Psychoonkologicznej

Zakład Psychologii Stosowanej UM, Lublin
20-093 Lublin, ul. Chodźki 7 (DS3)
+48 81 448 66 00

e-mail: 13okpo@ptpo.org.pl

strona internetowa:

www.ptpo.org.pl/13okpo/

SPONSORZY:



accord

Vipharm s.A. 
Z LEKARZAMI DLA PACJENTÓW



Polskie Towarzystwo Onkologii
i Hematologii Dziecięcej



prosoma 
DIGITAL THERAPEUTICS



redplus 



PARTNER W LECZENIU BÓLU



Stowarzyszenie Młodych
Naukowców

