

2
WYDANIE

Redakcja naukowa
Krystyna de Walden-Gałaszko

O ŻYCIU Z RAKIEM I PO RAKU

PRAKTYCZNY PORADNIK DLA KAŻDEGO



PZWL



Polska
Liga
Walki
z Rakiem

WYDANIE
2

O ŻYCIU Z RAKIEM I PO RAKU

PRAKTYCZNY PORADNIK DLA KAŻDEGO

Publikacja powstała dzięki finansowemu wsparciu:

STU ERGO Hestia SA



Alivia Onkofundacja



Servier Polska Sp. z o.o.



Stowarzyszenie Mężczyzn z Chorobami Prostaty Gladiator
im. prof. Tadeusz Koszarowski



oraz

Amgen Biotechnologia Sp. z o.o.

Redakcja naukowa
Krystyna de Walden-Gałaszko

O ŻYCIU Z RAKIEM I PO RAKU

PRAKTYCZNY PORADNIK DLA KAŻDEGO



PZWL



© Copyright by Fundacja Polska Liga Walki z Rakiem, Warszawa 2023



Wszystkie prawa zastrzeżone.
Przedruk i reprodukcja w jakiegokolwiek postaci całości bądź części książki bez pisemnej zgody wydawcy są zabronione.

Autorzy i Wydawnictwo dołożyli wszelkich starań, aby wybór i dawkowanie leków w tym opracowaniu były zgodne z aktualnymi wskazaniami i praktyką kliniczną. Mimo to, ze względu na stan wiedzy, zmiany regulacji prawnych i nieprzerwany napływ nowych wyników badań dotyczących podstawowych i niepożądanych działań leków. Czytelnik musi brać pod uwagę informacje zawarte w ulotce dołączonej do każdego opakowania, aby nie przeoczyć ewentualnych zmian we wskazaniach i dawkowaniu. Dotyczy to także specjalnych ostrzeżeń i środków ostrożności. Należy o tym pamiętać, zwłaszcza w przypadku nowych lub rzadko stosowanych substancji.

Wydawca: *Stella Nowośnicka-Pawlitko*
Redaktor merytoryczny: *Agnieszka Janowska*
Producent: *Anna Bączkowska*

Projekt graficzny wnętrza i redakcja techniczna: *Maria Czekaj*
Projekt okładki i stron tytułowych: *Marta Krzywicka*
Ilustracje: *Krzysztof Anzel, Howinnga.pl*

Wydanie II



PZWL Wydawnictwo Lekarskie

ISBN 978-83-01-22935-1

Wydawnictwo Naukowe PWN S.A.
ul. G. Daimlera 2
02-460 Warszawa
tel. 22 695 43 21
pwn.pl

Księgarnia wysyłkowa:
tel. 42 680 44 88; infolinia: 801 33 33 88
e-mail: wysylkowa@pzwl.pl

Skład i łamanie: INT-MEDIA Alicja Żarowska-Mazur
Druk i oprawa: OSDW Azymut Sp. z o.o.

AUTORZY

Krystyna de Walden-Gałuszko

prof. dr hab. n. med. w Katedrze Chorób Psychiczych i Psychosomatycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Specjalizacje: psychiatria, medycyna paliatywna. Certyfikowany psychoonkolog, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego. Członek honorowy Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej i Polskiego Towarzystwa Badania Bólu. Zainteresowania naukowo-badawcze Pani Profesor to: problemy jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową (3 publikacje książkowe), psychologiczne aspekty bólu (2 książki) i problemy psychoonkologii w różnych etapach choroby (książki: *U kresu i Psychoonkologia w praktyce klinicznej*).

* * *

Anna Borzeszkowska

coach ICC, EMCC, cancer coach, psychoonkolog, certyfikowany nauczyciel mindfulness. Od 25 lat pracuje jako dyrektor HR w Polsce, Europie, Afryce i Indiach. Prowadzi Instytut Redukcji Stresu i Rozwoju Osobistego. Wspiera osoby mające problemy osobiste, wypalone zawodowo, nieradzące sobie ze stresem. Radzi, jak dostosować się do następujących szybko zmian i nie zapominać o osobistym, szeroko rozumianym, rozwoju. Pracuje z osobami dotkniętymi chorobą nowotworową, wspierając je w procesie zdrowienia i w budowaniu nowego życia po chorobie. Założyła i prowadzi Fundację Onkologiczną Nieoczekiwana Podróż.

Tomasz Buss

dr n. med., specjalista medycyny paliatywnej i endokrynologii z wieloletnim doświadczeniem w pracy z pacjentami pozostającymi pod opieką paliatywną zarówno w hospicjach domowych, jak i stacjonarnych. Do 2018 roku pracownik naukowo-dydaktyczny w Zakładzie Medycyny Paliatywnej GUMed, gdzie zajmował się zmęczeniem w przebiegu choroby nowotworowej w aspekcie kliniczno-terapeutycznym. Obecnie pracuje w Hospicjum im. MT z Kaluty w Gdańsku oraz Grupie LUXMED. Leczenie bólu pozostaje obiektem jego zainteresowań w zakresie praktyczno-dydaktycznym. Autor i współautor około 100 publikacji naukowych z zakresu opieki paliatywnej.

Maria Gałuszko-Węgielnik

dr n. med., lekarz psychiatra, superwizor-dydaktyk oraz psychoterapeuta psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Absolwentka Akademii Medycznej w Gdańsku. Od 2002 roku pracuje w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego jako lekarz oraz dydaktyk. Od 2014 roku jest kierownikiem merytorycznym oraz wykładowcą na studiach podyplomowych Uniwersytetu SWPS Uniwersytetu Humanistycznospołecznego na kierunku psychoterapia poznawczo-behawioralna. Autorka licznych artykułów w czasopismach naukowych dotyczących zaburzeń lękowych, snu oraz zaburzeń nastroju.

Aleksandra Gąsior

psycholog, psychoonkolog. Ukończyła studia psychologiczne ze specjalnościami: psychologia kliniczna oraz psychologia dzieci i młodzieży na Uniwersytecie Gdańskim. Absolwentka studiów podyplomowych z zakresu psychologii klinicznej oraz psychoonkologii na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego. Od 2012 roku wspiera Infolinię Onkologiczną PTPO, gdzie jako psychoonkolog udziela wsparcia pacjentom doświadczającym choroby nowotworowej oraz ich bliskim. Od 2020 roku pełni w niej również funkcję konsultanta do spraw psychoonkologii dzieci i młodzieży.

Beata Góralska

pielęgniarka-koordynator ds. żywienia klinicznego w Szpitalu Morskim im. PCK w Gdyni – Szpital Pomorskie Sp. z o.o. Specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej i leczenia ran. W szpitalu prowadzi poradnictwo żywieniowe w ramach prehabilitacji oraz edukację terapeutyczną dla pacjentów onkologicznych. Absolwentka studiów podyplomowych z zakresu geriatry i OPD na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie oraz kierunku specjalista ds. zarządzania rehabilitacją Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Pomysłodawczyni i realizatorka Salonów OnkoUrody dla pacjentów onkologicznych w Szpitalu Morskim im. PCK w Gdyni. Organizatorka spotkań z dietetykiem klinicznym dla pacjentów/rodzin/opiekunów oraz spotkań w ramach prehabilitacji. Koordynator Wolontariatu Szpitalnego, uhonorowana nagrodą „Złotego Czepka” przyznawaną przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku oraz Nagrodą Prezydenta Miasta Gdyni dla Pracowników Ochrony Zdrowia. Motto życiowe to „Być dla innych”.

Dorota Grabowska

absolwentka studiów psychologicznych na Uniwersytecie Gdańskim oraz studiów podyplomowych z psychologii klinicznej i z psychoonkologii na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Na co dzień pracuje w Szpitalu Morskim im. PCK w Gdyni, jest członkinią Breast Cancer Unit Gdynia. Jest związana z Infolinią Onkologiczną PTPO od początku jej istnienia, od 10 lat w charakterze koordynatorki. Współpracuje z licznymi fundacjami i stowarzyszeniami wspierającymi pacjentów onkologicznych i ich bliskich. Prowadzi szkolenia, warsztaty i konsultacje dla kadry medycznej – lekarzy, pielęgniarek, położnych, psychologów i opiekunów medycznych. Jej zainteresowania zawodowe dotyczą wielu obszarów, m.in. psychoonkologii, pomocy psychologicznej osobom chorującym somatycznie, problematyki żałoby i osierocenia, a także psychologicznych aspektów prokreacji, rozwoju osobistego, arteterapii i komunikacji interpersonalnej. W swojej pracy stara się czerpać wiedzę i inspiracje z różnych nurtów psychologii i nauk pokrewnych, podkreślając znaczenie zindywidualizowanego podejścia do każdego człowieka.

Justyna Janiszewska

dr n. med., specjalista psychologii klinicznej, adiunkt Zakładu Medycyny Paliatywnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Absolwentka Instytutu Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego. Od 1997 roku prowadzi zajęcia dydaktyczne dla studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, jest także wykładowcą na kursach podyplomowych i specjalizacyjnych z zakresu psychoonkologii i medycyny paliatywnej. Autorka kilkudziesięciu publikacji dotyczących problematyki psychologicznej związanej z doświadczaniem choroby nowotworowej. Poza pracą dydaktyczną udziela konsultacji psychologicznych pacjentom zmagającym się z przewlekłą chorobą somatyczną oraz ich rodzinom.

Jacek Jassem

prof. dr hab. n. med., specjalista w dziedzinie radioterapii onkologicznej i onkologii klinicznej. Emerytowany Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Były przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Członek-korespondent Polskiej Akademii Umiejętności, członek Academia Europaea i European Academy of Cancer Sciences.

Sylwia Kośnik

psycholog, coach, konsultant Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach, studentka Polskiego Instytutu Ericksonowskiego w procesie szkolenia się na psychoterapeutę. Współautorka książki *Amazonia piekielne piękno. Kiedy przygoda zderza się z życiem*. Praktyk i pasjonatka obszaru HR. Wspiera i pomaga osobom w odnalezieniu motywacji w zdrowieniu, budowaniu satysfakcjonujących relacji małżeńskich/partnerskich, wzmacnianiu własnej wartości i wewnętrznej siły, zmianie profesji, rozwijaniu kompetencji zawodowych, podążaniu za własnymi aspiracjami oraz w budowaniu drogi do niezależności.

Anna Kowalczyk

dr n. med. pracuje w Klinice Onkologii i Radioterapii w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Jest specjalistą radioterapii onkologicznej i onkologii klinicznej. Zajmuje się leczeniem chorych na różne nowotwory przy użyciu radioterapii oraz leczenia systemowego, w tym chemioterapii i immunoterapii. Leczy chorych, wykorzystując nowe leki w ramach badań klinicznych, głównie w nowotworach płuca i skóry. Prowadzi zajęcia dydaktyczne z zakresu onkologii dla studentów medycyny. Jej zainteresowania naukowo-badawcze dotyczą głównie biologii i kliniki raka płuca oraz molekularnych czynników ryzyka przerzutów do mózgu.

Leszek Kozłowski

dr n. med., lekarz z ponad 30-letnim doświadczeniem zawodowym, od początku kariery związany z leczeniem chorych na nowotwory. Obecnie kieruje Oddziałem Chirurgii Onkologicznej ze Specjalistycznymi Pododdziałami Leczenia Chorób Nowotworowych Białostockiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku. Konsultant wojewódzki województwa podlaskiego w dziedzinie chirurgii onkologicznej.

Agnieszka Lisiecka

mgr psychologii, psychotraumatolog, psychodietetyk, dietetyk. Absolwentka studiów magisterskich oraz podyplomowych Uniwersytetu SWPS w Warszawie Wydział Zamiejscowy w Sopocie. Konsultantka Infolinii Onkologicznej PTPO oraz Warsztatów Świadomości Onkologicznej. W kręgu jej zainteresowań szczególne miejsce zajmuje rola diety w profilaktyce antynowotworowej oraz dietoterapia i żywienie w onkologii. Ukończyła wiele szkoleń z tego zakresu, w tym: Żywienie Kliniczne w Onkologii w Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie oraz Dietoterapia i Żywienie Kliniczne w Onkologii w Centrum Szkoleń Dietetyki Klinicznej w Katowicach.

Natalia Łojko

kierownik Działu Prawnego w AstraZeneca Pharma Poland Sp. z o.o. Od 2004 roku zajmuje się prawem ochrony zdrowia. Prowadzi *pro bono* sprawy dotyczące dostępu do leczenia, w tym w kontekście transgranicznym. Regularnie wyróżniana w prestiżowych międzynarodowych rankingach Chambers Europe i Legal 500. Autorka wielu publikacji dotyczących prawa ochrony zdrowia. Stypendystka fundacji Weidenfeld-Hoffmann na Uniwersytecie w Oksfordzie w latach 2010–2011 (program Magister Juris).

Izabela Malicki

mgr psychologii, psychoonkolog, absolwentka studiów magisterskich na kierunku psychologia na Uniwersytecie Gdańskim i studiów podyplomowych z psychologii klinicznej oraz psychoonkologii na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Pracuje w Poradni Zdrowia Psychicznego w Wojewódzkim Centrum Onkologii Copernicus w Gdańsku oraz w ramach prywatnej praktyki terapeutycznej. W trakcie specjalizacji z psychologii klinicznej. Członkini Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego. Współpracuje z Fundacją Hospicjum Pomorze Dzieciom – Holistyczne Centrum Wsparcia po Stracie eMOCja w Gdańsku w ramach projektu „Wsparcie po stracie”. Związana z Infolinią Onkologiczną PTPO w charakterze wolontariuszki konsultantki. W pracy z pacjentem bliskie jest jej podejście integratywne. Współautorka poradnika *Drogowskażnik – w podróży przez żałobę*. Jej zainteresowania naukowo-badawcze obejmują tematykę psychologii zdrowia, psychosomatyki, psychoonkologii oraz profilaktyki zdrowia. Prywatnie, w dużej mierze, kieruje się intuicją. Praktykuje mindfulness. Czas wolny lubi spędzać na łonie natury.

Iwona Nawara

specjalista psychologii klinicznej, psychoonkolog, psychotraumatolog, terapeuta, superwizor i trener Terapii Simontonowskiej oraz Racjonalnej Terapii Zachowania. Trener psychoonkologii. Pomysłodawca i organizator Centrum Psychoonkologii Stowarzyszenia Unicorn. Wykładowca na studiach podyplomowych *Psychoonkologia w praktyce klinicznej* w Medycznym Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Pracuje indywidualnie, grupowo i z całymi rodzinami.

Jadwiga Pyszkowska

dr n. med., prof. WSNS w Rudzie Śląskiej, absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach (1969), specjalista anestezjolog, specjalista medycyny paliatywnej, kierownik Poradni Leczenia Bólu UCK SUM w Katowicach (od 1978), konsultant Oddziału Medycyny Paliatywnej Ośrodka Medycznego „Samarytanin” w Opolu, organizator i kierownik kursu podstawowego w zakresie opieki paliatywnej i propedeutyki medycyny paliatywnej (od 2021). Emerytowany kierownik Zakładu Medycyny i Opieki Paliatywnej SUM w Katowicach, konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej (2001–2019), Członek Honorowy Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej. Autorka wielu publikacji w zakresie medycyny paliatywnej i medycyny bólu.

Barbara Radecka

dr hab. n. med., onkolog kliniczny, internista, ordynator Kliniki Onkologii Opolskiego Centrum Onkologii i Uniwersytetu Opolskiego. Prowadzi Wielodyscyplinarny Zespół Diagnostyki i Leczenia Raka Piersi. Głównym przedmiotem jej zainteresowań naukowych jest leczenie chorych na raka piersi, biologia i leczenie przerzutów do mózgu oraz obserwacja chorych po leczeniu onkologicznym. Jest członkiem polskich i międzynarodowych zespołów badawczych oraz współautorką kilkudziesięciu doniesień naukowych opublikowanych w Polsce i za granicą. Stypendystka Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w Instytucie Jules Bordet w Brukseli.

Monika Rucińska

dr hab. n. med., specjalista w dziedzinie radioterapii onkologicznej, onkologii klinicznej i medycyny paliatywnej, certyfikowany psychoonkolog. Kierownik Kliniki Medycyny Paliatywnej i Psychoonkologii Katedry Onkologii Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-

-Mazurskiego w Olsztynie. Wykładowca studiów podyplomowych na kierunku psychologia SWPS Uniwersytetu Humanistycznospołecznego. Wykładowca Areopagu Etycznego. Organizator i wykładowca kursów CMKP. Autorka kilkudziesięciu prac naukowych i rozdziałów w książkach z zakresu onkologii, medycyny paliatywnej i psychoonkologii. Członek Zarządu Olsztyńskiego Stowarzyszenia Hospicyjnego Palium. Członek Zarządu Polskiej Ligi Walki z Rakiem.

Joanna Sękowska-Toma

psycholog i psychodietetyk, absolwentka SWPS w Sopocie. Ukończyła psychoonkologię na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Pracuje w nurcie Racjonalnej Terapii Zachowania. Doświadczenie zawodowe jako psychoonkolog zdobyła w Wojewódzkim Centrum Onkologii w Gdańsku w Punkcie Informacyjno-Wsparciowym oraz na Oddziale Dziennym Chemioterapii, jak również podczas praktyki prywatnej. Jest wolontariuszem Infolinii Onkologicznej PTPO. Członek zarządu Pomorskiego Holistycznego Centrum Profilaktyki i Edukacji Nowotworowej. Wykłada oraz prowadzi warsztaty z żywienia w chorobie nowotworowej. Jej zainteresowania obejmują tematykę psychologii zdrowia, psychoonkologii, żywienia pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego oraz profilaktyki nowotworowej.

Joanna Socha

dr n. med., specjalista radioterapii onkologicznej. Pracuje w Zakładzie Radioterapii Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego oraz w Zakładzie Radioterapii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie. Jest współredaktorem podręcznika *Radioterapia dla onkologów nieradioterapeutów* Wydawnictwa Memuar/Target, autorem i współautorem wielu rozdziałów w książkach i podręcznikach oraz licznych artykułów naukowych z zakresu radioterapii. Prowadzi szkolenia i warsztaty dla radioterapeutów w dziedzinie wyznaczania objętości tarczowych w radioterapii.

Dobromira Tyc-Szczepaniak

dr n. med., specjalista radioterapii onkologicznej. Wiele lat pracowała w Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie i Instytucie Chirurgii Cybernetycznej w Wieliszewie, a obecnie pracuje w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie, gdzie zajmuje się leczeniem chorych z nowotworami, głównie płuc, ośrodkowego układu nerwowego i piersi, wykorzystując najnowsze techniki radioterapii i chemioterapię. Bierze udział w projektach naukowych i udziela się jako wolontariusz w hospicjum w Niderlandach.

Bożena Winch

mgr psychologii, certyfikowany psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, certyfikowany psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, psychoonkolog, superwizor i trener Polskiego Towarzystwa Psychoonkologii. Wykładowca na podyplomowych studiach z psychoonkologii na Uniwersytecie Humanistycznospołecznym – SWPS. Autorka wielu rozdziałów w książkach i podręcznikach akademickich, m.in. w *Praktycznym podręczniku psychoonkologii* pod red. Marii Rogiewicz, Medycyna Praktyczna, Kraków 2015 czy *Lekarzu wobec rodziny chorego* pod red. Jacka Wciórki, IPIŃ, Warszawa 1992. Przyjmuje pacjentów indywidualnie, małżeńsko i rodzinnie.

Mariusz Wirga

psychiatra, psychoterapeuta, psychoonkolog, superwizor psychoonkologii, trener psychoterapii. Szkolił się u pionierów terapii poznawczo-behawioralnych, jak Albert Ellis, Marsha

Linehan, David Burns, a także Maxie C. Maultsby Jr i Carl Simonton. Dyrektor medyczny onkologii psychospołecznej w Instytucie Onkologii im. Malcolma Todda oraz szef wydziału psychiatrii w Long Beach Memorial Medical Center w Kalifornii, a także psychoterapeuta w prywatnej praktyce. Autor i współautor wielu artykułów naukowych, książek, jak *Zwyciężyć chorobę* oraz wydanej niedawno w Polsce *ABC twoich emocji*. Prowadzi szkolenia i warsztaty dla terapeutów z RTZ, TEAM CBT, Terapii Simontonowskiej, a szczególnie chętnie uczy zwykłych ludzi, jak skutecznie sobie radzić w niezwykłych okolicznościach.

Karina Wiśniowska

mgr psychologii, psychoonkolog, dietetyk. Współpracowała z gdyńskim oddziałem Akademii Walki z Rakiem oraz ze Stowarzyszeniem Hospicjum im. św. Wawrzyńca w Gdyni, w którym udzielała wsparcia psychologicznego osobom chorym i ich bliskim. Przez 4 lata była wolontariuszką Infolinii Onkologicznej PTPO. Jej zainteresowania zawodowe obejmują tematykę psychologii zdrowia i psychoonkologii.

Anna Wyszadko

dr n. zdr., psycholog, pracuje w Zakładzie Medycyny Paliatywnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Prowadzi prywatną praktykę psychologiczną i terapeutyczną, w której wspiera głównie osoby, które (także po trudnych doświadczeniach) chcą żyć pełniej, poprawić swoją jakość życia. Naukowo (i nie tylko) interesuje ją współpraca interdyscyplinarna, uczenie się i nauczanie komunikowania w opiece zdrowia oraz to, jak pracownicy ochrony zdrowia przystosowują się do wyzwań stawianych przez pracę.

Spis treści

Przedmowa – <i>Jacek Jassem</i>	XVII
Wstęp – <i>Krystyna de Walden-Gałuszko</i>	XVIII
1. ZACZNIJ OD UZUPEŁNIENIA WIEDZY	1
Co trzeba wiedzieć o nowotworach – <i>Monika Rucińska</i>	2
Co trzeba wiedzieć o organizacji badań diagnostycznych i leczenia onkologicznego – <i>Anna Kowalczyk</i>	5
Jak się rozpoznaje nowotwór	5
Jakie badania i dlaczego wykonuje się w przypadku podejrzania nowotworu	5
Co to są badania przesiewowe	8
Jakie badania przesiewowe są dostępne w Polsce	9
Gdzie i przez kogo prowadzone jest leczenie onkologiczne	10
Co trzeba wiedzieć o leczeniu onkologicznym	13
Chirurgia onkologiczna – <i>Leszek Kozłowski</i>	13
Radioterapia – <i>Joanna Socha</i>	15
Leczenie systemowe – <i>Barbara Radecka</i>	19
Badania kliniczne – <i>Dobromira Tyc-Szczepaniak</i>	24
Powikłania leczenia onkologicznego – <i>Barbara Radecka,</i> <i>Monika Rucińska</i>	32
Co trzeba wiedzieć o swoich prawach – <i>Natalia Łojko</i>	36
Gdzie uregulowane są prawa pacjenta	36
Kto jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta	36
Jakie prawa ma pacjent	36
Prawo do świadczeń zdrowotnych	37
Prawo do współuczestniczenia w procesie terapeutycznym	38
Czy można ograniczyć korzystanie z praw pacjenta	42
Do kogo zwrócić się w razie naruszenia moich praw jako pacjenta	42
2. AKTYWIZACJA ZAWODOWA	45
Co trzeba wiedzieć o aktywizacji zawodowej – <i>Sylvia Kośnik</i>	46
Jak wrócić na rynek pracy po dłuższej przerwie	46
Jak stworzyć profesjonalne dokumenty aplikacyjne	47
Jak pracować nad wizerunkiem? Autoprezentacja	48
Jak odpowiadać na pytania podczas rozmowy kwalifikacyjnej	49
Bonus – przerwa od pracy. Jak ją skutecznie wykorzystać	51

3. PROBLEMY FIZYCZNE: CZY MOŻNA JE POKONAĆ?	53
Ból przewlekły w chorobie nowotworowej – <i>Jadwiga Pyszkowska</i>	54
Wprowadzenie	54
Czym jest ból?	55
Dlaczego człowiek odczuwa ból?	56
Czy można oceniać ból?	57
Jak właściwie dobrać metody leczenia bólu przewlekłego do indywidualnych potrzeb chorego?	57
Jakie leczenie?	58
Co to jest wspomagające leczenie przeciwbólowe (koanalgetyki, adiuwanty)?	60
Jak radzić sobie ze zmęczeniem – <i>Tomasz Buss</i>	61
Zmęczenie/osłabienie w przebiegu choroby nowotworowej	61
Postępowanie terapeutyczne	64
Jak zapewnić sobie dobry sen – <i>Maria Gałuszko-Węgielnik</i>	67
4. AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA	71
Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie psychiczne – <i>Karina Wiśniowska</i>	72
Jak aktywność fizyczna wpływa na organizm?	72
Rola aktywności fizycznej w procesie zdrowienia	73
Rodzaje aktywności fizycznej	74
Jak dobrać odpowiedni rodzaj aktywności fizycznej?	78
Bezpieczna aktywność fizyczna. O czym warto pamiętać?	79
Bądź dla siebie wyrozumiały/wyrozumiała	80
5. ODŻYWIANIE	81
Odżywianie w trakcie leczenia, czyli o co najczęściej pytają pacjenci – <i>Agnieszka Lisiecka</i>	82
Co to znaczy, że dieta jest lekkostrawna lub ciężkostrawna?	82
Dlaczego białko jest tak ważne w chorobie onkologicznej	83
Jakie pieczywo wybierać? Kupować w supermarkecie, w piekarni, a może piec samodzielnie w domu?	85
Co to są dobre tłuszcze i jakie mają znaczenie?	85
Dlaczego picie jest ważne i co warto pić w trakcie leczenia onkologicznego?	86
Czy cukier to samo zło?	87
Utrzymywanie prawidłowej masy ciała	90
Kupuj świadomie, bo to co jesz, wpływa na Twoje zdrowie i życie	92
A jeśli nie można jeść drogą doustną? – <i>Beata Góralska</i>	94
Dlaczego odżywianie jest tak ważne?	94
Czym jest dieta przemysłowa?	95
Co warto wiedzieć o sztucznym dostępie dojelitowym do odżywiania, w jaki sposób jest wykonany i do czego służy?	97

Edukacja pacjenta w zakresie obsługi i pielęgnacji sztucznego dostępu do żywienia medycznego	99
Jak powinien się przygotować pacjent do żywienia dietą przemysłową w warunkach domowych i co powinien wiedzieć?	100
Co może zaniepokoić podczas przyjmowania diety specjalnego przeznaczenia?	102
Niezbędnik pacjenta z PEG-iem/mikrojejunostomią	103
6. SZTUKA ROZMAWIANIA	105
Jak rozmawiać z lekarzem – <i>Bożena Winch</i>	106
Jak rozmawiać z osobami bliskimi – <i>Bożena Winch</i>	110
Jak rozmawiać z ludźmi z dalszego otoczenia – <i>Bożena Winch</i>	115
Jak rozmawiać z dziećmi o chorobie i śmierci? – <i>Aleksandra Gąsior</i>	118
7. ZADBAJ O WZMOCNIENIE WŁASNYCH ZASOBÓW I SIŁ PSYCHICZNYCH	
– <i>Krystyna de Walden-Gafuszko</i>	123
Optymizm i pesymizm	126
O nadziei	129
Poczucie kontroli – poczucie skuteczności	131
Odwaga i dzielność	134
Ciekawość	136
Kreatywność	138
Poczucie humoru	140
Radość	142
Co to jest radość?	142
Zaprojektuj radość w swoim otoczeniu zewnętrznym	142
Zaprojektuj radość w zachowaniu	143
Jak umieścić radość w czasie?	144
Jak tworzyć dobre, radosne wspomnienia?	144
Duchowość	146
8. DAJ SOBIE POMÓC	149
Przeżywanie choroby z bliskimi i organizacja codziennego życia	
– <i>Anna Wyszadko</i>	150
W jaki sposób chcesz przeżywać chorobę i z którymi bliskimi	150
Organizacja życia codziennego	151
Pozwól sobie pomóc i śmiało proś o pomoc	152
Pamiętaj o wszystkich sferach życia	153
Asertywność – <i>Dorota Grabowska</i>	154
Empatia – <i>Justyna Janiszewska</i>	158
Definicja empatii	158
Rodzaje empatii	159

Źródła empatii	160
Dojrzałość empatyczna	160
Podstawowe funkcje empatii	161
Wdzięczność – <i>Anna Wyszadko</i>	163
Umiejętność przebaczenia – <i>Justyna Janiszewska</i>	167
Czym jest przebaczenie?	167
Jak przebaczać?	168
Życie seksualne w chorobie – <i>Izabela Malicki</i>	170
Co znaczy seksualność	170
Co znaczy normalne życie seksualne	170
Jaki jest wpływ leczenia na sferę życia seksualnego	171
Praktykowanie uważności a seks	172
Jak pokonać depresję	173
Gdzie szukać pomocy	173
9. ONCOFERTILITY	175
Oncofertility – zachowanie płodności u osób chorych onkologicznie – <i>Joanna Sękowska-Toma</i>	176
Czym jest oncofertility?	176
Dlaczego jest to takie ważne?	177
Kto jest szczególnie narażony na obniżenie lub utratę płodności i dlaczego?	177
Jakie są sposoby zabezpieczenia płodności?	179
Aspekt psychologiczny	181
Temat dotyczy mnie lub bliskiej mi osoby. Gdzie mogę otrzymać pomoc?	182
10. NAUCZ SIĘ RADZENIA SOBIE W TRUDNYCH SYTUACJACH – <i>Krystyna de Walden-Gałuszko</i>	183
Lęk a zespół lękowy	185
Rodzaje lęku	185
Jak zmniejszyć lęk – jak samodzielnie sobie z nim poradzić	186
Smutek – kiedy przygnębienie staje się depresją?	187
Definicja smutku	187
Co zrobić, gdy zaczyna nam zbyt długo towarzyszyć obniżony nastrój	187
Co trzeba wiedzieć o gniewie i złości?	190
Definicja gniewu	190
Jak powinniśmy sobie radzić z uczuciem złości i gniewu, zwłaszcza gdy mamy ku niemu skłonności	191
11. JAK ŻYĆ Z CHOROBA NIEULECZALNA – <i>Krystyna de Walden-Gałuszko</i>	193
Wyjaśnienie pojęć	194
Okres zaawansowanej choroby nowotworowej – opieka paliatywna	194

12. ZAPANUJ NAD EMOCJAMI – PRAKTYCZNE FORMY SAMOPOMOCY	199
Terapia uważnością – mindfulness – <i>Anna Borzeszkowska</i>	200
Czym jest mindfulness	200
Kiedy zacząć praktykę mindfulness	201
Śmiechoterapia – <i>Krystyna de Walden-Gałuszko</i>	204
Racjonalna terapia zachowania – <i>Iwona Nawara, Mariusz Wirga</i>	208
Racjonalna Terapia Zachowania Maultsby'ego jako skuteczna metoda samopomocy emocjonalnej dla każdego	208
Czynności witalne	208
ABCD twoich emocji	209
Źródło pozytywnych, negatywnych i neutralnych emocji	211
Pięć zasad zdrowego myślenia	211
Praca z przekonaniami	212
Zdrowa semantyka	214
Praca z wyobraźnią	215
Psycho somatyczna teoria uczenia – reedukacja emocjonalna i dysonans poznawczo-emocjonalny	216
Racjonalna Terapia Zachowania w odniesieniu do innych zagadnień u chorych onkologicznie	216
Nowe formy zastosowania Racjonalnej Terapii Zachowania	217
 POLECANE KSIĄŻKI I ARTYKUŁY	 218
 ORGANIZACJE WSPIERAJĄCE PACJENTKI I PACJENTÓW CHORUJĄCYCH NA NOWOTWORY	 221

PRZEDMOWA

Zachorowanie na nowotwór jest punktem zwrotnym w życiu każdego człowieka, którego to dotknęło. Poczuciu zagrożenia życia, trosce o losy rodziny i obawie przed skutkami leczenia często towarzyszą osamotnienie i bezradność. Niejednokrotnie dochodzi do tego stygmatyzacja chorego, wiele bowiem osób utożsamia nowotwór z nieuchronną śmiercią i cierpieniem. Wiele osób dotkniętych chorobą nowotworową traktuje ją wstydliwie i nie chce o niej rozmawiać. Dotyczy to w szczególności nowotworów związanych z nałogami i niewłaściwym stylem życia, którym niejednokrotnie towarzyszy poczucie winy i wstydu. Społeczne konsekwencje choroby nowotworowej to często także utrata pracy, przerwanie edukacji czy problemy rodzinne. Postępująca technicyzacja i biurokratyzacja opieki zdrowotnej powodują, że komunikacja lekarza z pacjentem staje się coraz bardziej powierzchowna. Wielu pacjentów, obawiając się znieczepienia lekarza lub ośmieszenia, unika rozmowy o swojej chorobie. W tej sytuacji ich głównym źródłem wiedzy stają się osoby z najbliższego otoczenia oraz internet, który zawiera zarówno wartościowe, jak i szkodliwe informacje. Może to umacniać wśród chorych i ich rodzin przesady, dogmaty i wiarę w niesprawdzone sposoby leczenia, a także stwarzać ryzyko podejmowania nieracjonalnych wyborów. Niezależnie od tego pacjent przestaje uczestniczyć w działaniach medycznych i staje się ich biernym obiektem.

Właściwa medyczna edukacja społeczeństwa pozwala lepiej kształtować postawy prozdrowotne, łagodzić fizyczne i psychiczne skutki chorób i poprawiać wyniki leczenia. W Polsce istnieje wiele popularnych książek i czasopism o tematyce onkologicznej, ale mało jest opracowań łączących wiedzę o nowotworach ze sprawdzonymi sposobami radzenia sobie z nimi. Lukę tę wypełnia książka pt. *O życiu z rakiem i po raku. Praktyczny poradnik dla wszystkich* pod redakcją prof. Krystyny de Walden-Gałuszko, wybitnej specjalistki w dziedzinie psychiatrii, psychoonkologii i medycyny paliatywnej. Autorami opracowania są w większości lekarze oraz psycholodzy, którzy na co dzień spotykają się z chorymi na nowotwory i doskonale znają ich potrzeby. Książka napisana jest bez nadmiernego dydaktyzmu, przystępnym i zrozumiałym językiem oraz ilustrowana oryginalnymi rycinami. Jej lekturę ułatwia logiczny i czytelny układ, ale przede wszystkim praktyczne podejście do omawianych tematów i ich dobór. Autorzy przedstawiają w niej podstawową wiedzę o nowotworach i ich leczeniu, prawa pacjentów, umiejętność wzmacniania własnych zasobów fizycznych i psychicznych, sposoby samodzielnego radzenia sobie z chorobą oraz przyjmowanie pomocy. Uczą rozumnej rozmowy z lekarzem, bliskimi i innymi osobami, która buduje siłę pacjenta w jego zmaganiach z chorobą.

Pierwsze wydanie książki spotkało się z ogromnym zainteresowaniem chorych, a jej pięćdziesięcioletni nakład szybko się wyczerpał. Obecnie oddajemy do Państwa rąk drugie, poszerzone i uzupełnione wydanie. Jestem przekonany, że książka ta ponownie znajdzie duże grono życzliwych Czytelników.

Jacek Jassem

WSTĘP

Minęły 3 lata od chwili przesłania Państwu naszego podręcznika. Z informacji zwrotnych, jakie otrzymaliśmy, można wnioskować, że został on dobrze przyjęty, za co bardzo serdecznie dziękujemy.

Czas płynie – również w onkologii i psychoonkologii zmieniają się trendy, pojawiają nowe problemy. Zdając sobie sprawę z potrzeby aktualizacji pewnych zagadnień, a także pragnąc poznać zapotrzebowanie Państwa na dodatkowe informacje, postanowiliśmy przesłać do naszych Czytelników ankietę z prośbą o podanie ważnych tematów, które w pierwszym wydaniu pominęliśmy. Otrzymaaliśmy około 100 ankiet, za które bardzo dziękujemy.

Obecne, drugie wydanie podręcznika jest wynikiem naszej wspólnej pracy w tym zakresie.

Ogólny układ książki pozostał niezmieniony. Rozpoczynamy go rozdziałami zawierającymi podstawowe, uaktualnione informacje o chorobie nowotworowej i jej leczeniu oraz prawach pacjenta. Dodaliśmy tu ważny temat o aktywizacji zawodowej chorych onkologicznie.

Drugą część stanowią problemy związane ze stanem fizycznym – najczęstsze dolegliwości i ich zwalczanie. Ten fragment książki znacznie poszerzyliśmy o zalecenia aktywności fizycznej, a także o porady dotyczące odżywiania, na które czekało wielu naszych Czytelników.

Część poruszającą sztukę rozmowy, korzystania z własnych zasobów została lekko poszerzona.

W kolejnej części – spełniając życzenia Czytelników – wprowadziliśmy rozdział poświęcony oncofertility – zachowaniu płodności chorych onkologicznie. Na życzenie Czytelników dodaliśmy także rozdział: „Jak żyć z chorobą nieuleczalną”.

Jak Państwo widzicie, nasz podręcznik wzbogacił się o nowe informacje, ale pragnę to mocno podkreślić, że nie zmieniliśmy swego najważniejszego przesłania będącego zarazem apelem do każdego Czytelnika: czytajcie Państwo nasz poradnik, aktywnie wprowadzajcie zawarte w nim rady do praktyki Waszego codziennego życia – realizujcie zasadę samopomocy w każdej trudnej sytuacji. Wtedy nasz poradnik odegra swoją rolę.

Krystyna de Walden-Gałużko



1

ZACZNIJ

OD UZUPEŁNIENIA

WIEDZY

Co trzeba wiedzieć o nowotworach

Monika Rucińska

Nowotwór to obecnie jedna z najczęstszych chorób. Szacuje się, że w krajach rozwiniętych na nowotwór może zachorować nawet co trzecia osoba. Czas rozwoju, rozpoznania i leczenia nowotworów jest bardzo długi. Dzięki metodom wczesnego rozpoznawania choroby nowotworowej i nowoczesnym sposobom jej leczenia wzrasta możliwość całkowitego wyleczenia nowotworu lub znacznego wydłużenia czasu życia chorych.

Nowotwory znane są od starożytności – po raz pierwszy opisał je grecki lekarz Hipokrates (V–IV w. p.n.e.), uznawany za „ojca medycyny”. Prowadzone od tego czasu badania nad nowotworami systematycznie poszerzały wiedzę na temat samej choroby i jej przyczyn, ale dopiero w XIX wieku niemiecki patolog, antropolog i higienista Rudolf Virchow zrozumiał, że rak to niekontrolowane namnażanie się komórek, „jakby kierowały się własną wolą życia”. Rozwój badań nad nowotworami nastąpił w XX wieku i trwa nadal, przynosząc coraz lepsze zrozumienie biologii nowotworów, a tym samym dając podwaliny pod tworzenie nowych sposobów zapobiegania i leczenia tej choroby.

Nowotwory dzieli się na łagodne i złośliwe. Guzy łagodne charakteryzują się powolnym wzrostem, najczęściej bez zaburzenia funkcji narządu, w którym się rozwijają. Natomiast guzy złośliwe mają zdolność do naciekania, czyli bezpośredniego przechodzenia komórek nowotworowych w obręb innych tkanek, i do tworzenia przerzutów, kiedy komórki nowotworowe wnikają do naczyń krwionośnych lub limfatycznych i tą drogą dostają się do odległych narządów, tam się osiedlają i tworzą tzw. guz przerzutowy.

Słowo rak (łac. *carcinoma*, ang. cancer) w polskiej nomenklaturze medycznej oznacza nowotwór złośliwy wywodzący się z tkanek nabłonkowych, choć określenie to popularnie stosowane jest jako synonim nowotworu złośliwego.

Nowotwór zazwyczaj wywodzi się z pojedynczej zmutowanej komórki. Mutacje, czyli zmiany materiału genetycznego komórki (DNA), mogą być wrodzone lub nabyte. Mutacje wrodzone stanowią przyczynę 10–15% wszystkich nowotworów, natomiast nabyte aż 85–90%. Nabyte uszkodzenia DNA dzieli się na uszkodzenia endogenne, spowodowane m.in. przez działanie uszkadzających czynników powstających w prawidłowych procesach metabolicznych komórki, i na uszkodzenia egzogenne, wywołane przez zewnętrzne czynniki szkodliwe (np. promieniowanie ultrafioletowe lub elektromagnetyczne, związki chemiczne, wirusy). Nie z każdej zmutowanej komórki powstaje nowotwór. Istnieją różne mechanizmy, które bronią organizm przed rozwojem raka. Jeżeli jednak uda się nieprawidłowej zmutowanej komórce „wymknąć się” spod tego nadzoru, może powstać nowotwór. Czas upływający od wystąpienia mutacji do powstania nowotworu, który można już wykryć, jest zwykle bardzo długi – wynosi od 5 do nawet 20 lat.

Główne czynniki środowiskowe, które mają związek z powstawaniem nowotworów złośliwych, to:

- palenie tytoniu,
- picie alkoholu,
- otyłość,

- nieodpowiednia dieta,
- brak aktywności fizycznej,
- czynniki zawodowe,
- zanieczyszczenie środowiska,
- promieniowanie ultrafioletowe,
- promieniowanie jonizujące,
- wirusy,
- bakterie.

Szacuje się, że 25–30% wszystkich zgonów z powodu nowotworów złośliwych ma związek z paleniem tytoniu. Do nowotworów tytoniozależnych należy rak płuca, krtani, gardła, jamy ustnej, a także rak pęcherza moczowego, trzustki czy żołądka.

Picie alkoholu zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwory górnego odcinka przewodu pokarmowego i oddechowego (jama ustna, gardło, krtań, przełyk), raka wątroby, raka jelita grubego, a także raka piersi.

Otyłość zwiększa ryzyko zachorowania na wiele nowotworów, w tym raka jelita grubego, raka piersi, raka trzonu macicy. U osób otyłych często dochodzi do refluksu żołądkowo-przełykowego, co może prowadzić do powstania raka przełyku. Podwyższone stężenie insuliny u osób otyłych sprzyja rozwojowi raka wątroby.

Okazuje się, że aż 35–40% nowotworów złośliwych związanych jest z nieodpowiednią dietą. Są to przede wszystkim rak jelita grubego, rak przełyku, rak żołądka, raki jamy ustnej. Tradycyjna polska kuchnia generalnie nie sprzyja zdrowiu. Nasza dieta obfituje w tłuszcze, cukry proste i sól, dostarcza za mało mikroelementów i witamin. Wpływ poszczególnych składowych pożywienia oraz witamin i mikroelementów na ryzyko zachorowania na konkretne nowotwory jest złożony i nie do końca poznany. W kilku badaniach stwierdzono jednak, że wysokie dawki suplementów diety nie tylko nie pomagają, ale wręcz mogą zwiększać ryzyko rozwoju choroby nowotworowej. Rozwój nowotworów promują też zanieczyszczenia i związki chemiczne powstające podczas przygotowywania i przechowywania żywności, np. aflatoksyny obecne w spleśniałych ziarnach zbóż, roślinach strączkowych i orzechach, związki powstające podczas wędzenia, smażenia i grillowania, związki azotu stosowane do konserwowania wędlin, serów czy piwa.

Siedzący tryb życia, brak aktywności fizycznej i nadwaga zaliczane są obecnie do głównych czynników sprzyjających powstawaniu nowotworów.

Uznany czynnik wywołujący nowotwory skóry jest promieniowanie ultrafioletowe (słoneczne i pochodzące z łóżek opalających). Ekspozycja na dużą dawkę promieniowania ultrafioletowego w długim czasie, występująca np. u osób pracujących na wolnym powietrzu, wykazuje największy związek z rakiem skóry. Natomiast ryzyko czerniaka skóry jest prawdopodobnie związane z okresowym narażeniem na promienie ultrafioletowe, np. podczas korzystania z łóżek opalających lub intensywnego opalania się na słońcu przez osoby zazwyczaj pozostające w pomieszczeniach.

Promieniowanie jonizujące (ekspozycja zawodowa, awarie urządzeń, a także promieniowanie kosmiczne) należy do głównych czynników fizycznych wywołujących nowotwory.

Obecnie znamy też pewne wirusy i bakterie, zakażenie którymi promuje rozwój nowotworów. Zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (ang. human papilloma virus, HPV) może prowadzić do powstania raka szyjki macicy, raka prącia, a także raka gardła. Zakażenie wirusami zapalenia wątroby typu B i C (ang. hepatitis B virus, HBV i ang. hepatitis C virus, HCV) sprzyja rozwojowi raka wątroby. Natomiast infekcja bakterią *Helicobacter pylori* wiąże się ze zwiększonym ryzykiem rozwoju nowotworów żołądka.

Wzrost zachorowań na nowotwory związany jest też z wydłużaniem się czasu życia ludzi. Częstość występowania nowotworów złośliwych rośnie bowiem z wiekiem – im osoba starsza, tym większe prawdopodobieństwo, że zachoruje na raka.

Generalnie można stwierdzić, że obecny wzrost liczby zachorowań na nowotwory jest bezpośrednio spowodowany wzrostem liczebności populacji i jej starzeniem się, zwiększaniem oddziaływania niekorzystnych czynników środowiskowych oraz rozpowszechnianiem się zachowań sprzyjających rozwojowi nowotworów.

Co trzeba wiedzieć o organizacji badań diagnostycznych i leczenia onkologicznego

Anna Kowalczyk

Jak się rozpoznaje nowotwór

Podstawą rozpoznania nowotworu jest badanie fragmentu guza pod mikroskopem, tzw. badanie histopatologiczne. Jest ono niezbędne do określenia rodzaju guza, co pozwala na dobór odpowiedniego leczenia. Metody wykorzystywane do pobrania takiego fragmentu są różne i zależą od tego, gdzie znajduje się guz nowotworowy. Zostały one opisane w kolejnym podrozdziale dotyczącym badań wykorzystywanych do rozpoznawania nowotworów.

Jakie badania i dlaczego wykonuje się w przypadku podejrzenia nowotworu

Nowotwór zazwyczaj wywołuje objawy, które są przyczyną zgłoszenia się chorego do lekarza. Pierwszym, bardzo ważnym elementem diagnostyki jest tzw. badanie podmiotowe, czyli rozmowa lekarza z chorym. Problemy, które zgłasza pacjent, mogą czasem od razu nakierować lekarza na ich źródło. Na przykład może to być guz, który chory wyczuł w jakimś miejscu swojego ciała, albo zmiana na skórze. Charakterystycznym objawem nowotworu jest również krwawienie z jakiegokolwiek części ciała, np. krwawienie z odbytu, z dróg rodnych (poza regularnym krwawieniem miesięczkowym u kobiet przed menopauzą), krwiopłucie, krwawienie ze zmiany na skórze. Innym objawem może być również ciągły ból w jakiejś części ciała nieuzasadniony innymi przyczynami. Często jednak są to objawy nieswoiste, które mogą być związane z różnymi chorobami, np. chudnięcie, gorączka, przewlekłe zmęczenie. Kolejnym krokiem jest badanie fizykalne, tzw. badanie przedmiotowe, które polega na m.in. na dotykaniu, naciskaniu, opukiwaniu i osłuchiwaniu różnych okolic ciała. Ważnym elementem tego badania jest dotykanie okolic ciała, w których występują węzły chłonne. Jeśli węzły chłonne są powiększone, twarde, zazwyczaj świadczy to o ich zajęciu przez nowotwór. Osłuchiwanie i opukiwanie płuc może pozwolić na stwierdzenie płynu albo braku powietrza w części płuca. Dotykając jamy brzusznej, lekarz może stwierdzić np. powiększenie wątroby lub (rzadko) wyczuć guz nowotworowy przez powłoki brzuszne.

Jeśli w badaniu fizykalnym zostaną stwierdzone zmiany podejrzone o charakter nowotworowy lub jeśli lekarz nie znajduje w badaniu przedmiotowym żadnych zmian, ale objawy zgłaszane przez chorego wzbudzają niepokój onkologiczny, lekarz zazwyczaj kieruje pacjenta na tzw. badania dodatkowe. Mogą to być badania krwi albo badania obrazowe.

Powszechne jest przekonanie, że nowotwór rozpoznaje się na podstawie markerów nowotworowych wykrywanych we krwi. Niestety nie ma uniwersalnego markera, który pozwalałaby stwierdzić chorobę nowotworową. Natomiast istnieje kilka markerów, które mogą

być przydatne w rozpoznaniu niektórych nowotworów, np. raka jajnika albo raka jelita grubego, jednak należy pamiętać, że mogą być one w normie mimo istnienia zaawansowanej choroby nowotworowej lub być podwyższone, np. w przypadku zakażeń, bez żadnego związku z nowotworem. Bardziej przydają się one po zakończeniu leczenia, podczas badań kontrolnych. Służą do oceny, czy nie dochodzi do nawrotu choroby.

Ważnym elementem diagnostyki są badania obrazowe, które mogą uwidocznić, gdzie w ciele znajduje się nowotwór. Badania obrazowe wykonuje się w zakładach lub pracowniach radiologicznych. Zazwyczaj na początku lekarz zleca proste badania, takie jak rentgen (RTG) klatki piersiowej czy badanie ultrasonograficzne (USG) jamy brzusznej lub innych okolic ciała, w których poszukuje się nowotworu. Do badania zmian w piersiach stosuje się mammografię lub USG piersi. Zazwyczaj na te badania i ich wyniki nie trzeba długo czekać.

Na pozostałe badania, często niezbędne do rozpoznania nowotworu, terminy są dłuższe. Żeby uniknąć długiego oczekiwania na badanie, chorzy z podejrzeniem choroby nowotworowej obecnie mogą uzyskać kartę DILO (diagnostyki i leczenia onkologicznego), tzw. zieloną kartę. Taką kartę zakłada zazwyczaj lekarz rodzinny i kieruje chorego bezpośrednio na badania lub do odpowiedniego specjalisty, który je zleci. Karta pozwala na wykonanie potrzebnych badań diagnostycznych w krótkim czasie.

Ważnym, często wykonywanym badaniem w rozpoznawaniu nowotworów jest tomografia komputerowa (TK). Jest to badanie wykorzystujące promieniowanie rentgenowskie, potencjalnie szkodliwe, dlatego konieczne jest skierowanie. Na skierowaniu konieczne jest określenie, która okolica ma być zbadana, np. mózgowie, klatka piersiowa, jama brzuszna lub miednica. Zazwyczaj takie badanie wymaga podania dożylnego środka kontrastowego, który jest niezbędny do rozróżnienia poszczególnych struktur anatomicznych. Do podania kontrastu konieczne jest wcześniejsze potwierdzenie, czy nerki są na tyle wydolne, aby po badaniu wydalic kontrast z organizmu. Do oceny funkcji nerek służy badanie krwi z oznaczeniem stężenia kreatyniny. Należy je wykonać do kilku dni przed planowanym badaniem TK. Na badanie TK z kontrastem należy przyjść na czczo lub jeśli badanie jest wykonywane w godzinach popołudniowych – nie jeść przez ok. 5 godzin przed badaniem. Badanie bez podania kontrastu ma znacznie ograniczoną wartość. Widać na nim wiele zlewających się ze sobą struktur w bardzo podobnych odcieniach szarości, trudno jest odróżnić np. przerzuty do węzłów chłonnych i prawidłowe naczynia krwionośne. Bez podania kontrastu zazwyczaj nie można stwierdzić, czy występują np. przerzuty do wątroby. Na wynik badania TK trzeba poczekać kilka lub kilkanaście dni.

Innym badaniem obrazowym jest rezonans magnetyczny (MR), w którym nie stosuje się promieniowania jonizującego, ale również zazwyczaj wymagane jest podanie dożylnego środka kontrastującego. Badanie trwa dość długo (tym dłużej, im dłuższa okolica ciała jest badana), ważna jest współpraca chorego, który przez czas badania powinien leżeć nieruchomo. Poruszenie się w trakcie badania spowoduje, że obraz będzie niewyraźny i badanie nie będzie przydatne. Rezonans najczęściej w onkologii jest wykonywany do oceny mózgowia, twarzoczaszki, narządów jamy brzusznej i miednicy. Do obrazowania struktur klatki piersiowej w onkologii badaniem z wyboru jest TK.

Jeśli w którymś z badań obrazowych zostanie znaleziony guz nowotworowy, lekarz kieruje pacjenta na pobranie wycinka z guza do oceny mikroskopowej, tzw. biopsję. Jeśli zmian jest kilka, do biopsji wybierana jest najłatwiej dostępna zmiana uznana przez lekarza za reprezentatywną dla choroby.

Zależnie od lokalizacji zmiany wykonuje się biopsję cienkoigłową, biopsję gruboigłową lub pobiera się wycinek ze zmiany. Takie zabiegi wykonuje się najczęściej po wcześniejszym

podaniu miejscowego środka znieczulającego. Biopsja cienkoigłowa jest mniej inwazyjna, mniej bolesna oraz zazwyczaj pozwala na szybkie uzyskanie potwierdzenia mikroskopowego rozpoznania nowotworu (czas potrzebny do przygotowania pobranego materiału do oceny mikroskopowej jest krótszy), jednak zwykle nie pozwala na dokładne określenie typu nowotworu, co wiąże się z koniecznością skierowania chorego na kolejne badania i pobranie ilości materiału koniecznej do ustalenia precyzyjnego rozpoznania. Większa ilość materiału często pozwala na dokładniejszą ocenę nowotworu. Jeśli materiał pobierany jest z łatwo dostępnego miejsca, jak np. skóra, tkanka podskórna, pierś, węzeł chłonny położony płytko pod skórą, biopsja wykonywana jest w trybie ambulatoryjnym. Jeżeli niezbędne jest pobranie materiału z narządów wewnętrznych, jak np. płuco, wątroba, zazwyczaj konieczna jest jednodniowa hospitalizacja.

Badania TK i MR nie pozwalają na dokładną ocenę przewodu pokarmowego, do jego oceny służą badania endoskopowe, np. gastroscopia do oceny przełyku i żołądka oraz kolonoskopia do oceny jelita grubego. Innym badaniem endoskopowym wykonywanym w przypadku guzów płuca położonych przy dużych oskrzelach jest bronchoskopia. Badania endoskopowe zwykle wykonywane są w trybie ambulatoryjnym. Na badania należy przyjść na czczo, do kolonoskopii potrzebne jest dodatkowe przygotowanie związane z oczyszczeniem jelita. Jeżeli podczas badania endoskopowego zostanie stwierdzona zmiana, pobierany jest z niej wycinek i przekazany do badania histopatologicznego.

Fragment tkanki pobranej podczas biopsji jest utrwalany w odpowiednim płynie, najczęściej w formalinie, a następnie zatapiający w parafinie, co tworzy tzw. bloczek parafinowy. Następnie blok parafinowy jest cięty na cienkie skrawki, które są umieszczane na szkiełku mikroskopowym. Dopiero pod mikroskopem można stwierdzić, z jakim typem choroby mamy do czynienia i jak ją leczyć. Do oceny mikroskopowej konieczne jest odpowiednie wybarwienie komórek. Zazwyczaj po podstawowym barwieniu komórek wymagane są dodatkowe barwienia (dobrane na podstawie pierwszej oceny pod mikroskopem z podstawowym barwieniem), barwniki są wlewane na szkiełko mikroskopowe, na odpowiednie wybarwienie preparatu potrzeba kilku lub kilkunastu godzin. Techniczna obróbka materiału może trwać kilka dni. Ze względu na czas potrzebny na różne barwienia (tzw. badania immunohistochemiczne) na wynik rozpoznania nowotworu czasem trzeba poczekać kilka-kilkanaście dni. W niektórych placówkach ze względu na przesyłanie preparatów do innego ośrodka na wynik badania trzeba czekać kilka tygodni.

Badanie pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) wykorzystuje zwiększone przetwarzanie glukozy przez komórki szybko dzielące się, np. nowotwór. Obecnie wykonuje się prawie wyłącznie badanie PET-TK (połączenie pozytonowej tomografii emisyjnej z tomografią komputerową), chociaż potocznie używa się zazwyczaj skrótu PET. Do wykonania badania niezbędne jest dożylnie podanie pierwiastka promieniotwórczego połączonego z glukozą. Obraz może być zafałszowany, jeżeli w ciele są jakieś zmiany, które się goją, np. blizny po zabiegach lub stany zapalne. Badanie nie jest wystarczająco czułe, by wykryć zmiany o średnicy poniżej 1 cm. Nie jest również właściwe do określenia, czy guz nowotworowy nacieka inne struktury anatomiczne.

W przypadku podejrzenia przerzutów do kości wykonuje się scyntyografię kości. Badanie również wymaga dożylnego podania pierwiastka promieniotwórczego.

Badania z wykorzystaniem środka promieniotwórczego są wykonywane w zakładach medycyny nuklearnej, są one znacznie mniej dostępne i czas oczekiwania na te badania jest dłuższy. Po badaniach z podaniem środka kontrastowego, który wydziela promieniowanie (tj. scyntygrafia kości, PET), obowiązują specjalne środki ostrożności, tj. unikanie

kontakty z innymi osobami, przede wszystkim z kobietami w ciąży i małymi dziećmi, do czasu eliminacji środka promieniotwórczego z organizmu, zgodnie z zaleceniami przez personel wykonujący badanie.

Wyniki badań obrazowych, takich jak RTG, TK, MR, PET składają się z opisu badania na papierze oraz z obrazków badania, które kiedyś były umieszczane na kliszach, a obecnie najczęściej zapisywane są na płytach CD. Do podjęcia decyzji o leczeniu, szczególnie przez chirurga lub onkologa-radioterapeutę, konieczne jest obejrzenie obrazków badania. Obrazki badania są zazwyczaj dostępne w systemach komputerowych szpitala, jednak systemy komputerowe oddzielnych placówek nie są połączone, a zatem na konsultację w innej placówce należy dostarczyć zarówno dokumenty, jak i płytę CD.

Badania histopatologiczne z biopsji guza nowotworowego są wykonywane w zakładach patomorfologii. Chory otrzymuje papierowy wynik badania, bloczek parafinowy pozostaje w zakładzie patomorfologii. Można go wypożyczyć, jeśli konieczne jest wykonanie dodatkowych badań lub konsultacja wyniku w innym ośrodku. Adres placówki, w której są przechowywane bloczki parafinowe, znajduje się na wyniku badania histopatologicznego.

Do leczenia niektórych nowotworów wymagane są dodatkowe badania oceniające występowanie określonych zaburzeń genetycznych, tzw. mutacji, w guzie nowotworowym, nazywane badaniami molekularnymi. Takie badania zleca lekarz onkolog, jeśli jest to konieczne do podjęcia decyzji o wyborze leczenia. Wykonuje się je np. u chorych na zaawansowanego czerniaka skóry, niedrobnokomórkowego raka płuca, rozsianego raka jelita grubego. Takie badania wykonywane są w pracowniach diagnostyki molekularnej. Ze skrawków guza zatopionych w bloczku parafinowym izolowane jest DNA, które następnie jest poddawane ocenie molekularnej przy użyciu odpowiednich odczynników i aparatury. Na wynik trzeba czekać od kilku dni do kilku tygodni.

Dobór badań zależy od problemu, z jakim zgłasza się chory, oraz od wyników zlecanych badań. Czasem wynik badania nie jest jednoznaczny, wówczas należy wykonać inne badanie lub powtórzyć to samo badanie po pewnym czasie.

Wykonywanie badań diagnostycznych ma sens tylko wtedy, gdy ich wynik będzie miał wpływ na decyzje terapeutyczne i los chorego. Jeśli badanie nie jest konieczne, nie wnosi niczego nowego, nie ma sensu go wykonywać. Wiąże się to z narażaniem chorego na niepotrzebne i czasochłonne procedury oraz wydłuża czas oczekiwania innych osób na badania.

Co to są badania przesiewowe

Badania przesiewowe są stosowane, żeby wykryć nowotwór wcześniej, zanim wystąpią jego objawy. Mają na celu zmniejszenie liczby zgonów z powodu nowotworów. Badania przesiewowe są prowadzone w onkologii od lat 60. ubiegłego wieku. Wówczas Światowa Organizacja Zdrowia zaleciła stosowanie tych badań w poszukiwaniu raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego. Te zalecenia są aktualne do dziś, nieco zmieniły się jedynie stosowane metody diagnostyczne. Nie udowodniono, że regularne wykonywanie innych badań u osób bez objawów choroby wpływa na zmniejszenie liczby zgonów z powodu nowotworów, stąd nie są one zalecane.

Badania przesiewowe są przeznaczone dla osób zdrowych, bez objawów charakterystycznych dla danej choroby. Należy pamiętać, że ból piersi, kłucie w piersi, tkliwość piersi nie są objawami charakterystycznymi dla raka piersi, charakterystycznym objawem jest

stwierdzenie twardego, niebolesnego guza w piersi. Krwawienie z odbytu lub stwierdzenie niedokrwistości (anemii) są objawami charakterystycznymi dla raka jelita grubego, osoby z takimi objawami nie powinny być kierowane na badania przesiewowe, które są zarezerwowane dla osób bez objawów choroby. Badania przesiewowe wykonywane są w grupach wiekowych, w których prawdopodobieństwo ich znalezienia jest największe.

Jakie badania przesiewowe są dostępne w Polsce

W ramach Narodowego Programu Zwalczenia Nowotworów w Polsce są dostępne badania przesiewowe wykonywane w poszukiwaniu raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego. W celu ich wykonania osoba spełniająca kryteria kwalifikacji do programu powinna się zgłosić do placówki medycznej, która ma podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) na świadczenie takich usług. Zazwyczaj takie wiadomości są podane pod postacią ogłoszeń, np. na ścianach danej jednostki, albo dostępne na stronie internetowej. Należy pamiętać, że są to badania zaplanowane dla osoby bez objawów choroby, stąd badanie może nie być dostępne „od ręki”. Również na wyniki takich badań (np. mammografii) trzeba czasem poczekać kilka tygodni. Jeśli występują objawy sugerujące chorobę nowotworową, badania powinny być wykonywane w innym trybie (na podstawie skierowania od lekarza), wówczas termin oczekiwania na badanie i jego wynik powinien być krótszy.

W ramach badań przesiewowych w kierunku raka piersi mammografia powinna być wykonywana co 2 lata u kobiet w wieku 50–69 lat. Podczas badania mammograficznego wymagane jest uciśnięcie piersi między plastikowymi płytkami, co dla niektórych kobiet może wiązać się z bólem. Uciśnięcie piersi jest konieczne, żeby obraz piersi był wyraźny. Badanie trwa bardzo krótko, zazwyczaj wykonywane są 2 zdjęcia w 2 różnych ułożeniach piersi. Wynik badania jest zazwyczaj bardzo krótki, tak że powinien być łatwo zrozumiany przez pacjentkę. Jeśli nie stwierdzono zmiany charakterystycznej dla nowotworu złośliwego lub budzącej jego podejrzenie, takie zdanie widnieje na wyniku wraz z zaproszeniem na kolejne badanie np. za 2 lata. Jeśli badanie wykazało niepokojącą zmianą, na wyniku badania będzie napisane, gdzie należy się zgłosić na dalszą diagnostykę wraz z adresami placówek. Nie udowodniono, że wykonywanie mammografii u kobiet bez objawów choroby poniżej 50. roku życia lub po 70. roku życia zmniejsza liczbę zgonów z powodu raka piersi. Badanie mammograficzne nie może być zastąpione badaniem USG piersi, nie udowodniono, że jego wykonywanie u kobiet bez objawów obniża umieralność z powodu raka piersi.

W ramach badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy kobiety w wieku 25–59 lat powinny mieć wykonywaną cytologię co 3 lata. Takie badanie odbywa się w poradni ginekologicznej. Cytologia polega na pobraniu wymazu z szyjki macicy. Jest to badanie niebolesne, jedyny dyskomfort może być związany z wprowadzeniem plastikowego wziernika do pochwy w celu uwidocznienia szyjki macicy. W przypadku nieprawidłowego wyniku cytologii kobieta zostanie skierowana do ginekologa celem dalszej diagnostyki i leczenia.

W ramach badań profilaktycznych w kierunku raka jelita grubego można wykonać badania kału na krew utajoną lub kolonoskopię. Badania powinny być wykonywane u osób po 50. roku życia, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Badanie kału należy wykonywać co 1–2 lata, nie wymaga ono żadnego specjalnego przygotowania, należy jednak pamiętać, że badanie wykryje każdą krew, która dostanie się do przewodu pokarmowego, np. może ona pochodzić z krwawiących dziąseł, co spowoduje, że wynik badania będzie nieprawidłowy mimo braku zmian w jelicie grubym. Kolonoskopia jest badaniem dużo bardziej czułym,

powinna być wykonywana co 10 lat. Do tego badania należy się dokładnie przygotować, trzeba przez kilka dni stosować odpowiednią dietę, a w dniu poprzedzającym badanie – środki przeczyszczające, tak żeby ściana jelita była czysta, bez zalegających mas kałowych. Badanie polega na wprowadzeniu kamery umieszczonej na końcu kabla o średnicy ok. 1 cm przez odbyt do jelita grubego. Podczas badania oglądane jest całe jelito grube. W przypadku niewłaściwego oczyszczenia jelita zmiany w ścianie jelita mogą być niewidoczne lub wykonanie badania może nie być możliwe. Złe przygotowanie do badania może wiązać się z większą bolesnością podczas badania oraz brakiem możliwości oceny ścian jelita, co wiąże się z koniecznością jego powtórzenia. Mimo że badanie nie należy do przyjemnych, jest bardzo skuteczne i może pozwolić na wykrycie nowotworu w bardzo wczesnym stadium lub uchronić przed rozwojem nowotworu złośliwego przez usunięcie gruczolaków (zmian łagodnych, które z czasem mogłyby zmienić się w zmiany złośliwe). Jeśli obraz jelita grubego w kolonoskopii jest prawidłowy, badanie należy powtórzyć po 10 latach. Jeśli podczas badania zostanie stwierdzony gruczolak, usuwa się go. Jeśli zostanie znaleziona zmiana, która jest zbyt duża do usunięcia w całości, zostanie z niej pobrany mały wycinek. Tkanki usunięte podczas badania zostaną przekazane na badanie histopatologiczne celem określenia charakteru zmiany, czy jest to zmiana łagodna, czy złośliwa.

Zasady wyżej wymienionych badań przesiewowych są przeznaczone dla wszystkich osób spełniających kryteria (wiek, brak objawów choroby). Jeśli w rodzinie występowały choroby nowotworowe, które mogą być dziedziczne, np. rak piersi lub rak jelita grubego, wówczas zasady wykonywania badań przesiewowych są trochę inne, najlepiej udać się do poradni genetycznej, gdzie mogą zostać przeprowadzone badania genetyczne (o ile istnieją do tego wskazania). Należy pamiętać, że pierwszą osobą z rodziny, która powinna wykonać badania genetyczne, jest osoba chora, tylko jeśli u niej zostanie stwierdzony uszkodzony gen, wówczas badane są inne osoby z rodziny, aby sprawdzić, czy nie odziedziczyły tego genu. Należy pamiętać, że pewne nowotwory mogą występować rodzinnie, mimo że nie udaje się znaleźć uszkodzonego genu. Prosta i zazwyczaj skuteczną zasadą może być rozpoczęcie wykonywania badań diagnostycznych 10 lat wcześniej niż najmłodsze zachorowanie w rodzinie, czyli jeśli np. w rodzinie na raka jelita grubego zachorowała osoba w 51. roku życia, kolonoskopia należy wykonać już po 40. roku życia. W takim przypadku badanie odbywa się na podstawie skierowania od lekarza.

Istnieją również grupy osób, u których ryzyko zachorowania na nowotwór jest wyższe niż w ogólnej populacji ze względu na czynniki ryzyka związane ze stylem życia. Do takiej grupy zalicza się np. nałogowych palaczy papierosów. Wykazano, że regularne wykonywanie badania TK klatki piersiowej u nałogowych palaczy po 50. roku życia może obniżyć umieralność z powodu raka płuca. Na takie badanie potrzebne jest skierowanie.

Gdzie i przez kogo prowadzone jest leczenie onkologiczne

Kwalifikacja pacjentów do leczenia onkologicznego odbywa się zazwyczaj w poradni onkologicznej, następnie chory jest kierowany na odpowiedni oddział prowadzący dane leczenie. W kolejce oczekujących na przyjęcie na oddział onkologiczny znajdują się wyłącznie chorzy, którzy zostali już zakwalifikowani do leczenia (lub procedury diagnostycznej, którą można wykonać wyłącznie na tym oddziale) przez lekarza prowadzącego leczenie danego typu. Lekarze rodzinni lub inni lekarze niezwiązani z leczeniem onkologicznym nie powinni kierować chorego na oddział onkologiczny, tylko do poradni onkologicznej, usprawnia to proces

kwalifikacji chorych oraz wybór odpowiedniego trybu leczenia. Do poradni onkologicznej można się zgłosić bez skierowania.

W Polsce leczenie nowotworów jest prowadzone w regionalnych centrach onkologii, na oddziałach onkologicznych w szpitalach wielospecjalistycznych w większych miastach oraz w klinikach onkologicznych w szpitalach uniwersyteckich oraz w większych miastach. Zazwyczaj takie miejsca są wyposażone w sprzęt potrzebny do realizacji wszystkich metod leczenia stosowanych w onkologii.

Leczenie onkologiczne jest prowadzone przez specjalistów, którzy reprezentują metody, które mogą być wykorzystywane w leczeniu nowotworów. Ważną metodą leczenia onkologicznego jest chirurgia, zabiegi związane z nowotworami tarczycy, piersi, układu pokarmowego, tkanek miękkich wykonuje chirurg onkologiczny. Część zabiegów związanych z nowotworami jest wykonywana przez innych specjalistów, np. guzy mózgu usuwa neurochirurg, nowotwory w obrębie płuc – chirurg klatki piersiowej (torakochirurg), nowotwory narządu rodowego – ginekolog, nowotwory układu moczowego (np. nerki, pęcherza moczowego) – urolog, laryngolog – nowotwory regionu twarzoczaszki i szyi (np. raki gardła, krtani, ślinianek). Do większości wyżej wymienionych specjalistów potrzebne jest skierowanie. Lekarze specjalizujący się w dziedzinach zabiegowych wykonują również zabiegi diagnostyczne, podczas których pobierany jest materiał do badania histopatologicznego, niezbędnego do rozpoznania nowotworu.

Radioterapię prowadzi specjalista radioterapii onkologicznej. Sprzęt do radioterapii, tzw. przyspieszacz liniowy, znajduje się zazwyczaj w większych ośrodkach onkologicznych. To leczenie w większości przypadków może być prowadzone w trybie ambulatoryjnym, chorzy mogą przyjeżdżać na zabiegi z domu. Jeżeli pacjent mieszka zbyt daleko od ośrodka prowadzącego radioterapię, żeby nie dojeżdżać codziennie na zabieg, może na czas leczenia przebywać w hotelu, który jest refundowany przez NFZ. Hospitalizowani są wyłącznie chorzy, których stan ogólny nie pozwala na codzienne dojazdy na zabiegi, a także tacy, u których wystąpią powikłania leczenia wymagające całodobowej opieki personelu medycznego.

Leczenie systemowe (podawane dożylnie lub w postaci tabletek), w tym chemioterapia, immunoterapia, hormonoterapia, tzw. leki celowane, prowadzi onkolog kliniczny. Część nowoczesnych leków onkologicznych dostępna jest w ramach tzw. programów lekowych, które są osiągalne tylko w dużych ośrodkach. Immunoterapia stosowana m.in. u chorych na czerniaka, raka płuca, raka nerki jest stosowana wyłącznie w ramach programów lekowych. Leczenie celowane wymaga wykonania dodatkowych badań, tzw. badań molekularnych lub genetycznych. Celem tych badań jest znalezienie w guzie nowotworowym pewnej nieprawidłowości, która jest przyczyną rozwoju nowotworu, tzw. mutacji. W niektórych nowotworach istnieją leki, które blokują takie zaburzenie, a tym samym rozwój nowotworu. Takie badania są przeprowadzane w materiale z biopsji pobranej w celu rozpoznania nowotworu. Chemioterapia i hormonoterapia mogą być prowadzone również w ośrodkach w mniejszych miejscowościach. W przypadku standardowej chemioterapii warto znaleźć ośrodek, który prowadzi takie leczenie najbliżej miejsca zamieszkania. W większości przypadków chemioterapia trwa kilka miesięcy i jest podawana w trybie ambulatoryjnym (bez hospitalizacji). Długie dojazdy, np. co tydzień, czasem codziennie, mogą być męczące, szczególnie jeśli występują dolegliwości związane z chorobą lub leczeniem. Jeśli w innym ośrodku, który jest bardziej oddalony od miejsca zamieszkania pacjenta, istnieją inne, lepsze metody leczenia, którymi nie dysponuje lekarz w mniejszej placówce, na pewno skieruje chorego do odpowiedniego ośrodka, w którym takie leczenie jest możliwe. W mniejszych ośrodkach często czas oczekiwania na

rozpoczęcie leczenia jest krótszy. W dużych ośrodkach powinny być leczone przede wszystkim nowotwory, które wymagają podawania leków dostępnych wyłącznie w takich miejscach oraz nowotwory rzadkie.

W większych ośrodkach onkologicznych istnieje możliwość wzięcia udziału w badaniach klinicznych, w których oceniana jest skuteczność nowych leków przeciwnowotworowych. Aby wziąć udział w badaniu klinicznym, należy spełniać ściśle określone kryteria włączenia do badania.

Co trzeba wiedzieć o leczeniu onkologicznym

Chirurgia onkologiczna

Leszek Kozłowski

Nowotwory są stare jak świat i tak samo stara jest chirurgia, która miała na celu zwalczanie tych chorób od początku dziejów ludzkości. Pierwsze wzmianki o nowotworach i próbach ich leczenia można znaleźć już w starożytnych dokumentach. Papirus Edwina Smitha – staroegipski tekst medyczny to najstarszy, pochodzący z XVII–XVI wieku p.n.e., traktat na temat chirurgii oraz leczenia ran, urazów, złamań i guzów. Jego nazwa pochodzi od nazwiska amerykańskiego egiptologa Edwina Smitha, który wszedł w jego posiadanie w 1862 roku.

Wiedza na temat leczenia chirurgicznego różnych chorób w starożytności czy średniowieczu była bardzo ograniczona, do tego stopnia, że w Europie chirurgicznym leczeniem guzów zajmowali się kowale i cyrulicy, czyli osoby nieposiadające podstawowej wiedzy medycznej. Zakres ich działalności chirurgicznej ograniczał się do amputacji, resekcji, przyżegania guzów i innych prostych czynności (bez znieczulenia!), które nie przynosiły oczekiwanych efektów i niejednokrotnie kończyły się tragicznie.

To głównie ból towarzyszący zabiegom operacyjnym był olbrzymim problemem i hamulcem w rozwoju chirurgii. Od najdawniejszych czasów ludzie próbowali uśmierzyć ból, używając do tego naturalnych metod. Przełom nastąpił w połowie XIX w., gdy odkryto kolejno: tlenek azotu, eter i chloroform. Skuteczne znieczulenie dożylnie zastosowano dopiero w XX wieku. Mniej więcej w tym samym okresie nastąpił rozwój wiedzy na temat aseptyki i antyseptyki oraz wynalezienie antybiotyków, co pozwoliło na spektakularny rozwój technik chirurgicznych i ich wysoką skuteczność w walce z wieloma chorobami.

Twórcą koncepcji chirurgii onkologicznej był amerykański chirurg William Steward Halsted, praktykujący na Uniwersytecie Johnsa Hopkinsa w Baltimore w USA w drugiej połowie XIX wieku. Jako pierwszy zwrócił uwagę na fakt rozprzestrzeniania się nowotworu drogą chłoną i uznał za celowe usuwanie węzłów chłonnych. Pierwszy wykonał radykalną mastektomię (usunięcie całej piersi) w roku 1889. Razem z firmą Goodyear opracował gumowe rękawiczki operacyjne i zastosował je po raz pierwszy podczas zabiegu operacyjnego.

Koniec wieku XIX i początki XX to okres, w którym wykonywano rozległe zabiegi chirurgiczne, co wynikało z rozpoznawania chorób nowotworowych dopiero w zaawansowanym stadium (brak było jeszcze metod diagnostycznych opartych na diagnostyce rentgenowskiej). Okazało się niestety, że nawet całkowite usunięcie miejscowe rozległego nowotworu nie gwarantuje powodzenia w leczeniu tej choroby. Często dochodziło do miejscowych nawrotów nowotworu i powstawania odległych przerzutów. Chirurgia onkologiczna jako samodzielna metoda leczenia nowotworów nie okazała się wystarczająco skuteczna. Dlatego poszukiwano innych niż chirurgia metod leczenia, które w skojarzeniu z leczeniem operacyjnym mogłyby zwiększyć sukces leczenia nowotworu.

Nowoczesne leczenie onkologiczne to leczenie skojarzone, wykorzystujące wszystkie znane metody leczenia onkologicznego, jednak to właśnie chirurgia stanowi podstawę leczenia nowotworów litych.

Rola chirurgii onkologicznej we współczesnym leczeniu onkologicznym

Od wieków wiadomo, że całkowite wycięcie choroby nowotworowej, wraz z jej przerzutami, jest podstawowym warunkiem wyleczenia choroby nowotworowej. Sama chirurgia jako metoda leczenia onkologicznego jest wystarczająca wyłącznie w przypadku tylko nielicznych nowotworów.

Miejsce nowoczesnej chirurgii onkologicznej

1. **Diagnostyka onkologiczna.** Współczesne planowanie optymalnego leczenia onkologicznego oparte jest na biologii guza, czyli jego charakterze. W celu pobrania materiału do badań histopatologicznych, molekularnych, oceny stanu odpowiednich receptorów, a także oceny wcześniej zastosowanego leczenia przedoperacyjnego wykorzystywane są różne procedury zabiegowe. Są to metody mało inwazyjne. Takie procedury jak biopsja gruboigłowa (BG), biopsja mammotomiczna, laparoscopia, wykonywane przy współudziale metod obrazowania, takich jak ultrasonografia (USG), mammografia, tomografia komputerowa (TK) czy rezonans magnetyczny (MR), są stosowane powszechnie w codziennej diagnostyce onkologicznej.
2. **Chirurgiczne leczenie radykalne.** Chirurgiczne leczenie radykalne polega na usunięciu guza nowotworowego, niejednokrotnie wraz z całym narządem, w którym rozwija się rak. Aktualnie radykalne leczenie chirurgiczne nowotworu, w większości przypadków, pozwala jednak na zaoszczędzenie narządu, z którego wywodzi się nowotwór. Dotyczy to między innymi leczenia raka piersi. Standardem postępowania jest też usunięcie okolicznych węzłów chłonnych lub biopsja węzła chłonnego wartowniczego, czyli pierwszego węzła, do którego trafiają komórki nowotworowe z guza pierwotnego. Węzły chłonne leżące w pobliżu guza nowotworowego są często pierwszym miejscem, do którego docierają komórki nowotworowe. Gdy komórki nowotworowe zostaną stwierdzone w węzłach chłonnych, mówi się o przerzutach do węzłów chłonnych. Jeżeli przerzuty do najbliższych węzłów chłonnych zostaną stwierdzone za pomocą badań dodatkowych, zazwyczaj takie węzły się usuwa (np. węzły chłonne z dołu pachowego u kobiet z rakiem piersi). W niektórych przypadkach usuwa się okoliczne węzły chłonne nawet wtedy, gdy badania obrazowe nie potwierdzają obecności w nich przerzutów, ale z doświadczenia wiadomo, że mogą w nich być małe niewidoczne ogniska raka (np. węzły chłonne szyjne u chorych na raki gardła). Usunięcie węzłów chłonnych często wiąże się z wystąpieniem poważnego powikłania – obrzęku limfatycznego. Obecnie istnieją metody pozwalające na znalezienie tzw. węzłów chłonnych wartowniczych i usunięcie tylko jednego z nich lub kilku węzłów. Jeżeli nie znajduje się w nich komórek nowotworowych w badaniu mikroskopowym, odstępuje się od usuwania pozostałych węzłów chłonnych, a tym samym maleje ryzyko wystąpienia obrzęku limfatycznego. Taką metodę stosuje się obecnie np. w przypadku operacji raka piersi.

W przypadku niektórych nowotworów pierwszym etapem leczenia jest chemioterapia lub radiochemioterapia przedoperacyjna, zwana neoadiuwantową. Ten sposób leczenia pozwala na zmniejszenie masy guza, obniżenie ryzyka rozwoju przerzutów do węzłów chłonnych pachowych i wyeliminowanie pojedynczych komórek nowotworowych.

które w przyszłości mogłyby być źródłem przerzutów odległych. Przykładem takiego postępowania jest leczenie niektórych raków piersi i raków odbytnicy.

Chirurgia radykalna to także usuwanie pojedynczych przerzutów do narządów odległych. Możliwe jest obecnie usuwanie przerzutów z wątroby, płuc czy mózgu, co czasami prowadzi do pełnego wyleczenia chorych.

Nowe pojęcie w radykalnej chirurgii onkologicznej to **onkoplastyka**, której założeniem jest usunięcie radykalne guza nowotworowego przy zachowaniu dobrego efektu kosmetycznego. Ten sposób leczenia stosowany jest od początku XXI wieku. Zabiegi onkoplastyczne są powszechnie wykonywane u pacjentek leczonych z powodu raka piersi oraz u pacjentów leczonych z powodu nowotworów regionu głowy i szyi.

3. **Chirurgiczne leczenie paliatywne.** Ten sposób leczenia chirurgicznego jest wymagany w sytuacjach uniemożliwiających prawidłowe funkcjonowanie poszczególnych układów, np. w przypadku niedrożności przewodu pokarmowego, układu moczowego czy dróg oddechowych. Usuwanie części guza (zmniejszenie masy guza pierwotnego) znajduje zastosowanie w nowotworach jajnika, co oprócz aspektu diagnostycznego, przynosi poprawę skuteczności leczenia systemowego.
4. **Chirurgiczne leczenie powikłań związanych z chorobą nowotworową i jej leczeniem.** Zabiegi te pozwalają na przywrócenie, na ile to możliwe, normalnego funkcjonowania pacjentów. Przykładem takiego leczenia jest odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego (likwidacja stomii) po operacjach jelita grubego. Leczenie skojarzone nowotworów żeńskiego narządu rodowego może być powikłane powstaniem przetok z przewodem pokarmowym lub układem moczowym. Dzięki chirurgii onkologicznej możliwe jest ich usunięcie i przywrócenie prawidłowej czynności poszczególnych układów. Niejednokrotnie są to trudne i wieloetapowe zabiegi.
5. **Chirurgiczne leczenie skutków leczenia onkologicznego – zabiegi rekonstrukcyjne, naprawcze.** Zabiegi rekonstrukcyjne – odtwórcze coraz częściej wykonywane są u pacjentów po zakończonym leczeniu onkologicznym. Najczęściej dotyczą pacjentów, u których w przeszłości wykonano rozległe zabiegi okaleczające mające na celu usunięcie nowotworu, a leczenie oszczędzające nie było możliwe. Są to, niejednokrotnie wieloetapowe, zabiegi operacyjne pozwalające na przywrócenie prawidłowej funkcji czy wyglądu narządu. Przykładem takiego zabiegu jest rekonstrukcja piersi po mastektomii.
6. **Zakładanie urządzeń zabezpieczających dostęp do dużych naczyń w celu podawania chemioterapii.**
7. **Zakładanie cewników do żywienia pozajelitowego.**

Radioterapia

Joanna Socha

Zasada działania radioterapii i miejsce radioterapii w leczeniu onkologicznym

Radioterapia jest jedną z podstawowych metod leczenia nowotworów, wykorzystującą energię promieniowania jonizującego do niszczenia komórek nowotworowych. Promieniowanie powoduje wiele uszkodzeń w komórkach nowotworowych, głównie w ich jądrach komórkowych, co sprawia, że „trafione” wiązka promieniowania komórki guza obumierają lub

nie są w stanie dłużej się dzielić. Radioterapia może być stosowana na różnych etapach leczenia onkologicznego, zarówno samodzielnie, jak i w połączeniu z innymi metodami (chirurgią, chemioterapią, hormonoterapią, immunoterapią), a schemat i sekwencja leczenia zależą od rodzaju i stopnia zaawansowania nowotworu, i są ustalane indywidualnie dla każdego chorego.

Rodzaje radioterapii

Dwa podstawowe rodzaje radioterapii to **teleradioterapia** i **brachyterapia**. W teleradioterapii wykorzystywane jest promieniowanie wytwarzane przez akcelerator, specjalne urządzenie, które kieruje wiązkę promieniowania (z zewnątrz = spoza ciała pacjenta) w okolice lub narząd objęty chorobą nowotworową. W brachyterapii źródłem promieniowania jest mała (ok. 4 mm) porcja materiału promieniotwórczego, która jest wprowadzana w okolice guza przez specjalne aplikatory, a po zabiegu automatycznie usuwana.

Efekty radioterapii i czas jej trwania

Efekty radioterapii ujawniają się z opóźnieniem, ponieważ komórki guza nie giną od razu pod wpływem promieniowania – ich śmierć zachodzi powoli. Dlatego radioterapia radykalna, czyli taka, której celem jest uzyskanie całkowitego wyleczenia, trwa zwykle od 3 do 7 tygodni (choć możliwe jest także radykalne leczenie jednorazowo podaną dużą dawką promieniowania, tzw. radioterapia stereotaktyczna). Pełny efekt leczenia widoczny jest dopiero po kilku, a nawet kilkunastu tygodniach od zakończenia radioterapii, w zależności od typu nowotworu i jego lokalizacji. Jeśli radioterapia stosowana jest jako leczenie przeciwbólowe, przeciwnowotworowe lub mające na celu ograniczenie innych objawów wywołanych przez nowotwór u chorych, u których nie ma możliwości całkowitego wyleczenia, takie leczenie trwa krócej – od jednorazowego napromieniania do 3 tygodni, u większości chorych około tygodnia.

Przygotowanie radioterapii

W radioterapii kluczowa jest precyzja leczenia, umożliwiająca podanie wysokiej dawki promieniowania jonizującego do guza nowotworowego, przy jednoczesnym oszczędzeniu zdrowych tkanek i narządów otaczających lub sąsiadujących z guzem. Takie zaplanowanie radioterapii wymaga zastosowania TK u każdego pacjenta, który ma być poddany leczeniu, a w szczególnych sytuacjach również dodatkowych badań, takich jak MR, badanie USG (również przezpochwowe lub przezodbytnicze) lub badanie PET-TK. Pozycja, w której chory będzie napromieniany, jest ustalana przed wykonaniem TK do planowania radioterapii, czasami konieczne jest zastosowanie specjalistycznych stabilizatorów, materaców unieruchamiających lub masek termoplastycznych – te procedury przygotowawcze odbywają się zwykle w tzw. modelarni. Kolorowe znaczniki nanoszone na skórę chorego nie oznaczają miejsc napromienianych, ale służą do wyznaczenia pozycji, w której pacjent jest układany w trakcie napromieniania. Chory jest informowany przez techników, czy znaczniki można zmyć, czy muszą pozostać na skórze przez cały czas trwania radioterapii. Jeśli konieczne są tzw. tatuaże, czyli małe kropki na skórze wykonywane przy pomocy jednorazowej sterylnej igły i kropli pigmentu, to są one trwałe i nie da się ich zmyć. Przygotowanie planu leczenia zazwyczaj zajmuje zespołowi techników, lekarzy i fizyków około kilku dni.

Przebieg napromieniania

Pacjenci napromieniani są w pozycji leżącej, na stole terapeutycznym, codziennie w tej samej pozycji – ustalonej przed wykonaniem planowania leczenia. Technicy opuszczają pomieszczenie, w którym prowadzona jest radioterapia, ale widzą pacjenta na ekranie i komunikują się z nim za pomocą interkomu. Podczas radioterapii nie wolno się poruszać, należy swobodnie oddychać, chyba że wykorzystywana jest technika kontrolowanego oddechu, co do której chory otrzymuje wcześniej dokładny instruktaż. W zależności od napromienianej lokalizacji niektórzy chorzy mogą wymagać dodatkowego przygotowania, np. procedury wypełnienia pęcherza moczowego czy kontroli wypełnienia odbytnicy. Każdy seans napromieniania trwa zwykle około kilkunastu minut, ale w obrębie tych kilkunastu minut promieniowanie oddziałuje na guz tylko przez około 2 minuty. Pozostały czas wykorzystywany jest na przeprowadzenie specjalnych badań/testów, mających na celu sprawdzenie zgodności przebiegu leczenia z ustalonym wyjściowo planem – a więc prawidłowości ułożenia chorego, zgodności podawanej dawki, ruchomości poszczególnych narządów w okolicy objętej napromienianiem. Napromienianie jest całkowicie bezbolesne. W przypadku brachyterapii aplikowanie źródła promieniowania odbywa się w odpowiednim znieczuleniu (miejscowym lub tzw. krótkim znieczuleniu ogólnym), a samo leczenie nie jest bolesne. Promieniowanie wykorzystywane w radioterapii jest niewidzialne i w żaden sposób nieodczuwalne dla chorego. Pomieszczenie, w którym odbywa się radioterapia, jest oświetlone zwykłym światłem, którego natężenie regulują technicy radioterapii w zależności od potrzeb w danym momencie. Dodatkowo chory może widzieć światło laserów służących do ustalania pozycji ciała w trakcie napromieniania, ale żadne ze światel, które można zobaczyć podczas seansu napromieniania, nie ma związku z promieniowaniem wykorzystywanym do leczenia.

Zabiegi radioterapii mogą odbywać się w trybie ambulatoryjnym lub szpitalnym, decyduje o tym lekarz prowadzący w porozumieniu z pacjentem. Tryb ambulatoryjny oznacza, że pacjent nie musi przebywać w szpitalu i może codziennie sam przyjeżdżać na zabiegi. W niektórych przypadkach możliwe jest kontynuowanie pracy zawodowej w trakcie leczenia promieniami – zależy to od preferencji pacjenta i ustalone jest wspólnie z lekarzem prowadzącym. Tylko niewielka część pacjentów musi być hospitalizowana w trakcie radioterapii, o takiej konieczności informuje pacjenta lekarz prowadzący przed rozpoczęciem leczenia.

Dieta w trakcie radioterapii

Szczególne zalecenia dietetyczne dotyczą głównie chorych napromienianych w obszarze jamy brzusznej lub miednicy. Wówczas zalecana jest dieta bezmleczna, niskoresztkowa (bez surowych owoców i surowych warzyw), czasem również bezglutenowa. W pozostałych przypadkach nie ma ograniczeń dietetycznych – obowiązuje normalna, zdrowa dieta. Należy przyjmować regularnie pełnowartościowe posiłki, w trakcie leczenia onkologicznego nie wolno stosować diet odchudzających. Chorzy, którzy napromieniani są w obszarze głowy i szyi oraz przełyku, powinni unikać pokarmów zbyt gorących i zbyt ostro przyprawionych, które mogłyby dodatkowo podrażniać błonę śluzową jamy ustnej, gardła lub przełyku.

Pielęgnacja skóry w trakcie radioterapii

Reakcja skóry na napromienianie może mieć różne nasilenie, w zależności od lokalizacji guza, dawki i schematu radioterapii, stosowania jednocześnie z radioterapią leczenia systemowego oraz indywidualnej wrażliwości chorego. Zmiany zachodzące w skórze pod wpływem

napromieniania nazywa się odczynem popromiennym. Ujawnia się on zwykle po 2–3 tygodniach od rozpoczęcia leczenia i nasila się stopniowo aż do jego zakończenia, a bardzo często również w ciągu pierwszego tygodnia po zakończeniu radioterapii. Początkowym objawem jest zaczerwienienie skóry, która następnie może złuszczać się delikatnie „na sucho”, a w przypadku bardziej nasilonego odczynu mogą pojawić się pęcherze złuszczone się „na wilgotno” i/lub obrzęk tkanki podskórnej. Włosy w obszarze objętym napromienianiem (ale nie poza nim!) mogą przerzedzić się lub całkowicie wypaść, w większości przypadków odrastają następnie w ciągu 3–6 miesięcy. Obawy przed „poparzeniem” skóry przez promieniowanie mają swoje źródło w czasach, kiedy napromienianie odbywało się z wykorzystaniem starszych technik (aparaty rentgenowskie), gdzie skóra otrzymywała znaczną dawkę promieniowania, co powodowało bardzo nasilone odczyny popromienne. Zastosowanie współczesnych technik napromieniania w znacznym stopniu zmniejsza narażenie skóry, a odczyny popromienne w większości przypadków napromieniania narządów położonych głębiej (płuca, przełyk, narządy przewodu pokarmowego czy miednicy) w ogóle nie występują lub ograniczają się do niewielkiego zaczerwienienia i przesuszenia skóry. Jedynie w przypadku radioterapii w rejonie głowy i szyi, radioterapii zmian skórnych oraz – u niektórych chorych – napromieniania okolicy klatki piersiowej po usunięciu piersi odczyn popromienny może mieć większe nasilenie. Nawet w przypadku dużego nasilenia odczyn ustępuje zwykle samoistnie, stopniowo w ciągu kilku tygodni po zakończeniu radioterapii.

Skórę napromienianą należy delikatnie myć, smarować przeznaczonymi specjalnie do tego celu kremami zaleconymi przez lekarza prowadzącego oraz chronić przed słońcem. Bielizna powinna być luźna, przewiewna, z naturalnych włókien. Okolicę napromienianą należy jak najczęściej wietryż (zapewnić dostęp powietrza). Jeżeli okolica leczona wymaga golenia, należy używać wyłącznie maszynki elektrycznej, nie stosować żadnych substancji przed goleniem czy po goleniu ani kremów do depilacji.

Nowotwory wtórne jako następstwo radioterapii

Promieniowanie wykorzystywane w radioterapii może przyczyniać się do powstawania pewnych typów nowotworów, jednak ryzyko to jest niewielkie. Przyjmuje się, że u około 4 na 1000 chorych napromienianych może dojść do powstania wtórnego nowotworu, jednak potrzeba co najmniej 15 lat, żeby taki nowotwór mógł się rozwinąć. Korzyści związane z zastosowaniem radioterapii znacznie przewyższają ryzyko wynikające z możliwości powstania wtórnego nowotworu.

Bezpieczeństwo osób trzecich w trakcie radioterapii

Teleradioterapia i większość zabiegów brachyterapii jest całkowicie bezpieczna dla osób z otoczenia. Pacjent nie staje się źródłem promieniowania, może kontaktować się z dziećmi i kobietami w ciąży. Pewne szczególne typy brachyterapii, gdzie źródło promieniowania pozostaje w ciele chorego przez jakiś czas lub na stałe, wymagają przejściowego ograniczenia kontaktu z innymi – źródło takie traci z czasem właściwości promieniotwórcze. Pełną informację na temat bezpieczeństwa takiego zabiegu i wymaganego postępowania chory uzyskuje od lekarza prowadzącego przed rozpoczęciem leczenia.

Leczenie systemowe

Barbara Radecka

Systemowe leczenie nowotworów polega na stosowaniu działających ogólnoustrojowo leków przeciwnowotworowych. Leki te mogą bezpośrednio niszczyć komórki nowotworowe, blokować powstawanie nowych komórek nowotworowych lub działać przez pobudzenie układu odpornościowego pacjenta do zwalczania nowotworu. Po wprowadzeniu do organizmu docierają wraz z krwią do każdej części ciała i wszędzie mogą działać na komórki nowotworowe. Do leczenia systemowego zalicza się **chemioterapię, hormonoterapię, terapie molekularnie celowane oraz immunoterapię**. Leczenie systemowe obejmuje także stosowanie leków wspomagających, np. przeciwwymiotnych lub poprawiających tworzenie i dojrzewanie komórek krwi.

Większość leków przeciwnowotworowych jest podawana dożylnie. Aby zapewnić równomierne dawkowanie leku, czasami jest on podawany przez komputerowo sterowany dozownik, zwany pompą. Często praktyką jest wszczepienie pod skórę portu naczyniowego, który jest formą długoterminowego i stałego dostępu do dużego naczynia żylnego. Port składa się z komory (małego metalowego zbiorniczka średnicy około 2 cm) przykrytej samouszczelniającą się silikonową membraną. Z komorą połączony jest elastyczny cewnik, który podczas wszczepiania portu zostaje wprowadzony do dużej żyły (zazwyczaj jest to żyła główna górna). Położenie końcówki cewnika po założeniu portu jest skontrolowane przez wykonanie zdjęcia RTG lub USG. Port naczyniowy stanowi istotne ułatwienie dla pacjenta i personelu medycznego, poprawia komfort leczenia i zmniejsza ryzyko powikłań związanych z dożylnym podawaniem leków. Coraz częściej leki przeciwnowotworowe podawane są doustnie. Ta droga przyjmowania leków ma wiele zalet, jest traktowana jako bardziej naturalna, a leczenie może być wówczas prowadzone w warunkach domowych. Ma to ogromne znaczenie dla chorych leczonych przewlekle, przez wiele miesięcy, a nawet lat. Doustne leczenie wymaga jednak od pacjentów dużej dyscypliny, leki bowiem muszą być stosowane regularnie i zgodnie z zaleceniami. Niektóre leki podawane są podskórnie, domięśniowo, a nawet w postaci czopków. Zdecydowana większość leków przeciwnowotworowych występuje w jednej postaci. Nieliczne występują w postaci dożylniej i doustnej lub dożylniej i podskórnej. Leki przeciwnowotworowe mogą być stosowane codziennie, co tydzień lub co kilka tygodni. Większość z nich może być podawana w tzw. trybie jednodniowym (pacjent nie musi nocować w szpitalu), niektóre mogą być stosowane w domu, a inne powinny być podawane podczas kilkudniowej hospitalizacji.

Leczenie systemowe może polegać na stosowaniu jednej z wymienionych metod lub na skojarzeniu, np. chemioterapii z hormonoterapią lub chemioterapii z immunoterapią. W wielu przypadkach leczenie systemowe jest łączone z miejscowym – chirurgią lub radioterapią. Poszczególne metody mogą być stosowane jednocześnie lub jedna po drugiej.

Dosyć częstą praktyką jest podanie leczenia systemowego po operacji. Ma to na celu zniszczenie resztkowych komórek nowotworowych, aby zapobiec nawrotowi choroby w przyszłości. Leczenie systemowe jest wówczas nazywane uzupełniającym lub adiuwantowym (łac. *adiuvare* – wspomagam). Przykładem takiego leczenia jest chemioterapia po operacji raka jelita grubego czy raka płuca, a także chemioterapia, hormonoterapia oraz immunoterapia po operacji raka piersi. Leczenie systemowe stosowane przed zabiegiem operacyjnym lub radioterapią ma zazwyczaj na celu zmniejszenie wymiarów guza. Jest ono wówczas nazywane wstępnym lub neoadiuwantowym. Przykładem jest chemioterapia poprzedzająca

operację z powodu raka piersi, chemioterapia przed radioterapią z powodu raka płuca czy hormonoterapia poprzedzająca radioterapię z powodu raka gruczołu krokowego. Systemowe leczenie adiuwantowe i neoadiuwantowe jest zazwyczaj częścią leczenia radykalnego, czyli stosowanego w celu wyleczenia chorego.

Leczenie systemowe jest bardzo szeroko stosowane u chorych na zaawansowane nowotwory, z przerzutami do różnych narządów. Wyleczenie jest wówczas zazwyczaj niemożliwe, jednak odpowiednie leczenie systemowe spowalnia przebieg choroby, łagodzi dolegliwości związane z chorobą, a niejednokrotnie pozwala znacząco wydłużyć życie chorych. Takie leczenie systemowe jest nazywane paliatywnym. Zależnie od typu nowotworu stosuje się w takich sytuacjach chemioterapię, hormonoterapię, terapie molekularnie celowane oraz immunoterapię jako metody samodzielne lub w różnych skojarzeniach. Często zdarza się, że w miarę trwania paliatywnego leczenia przestaje ono być skuteczne. Wówczas można podjąć próbę zmiany leczenia na inne (np. zmiana jednego schematu chemioterapii na inny, zmiana hormonoterapii na chemioterapię itp.). Postępowanie polegające na stosowaniu kolejnych linii leczenia jest nazywane w onkologii leczeniem sekwencyjnym.

Wszystkie wymienione sposoby leczenia systemowego, oprócz pozytywnych efektów przeciwnowotworowych, mogą wywoływać działania niepożądane, które wynikają z mechanizmu działania leków i faktu, że leki działają także (w mniejszym lub większym stopniu) na zdrowe komórki organizmu (patrz rozdział „Powikłania leczenia onkologicznego”). Zawsze ważne jest, aby porozmawiać z lekarzem o każdym przepisany leku, w tym o niepożądanych działaniach, na które należy być przygotowanym, a także o tym, jak sobie z tymi działaniami radzić.

Leki przeciwnowotworowe podane choremu nie są szkodliwe dla osób przebywających w jego otoczeniu.

Dla każdego chorego jest ustalany plan postępowania, oparty na zaleceniach i rekomendacjach medycznych towarzystw naukowych. Uwzględnia on szereg czynników, nie tylko typ nowotworu, wielkość i lokalizację guza, lecz także cel, jaki chce się osiągnąć, ogólną sprawność pacjenta, choroby towarzyszące, działania niepożądane planowanego leczenia czy wcześniejsze leczenie przeciwnowotworowe. Podczas ustalania strategii leczenia ważne są także preferencje chorego oraz możliwości współpracy z nim i jego bliskimi.

Lekarz, który planuje i prowadzi leczenie systemowe, to onkolog kliniczny. Wizyta u onkologa klinicznego lub spotkanie z konsylium lekarskim bywa bardzo stresujące dla pacjenta, lekarz przekazuje dużo informacji, a wiele słów jest trudnych do zrozumienia. Na takie spotkanie warto wybrać się z bliską osobą, która wesprze pacjenta i pomoże zapamiętać przekazywane informacje. Przygotowując się do wizyty, warto spisać pytania, które pacjent chciałby zadać lekarzowi. Poniżej kilka przykładów:

- jaki jest cel mojego leczenia?
- czy leczenie będzie długotrwałe?
- jak często będą podawane leki?
- jakie mogą być działania niepożądane leczenia – wczesne i odległe?
- czy są dostępne dla mnie badania kliniczne?
- jak leczenie wpłynie na moje codzienne życie?
- czy będę mógł/mogła kontynuować pracę zawodową?
- co mam zrobić, jeśli wystąpią objawy niepożądane?
- z kim mogę się skontaktować w razie niepokojących objawów?
- czy leczenie będzie dla mnie kosztowne?
- skąd wiadomo, że leczenie będzie działać?

Chemioterapia

Chemioterapia polega na stosowaniu syntetycznych substancji chemicznych niszczących komórki nowotworowe. Jest znana od lat 40. XX wieku. Leki stosowane w chemioterapii są nazywane cytostatykami. Mają różne mechanizmy działania, ale ich wspólną cechą jest to, że działają przede wszystkim na dzielące się komórki. W naszym ciele jest także wiele zdrowych komórek, które stale się dzielą (np. komórki szpiku, błon śluzowych przewodu pokarmowego, skóry, cebulek włosowych) i one także mogą być uszkodzane lub niszczone przez cytostatyki. Z tego faktu wynika większość niepożądanych działań chemioterapii. Zazwyczaj komórki nowotworowe są tymi, które rosną i dzielą się najszybciej, zatem chemioterapia jest wobec nich bardziej „zabójcza” niż wobec komórek zdrowych.

Cytostatyki mogą być stosowane pojedynczo lub w kilkulekowych połączeniach, zwanych schematami. Takie wielolekowe schematy są zazwyczaj skuteczniejsze niż pojedyncze leki, ale są również bardziej toksyczne. Nowotwory wykazują różną wrażliwość na chemioterapię. Nieliczne (białaczki, chłoniaki) można wyleczyć, stosując wyłącznie chemioterapię. W leczeniu większości nowotworów chemioterapia jest jedną z metod, którą należy zastosować.

Chemioterapia jest zazwyczaj podawana dożylnie. Niektóre cytostatyki występują w postaci doustnej. Czasami niektóre z nich mogą być podawane do tętnic doprowadzających krew bezpośrednio do guza. W wybranych sytuacjach klinicznych cytostatyki można wprowadzać do jam ciała – jamy otrzewnowej czy jamy opłucnowej, a także do płynu mózgowo-rdzeniowego (tzw. chemioterapia dojamowa).

Chemioterapia adiuwantowa lub neoadiuwantowa (skojarzona z chirurgią lub radioterapią) trwa zazwyczaj 3–6 miesięcy. Chemioterapia paliatywna jest stosowana tak długo, jak długo pozwala kontrolować przebieg choroby i jest względnie dobrze tolerowana. Czas jej trwania nie jest ściśle określony, może być stosowana kilka miesięcy, rok, a nawet dłużej.

Leczenie hormonalne

Leczenie hormonalne, zwane także hormonoterapią, obejmuje stosowanie leków, które zmieniają stężenie lub działanie hormonów. Hormony to substancje chemiczne wytwarzane w różnych tkankach i wyspecjalizowanych narządach zwanych gruczołami dokrewnymi. Hormony tkankowe działają zwykle w miejscu wytwarzania, natomiast produkowane w tzw. gruczołach dokrewnych są rozprowadzane z krwią po całym ciele i mają wpływ także na odległe narządy. Hormony regulują (aktywują lub hamują) procesy fizjologiczne większości narządów w organizmie. Mogą także wpływać na podziały komórek, zarówno zdrowych, jak i nowotworowych. Działają na komórki docelowe przez receptory, czyli pewne białka znajdujące się na powierzchni lub wewnątrz komórki. Każda komórka w naszym ciele posiada różne receptory, które służą jej do komunikowania się z otoczeniem – innymi komórkami, przestrzenią międzykomórkową lub otaczającymi naczyniami krwionośnymi. Obrazowo receptory można określić jako „oczy i uszy komórki”, dzięki którym odbiera ona różne bodźce i sygnały.

Wzrost i rozwój niektórych nowotworów ściśle zależy od stężenia określonych hormonów. Mowa tutaj o większości raków piersi (tzw. podtyp hormonozależny), raku trzonu macicy, jajnika czy gruczołu krokowego. W przypadku tych nowotworów stosuje się leczenie hormonalne. Leki hormonalne mogą blokować wspomniane receptory, uniemożliwiając działanie naturalnego hormonu na komórkę nowotworową. Mogą także hamować produkcję niektórych hormonów w organizmie, zmniejszając tym samym ich wpływ na komórki nowotworowe.

Hormonoterapia ma zastosowanie na różnych etapach choroby nowotworowej. Może być składową leczenia radykalnego, np. jako hormonoterapia uzupełniająca (adiuwantowa) po operacji z powodu raka piersi lub jako hormonoterapia skojarzona z radioterapią w leczeniu wczesnego raka prostaty. Bardzo często jest stosowana jako paliatywne leczenie przeciwnowotworowe. Charakteryzuje się dobrą tolerancją i względnie niską toksycznością, co ma ogromne znaczenie w przypadku długotrwałego leczenia. W paliatywnym leczeniu chorych na nowotwory hormonozależne często ma miejsce sekwencyjne stosowanie różnych leków hormonalnych, ponieważ w przypadku uzyskania dobrych efektów pierwszej linii hormonoterapii zazwyczaj obserwuje się również skuteczność kolejnych linii. Leczenie hormonalne jest zazwyczaj długotrwałe, może być skuteczne nawet przez kilka lat. Większość przeciwnowotworowych leków hormonalnych ma postać tabletek i jest przyjmowana doustnie, niektóre z nich są podawane w postaci wstrzyknięć domięśniowych.

Czasami leki hormonalne są stosowane jako leczenie wspomagające w celu złagodzenia objawów choroby nowotworowej.

Terapie molekularnie celowane

Leki molekularnie celowane to różne substancje chemiczne oddziałujące na określone cząsteczki (molekuły) obecne w komórce i regulujące procesy jej wzrostu, rozwoju i podziału na komórki potomne. Odkrycie tych cząsteczek i ich znaczenia w życiu komórki stało się możliwe dzięki postępowi w zakresie biologii molekularnej, genetyki i biotechnologii. Naukowcom udało się zgromadzić wiedzę o przebiegu procesów biologicznych w komórce i możliwościach sterowania tymi procesami. Ta wiedza stanowi podstawę terapii molekularnie celowanej.

Należy podkreślić, że większość tych ważnych cząsteczek jest obecna zarówno w komórkach zdrowych, jak i nowotworowych, jednak w komórkach nowotworowych ich stężenie lub aktywność są nieprawidłowe – zbyt wysokie lub zbyt niskie. To przekłada się na wzrost komórek nowotworowych, ich niekontrolowane namnażanie i ostatecznie nieśmiertelność. Podczas gdy w prawidłowych tkankach procesy namnażania i utraty komórek są w równowadze, to komórki nowotworowe wymykają się spod kontroli i nadmiernie się dzielą. Leki molekularnie celowane mogą przywracać tę równowagę. Te leki „pasują” do swoich celów molekularnych jak klucz do zamka. Jedna mała cząsteczka leku może korygować nieprawidłowe procesy życiowe komórki, zablokować podział komórki czy ograniczyć rozwój naczyń krwionośnych w guzie nowotworowym (a więc zmniejszyć dostęp tlenu, glukozy i innych składników odżywczych niezbędnych do życia komórkom nowotworowym). Po pewnym czasie komórki nowotworowe potrafią jednak wykształcić nowy mechanizm, który pozwala „obejść blokadę” i wznowić w komórce procesy wzrostu i namnażania. W takiej sytuacji dotychczasowe leczenie może okazać się już nieskuteczne. Czasami można wówczas zastosować inny lek molekularny, o odmiennym mechanizmie działania i znów na jakiś czas zahamować postęp choroby. Niestety nie w każdej chorobie dysponuje się takimi możliwościami. Zastosowanie odpowiedniej terapii celowanej wymaga często wykonania specjalistycznych badań molekularnych w celu potwierdzenia, że obecny jest „cel” dla leku – nieprawidłowe białko lub zmieniony (zmutowany) gen, który takie białko produkuje. Do badań molekularnych wykorzystuje się krew pacjenta lub tkankę guza nowotworowego.

Większość odkryć, które stały się podstawą do stworzenia terapii celowanych, miała miejsce pod koniec XX wieku. Pierwsze leki molekularnie celowane pojawiły się na początku wieku XXI. Obecnie dziesiątki takich leków stosuje się w leczeniu różnych nowotworów. Leki te można podzielić na dwie kategorie:

- przeciwciała monoklonalne – duże cząsteczki białkowe, działające na receptory na błonie komórek; z uwagi na wielkość cząsteczek są podawane w postaci dożylniej lub podskórnej;
- inhibitory kinaz – małe cząsteczki działające na różne białka (kinazy) wewnątrz komórki; zazwyczaj są podawane jako leki doustne.

Niektóre rodzaje terapii celowanych działają tylko w przypadku konkretnego typu nowotworu. Inne są znane jako terapie „agnostyczne”, czyli aktywne wobec określonych celów molekularnych lub zmian genetycznych, bez względu na rodzaj i pierwotną lokalizację nowotworu.

Bardzo ciekawą grupę leków molekularnie celowanych stanowią tzw. koniugaty. Koniugat to połączenie w jednej cząsteczce leku biologicznego, przeciwciała skierowanego na określony cel molekularny z klasyczną chemioterapią, czyli z cytostatykiem. Takie uzbrojone w chemioterapię przeciwciała to lek, który inteligentnie wprowadza cytostatyk do komórki nowotworowej. Stąd zapewne medialna nazwa takich leków – „konie trojańskie”. Liczne koniugaty, zbudowane z przeciwciał skierowanych na różne cele molekularne (np. receptor HER2, antygen CD30 lub Trop2) i różnych cytostatyków, są obecnie poddawane badaniom w leczeniu wielu nowotworów.

Podobnie jak wiele metod leczenia raka, leki celowane mogą powodować poważne działania niepożądane, które wynikają z mechanizmu działania tych leków. Lista możliwych do wystąpienia działań jest bardzo obszerna, różnym bowiem lekom celowanym towarzyszą różne działania niepożądane (np. wysypki, biegunki, wzrost ciśnienia tętniczego, uszkodzenie mięśnia sercowego, zapalenia jamy ustnej, suchość spojówek, niedokrwistość, obniżony poziom białych krwinek, zaburzenia przemiany tłuszczów i węglowodanów).

Immunoterapia

Immunoterapia, w przeciwieństwie do opisanych powyżej metod, nie działa bezpośrednio na komórki nowotworowe. Jej istotą jest pobudzenie układu odpornościowego pacjenta do zwalczania choroby. Układ odpornościowy, zwany także immunologicznym, to bardzo skomplikowany system narządów, komórek, białek i innych substancji, których zadaniem jest obrona organizmu przed różnymi zagrożeniami, np. wirusami, bakteriami, truciznami. Do takich zagrożeń należą także komórki nowotworowe. Prawidłową pracę układu odpornościowego zapewnia równowaga między jego pobudzeniem i hamowaniem. Na wczesnym etapie rozwoju nowotworu sprawny układ immunologiczny dobrze kontroluje ten proces, niszcząc nieprawidłowe komórki. Komórki nowotworowe mogą jednak produkować substancje, których zadaniem jest oszukanie komórek odpornościowych i hamowanie ich zdolności obrony organizmu przed komórkami nieprawidłowymi. Leki immunologiczne, zwane także immunokompetentnymi, mają za zadanie przywrócić komórkom odpornościowym zdolność rozpoznawania i eliminowania komórek nowotworowych w każdym miejscu organizmu. Immunoterapia może również „wytrenować” układ odpornościowy w zapamiętywaniu antygenów komórek nowotworowych, co pozwala na niszczenie pojawiających się kolejnych nieprawidłowych komórek. Taka „pamięć immunologiczna” może wywołać długotrwałą kontrolę nawet zaawansowanej choroby nowotworowej. Korzyści z zastosowania leczenia mogą utrzymywać się nawet po zakończeniu immunoterapii.

Mimo że opisany mechanizm działania immunoterapii wydaje się uniwersalny, nie u wszystkich chorych ta metoda może być zastosowana. Immunoterapia to „broń z opóźnionym zapłonem”, jej efekt pojawia się po kilku lub kilkunastu tygodniach, a nawet

po kilku miesiącach. Wskazania do immunoterapii zależą od wielu czynników, z których warto wymienić dwa:

- profil choroby – nowotwory wykazują różną wrażliwość na immunoterapię; czasami konieczne jest oznaczenie w guzie nowotworowym specjalnych biomarkerów, aby taką wrażliwość ocenić; ważna jest również dynamika choroby, w przypadku bowiem agresywnie i dynamicznie przebiegających nowotworów immunoterapia „nie zdąży” zadziałać;
- profil pacjenta – korzyść z immunoterapii odnoszą jedynie chorzy w dobrym stanie ogólnym, którzy mają sprawny układ odpornościowy i którzy mogą „poczekać” na odpowiedź układu immunologicznego.

Ocena efektu immunoterapii w trakcie leczenia bywa trudna i wymaga dużego doświadczenia onkologa i radiologa. Czasami guzy nowotworowe atakowane przez komórki odpornościowe paradoksalnie powiększają swoje wymiary i w badaniu obrazowym może to robić wrażenie postępu choroby nowotworowej.

Immunoterapii mogą towarzyszyć działania niepożądane, które wynikają z pobudzenia układu odpornościowego. Takie nadmierne pobudzenie jest cechą osobniczą i trudno je przewidzieć, rozpoczynając leczenie. Pobudzony układ odpornościowy może skierować swoją aktywność przeciwko różnym zdrowym narządom i wywołać immunologiczne zapalenia skóry, tarczycy, wątroby, mięśni, płuc, nerek, serca, trzustki i innych narządów. W większości przypadków takie immunologiczne działania niepożądane mają łagodny przebieg i są łatwe do leczenia. U nielicznych chorych mogą jednak przebiegać dynamicznie, a nawet zagrażać życiu.

Immunoterapia to metoda, która bardzo szybko się rozwija. Pierwszy lek immunokompetentny został zarejestrowany w 2011 roku, a dziś immunoterapia jest stosowana w ponad 20 wskazaniach, m.in. u chorych na czerniaka, raka nerki, niedrobnokomórkowego raka płuca, chłoniaka Hodgkina, nowotwory głowy i szyi, raka piersi czy nowotwory przewodu pokarmowego. Spektrum nowotworów, w których immunoterapia może być zastosowana, systematycznie się poszerza. Należy jednak podkreślić, że to bardzo nowa metoda i istnieje wiele niewiadomych dotyczących jej stosowania.

Badania kliniczne

Dobromira Tyc-Szczepaniak

Lekarze i naukowcy bezustannie pracują nad nowymi, lepszymi i obciążonymi mniejszymi powikłaniami metodami leczenia nowotworów. W ten sposób chcą poprawić przeżywalność, długość i jakość życia pacjentów. Większość chorych otrzymuje leczenie standardowe. Leczenie standardowe to leczenie, które według obecnej wiedzy w danym momencie dla danego typu nowotworu i jego zaawansowania daje najlepsze rezultaty. Tylko badania kliniczne z udziałem pacjentów mogą wykazać, czy nowy sposób leczenia jest lepszy od leczenia standardowego.

Badania nad nowymi metodami leczenia trwają latami. Odbywa się to z poszanowaniem wszelkich naukowych i etycznych zasad. Badania przeprowadzane są bardzo uważnie i ostrożnie, ponieważ każda nowa kuracja może okazać się korzystna, ale też może mieć różne wady. Dlatego nowe sposoby leczenia przed ich wprowadzeniem do rutynowej praktyki należy dokładnie sprawdzić.

Po uzyskaniu pomyślnych wyników badań w laboratoriach i na zwierzętach testuje się skuteczność i bezpieczeństwo nowego leczenia u ludzi. Badania z udziałem ludzi to

ostatni krok w zatwierdzeniu nowego rodzaju leczenia. Tylko wtedy, gdy badania wykazały, że nowy sposób jest bezpieczny i skuteczny, może być on oficjalnie uznany za leczenie standardowe.

W powszechnym użyciu są różne określenia na badanie kliniczne. Inne terminy to np. leczenie eksperymentalne, badanie nad nowymi metodami leczenia, badanie porównawcze lub po prostu – badanie czy trial. Wszystkie te terminy oznaczają możliwość zastosowania nowego sposobu leczenia, który musi być jeszcze dokładnie przebadany przez lekarzy pod względem jego działania i rezultatów u pacjentów.

Lekarze badają m.in.:

- 1) nowe leki,
- 2) nowe sposoby leczenia chirurgicznego i napromieniania,
- 3) kombinacje istniejących metod leczenia,
- 4) nowe podejścia w leczeniu raka,
- 5) nowe metody diagnostyczne,
- 6) genom nowotworów,
- 7) aspekty psychospołeczne,
- 8) jakość życia.

Nowe leki

Naukowcy coraz częściej wytwarzają nowe leki, opierając się na wiedzy o właściwościach komórek nowotworowych. Nowy lek jest tworzony zazwyczaj po wcześniejszym zaobserwowaniu w laboratorium działania przeciwnowotworowego danej substancji. Następnie naukowcy sprawdzają, czy dany lek rzeczywiście przynosi spodziewane efekty u zwierząt, a następnie u ludzi. Wynalezienie nowego leku może trwać nawet 10 lat i przebiega w trzech krokach.

Krok 1 – laboratorium

Na poziomie badań laboratoryjnych naukowcy sprawdzają wrażliwość komórek nowotworowych na daną substancję. Jeśli wyniki są pomyślne, badania przechodzą do następnej fazy.

Krok 2 – testy na zwierzętach

Zwykle odbywają się na myszach, którym wstrzyknięto ludzkie komórki nowotworowe. Naukowcy obserwują działanie leku i jego ewentualne działania niepożądane. Ocenia się, czy lek działa podobnie jak na poziomie laboratoryjnym. Jeśli tak, to możliwe jest rozpoczęcie testów u ludzi.

Krok 3 – badania na ludziach

W ostatnim kroku sprawdza się, czy lek wywiera równie korzystny efekt u ludzi, co u zwierząt. Lek musi być przetestowany na ludziach, ponieważ nie jest pewne, jak zareagują na dany środek pacjenci z nowotworem.

Badania na ludziach mają kilka faz, o czym można przeczytać w dalszej części rozdziału.

Nowe techniki chirurgiczne i metody napromieniania

Nowe techniki chirurgiczne i metody napromieniania często muszą być także najpierw przetestowane w laboratorium i/lub na zwierzętach. Przechodzą one przez ww. kroki podobnie jak nowe leki. Czasami jest również potrzebne dopasowanie lub unowocześnienie aparatury i to także wymaga przeprowadzenia odpowiednich testów na poszczególnych etapach.

Kombinacje obowiązujących sposobów leczenia

Połączenie ze sobą określonych metod leczenia może poprawiać efekt terapii, np.:

- operacja + napromienianie,
- chemioterapia + napromienianie,
- operacja + chemioterapia,
- chemioterapia + nowe leki.

Nawet jeśli poszczególne pojedyncze metody są uznane za standard leczenia, to ich łączne stosowanie musi zostać poddane testom. To samo dotyczy kolejności stosowania różnych terapii, np. czy najpierw zastosować chemioterapię, a później operację, czy odwrotnie.

Badania kliniczne – jak ich szukać

Zapytaj lekarza prowadzącego Twoje leczenie onkologiczne, czy toczą się aktualnie badania kliniczne, w których mógłbyś/mogłabyś wziąć udział. Możesz również samodzielnie przeszukiwać różne bazy badań klinicznych, jak np.:

- <https://www.badaniaklinicznepolsce.pl/baza-badan-klinicznych/#/>,
- <https://immuno-onkologia.pl/badania-kliniczne-immunoterapia-nowotworow>,
- <https://pacjentwbadaniach.abm.gov.pl>,
- <https://clinicaltrials.gov>.

Ustawodawstwo

Badania kliniczne na ludziach są przeprowadzane bardzo ostrożnie, a każdy ich uczestnik podlega ochronie prawnej i etycznej w oparciu o Zasady Dobrej Praktyki Klinicznej (Good Clinical Practice, GCP). Więcej na ten temat można przeczytać np. tutaj:

- <https://www.gov.pl/web/zdrowie/standardy-badan-klinicznych>,
- https://www.gcppl.org.pl/Portals/2/advertisings/ICH_GCP_E6_R2_wersja_polska_FINAL.pdf.

GCP wprowadza m.in. następujące obowiązki:

- 1) uczestnik badania musi otrzymać pisemną informację o badaniu klinicznym, w którym bierze udział;
- 2) uczestnik powinien mieć zapewniony odpowiedni czas do namysłu i podjęcia ostatecznej decyzji o udziale w badaniu;
- 3) uczestnik musi mieć zapewniony dostęp do niezależnego eksperta dysponującego wiedzą o danym badaniu;
- 4) uczestnik musi podpisać pisemną zgodę na udział w badaniu;
- 5) uczestnik może w każdej chwili wycofać się z udziału w badaniu bez podawania przyczyny;
- 6) uczestnik jest ubezpieczony od wszelkich szkód wynikających z udziału w badaniu.

Protokół badania

Przed rozpoczęciem badania badacze są zobowiązani do sporządzenia protokołu badania, który jest zatwierdzany przez odpowiednie organy prawne, m.in. przez Komisję Bioetyczną.

Protokół badania dokładnie opisuje, w jaki sposób będzie przeprowadzane badanie i jakie są warunki uczestnictwa pacjenta w badaniu (kryteria włączenia do badania).

Przykłady warunków:

- odpowiedni wiek,
- odpowiedni rodzaj nowotworu,
- odpowiednie stadium choroby,
- przebyte odpowiednie leczenie.

Jeśli spełnia się warunki określone w protokole, wtedy można się zakwalifikować do udziału w badaniu. Warunki przyjęcia są niezbędne, aby zagwarantować bezpieczeństwo uczestników i zapewnić wysoki stopień wiarygodności wyników badania.

Protokół zawiera również warunki przerwania badania. Na przykład jeśli wyniki nowego sposobu leczenia okazują się gorsze niż zakładane lub wystąpią nieoczekiwane negatywne skutki.

Udział w badaniu klinicznym

Chcesz wziąć udział w badaniu klinicznym lub lekarz zaproponował Ci taką opcję? Omów to ze swoim lekarzem. Jeśli masz więcej pytań, zawsze możesz umówić się na dodatkowe spotkanie z Twoim lekarzem albo z innym lekarzem lub z pielęgniarką, którzy są kompetentni, aby udzielić niezbędnych informacji i odpowiedzieć na pytania odnośnie do danego badania klinicznego.

Uczestniczyć czy nie?

Ty sam decydujesz, czy bierzesz udział w badaniach naukowych. Zanim zdecydujesz, ważne jest, abyś się dowiedział:

- jaki jest cel badania,
- co jest badane, jak działa, jakich korzystnych i niekorzystnych skutków można się spodziewać,
- co oznacza dla Ciebie udział w badaniu.

Twój lekarz nie może Ci doradzić, czy powinieneś/powinnaś uczestniczyć w badaniu, czy nie. Ta decyzja należy do Ciebie. Przeznacz wystarczająco dużo czasu na jej podjęcie. Twój lekarz to na pewno zrozumie. Porozmawiaj o tym z osobami, do których masz zaufanie, takimi jak członkowie rodziny, przyjaciele lub lekarz rodzinny.

Niektórzy ludzie są zaskoczeni, gdy lekarz zwraca się do nich z pytaniem, czy chcą uczestniczyć w badaniach naukowych. Czują się jak „króliki doświadczalne”. Dlatego ważne jest, aby zrozumieć, czym są badania naukowe i czego można lub nie można się po nich spodziewać.

Zdecydowałeś się nie brać udziału w zaproponowanym badaniu? Nie musisz podawać powodu. I nie martw się, Twoje leczenie również nie ucierpi. Będziesz nadal leczony według obowiązujących standardów i z zachowaniem najwyższej staranności.

Niektórzy ludzie boją się, że będą uznani za „trudnych” czy „uciążliwych” pacjentów, gdy będą zadawali pytania. Nigdy nie myśl w ten sposób. Masz prawo zadawać pytania. Twój udział w medycznych badaniach naukowych oznacza, że nie tylko Ty możesz odnieść korzyści, lecz także przyczyniasz się do doskonalenia możliwości leczenia u przyszłych pacjentów, wkładając w to swój wysiłek i czas. Możesz uważać się za członka zespołu badawczego. Tak jak wszyscy inni członkowie zespołu masz prawo być dobrze poinformowany.

W rozmowie na temat udziału w badaniu klinicznym pomagają sporządzenie listy pytań. Gdy umawiasz wizytę, zaznacz, że chciałbyś zadać kilka pytań i omówić wątpliwości. Na spotkanie z lekarzem możesz przyjść z bliską osobą, ponieważ we dwoje usłyszycie i zapamiętacie więcej, a dodatkowo będzie Ci po prostu łatwiej.

Przykładowe pytania:

- ▶ Co naukowcy chcą osiągnąć dzięki badaniu?
- ▶ Jakie leczenie badają?
- ▶ Jakie są możliwe skutki uboczne i jak duże jest ryzyko ich wystąpienia?
- ▶ Co powinienem/powinnam zrobić, jeśli wystąpią u mnie skutki uboczne?
- ▶ Jak ja sam/sama mogę skorzystać z udziału w badaniu?
- ▶ Jakie są praktyczne konsekwencje uczestnictwa w badaniu?
- ▶ Czy będę przyjmowany/przyjmowana do szpitala dodatkowo lub częściej?
- ▶ Czy zostaną zrobione dodatkowe badania laboratoryjne lub obrazowe?
- ▶ Jakie mam opcje leczenia, jeśli nie przystąpię do badania?
- ▶ Co się stanie, jeśli nowe leczenie mi nie pomoże?
- ▶ Czy mogę odłożyć decyzję o uczestnictwie w badaniu?
- ▶ Czy mogę w każdej chwili zakończyć mój udział w badaniu?
- ▶ Czy mogę nadal brać moje obecne leki?
- ▶ Czy po zakończeniu badania mogę zażywać dalej moje obecne leki?
- ▶ Jak długo trwa badanie?
- ▶ Czy jest to badanie I, II, III lub IV fazy?
- ▶ Czy jest losowanie do danej metody testowanej w badaniu?
- ▶ Który lekarz jest osobą kontaktową? Jak i kiedy jest dostępny?
- ▶ Czy po zakończeniu badania nadal będę otrzymywać jakieś wskazówki lub zalecenia?
- ▶ Czy są związane dodatkowe koszty z udziałem w badaniu?
- ▶ Czy mogę zastosować alternatywne metody leczenia?
- ▶ Co się będzie działo po zakończeniu badania?
- ▶ Czy muszę porzucić lub zmienić moje pewne nawyki?
- ▶ Czy ktoś może się dowiedzieć bez mojej zgody, że biorę udział w badaniu?
- ▶ Czy mogę rozmawiać z innymi pacjentami, którzy biorą udział w badaniu?
- ▶ Czy otrzymam wynik badania po jego zakończeniu?

Zgoda na udział w badaniu

Jeśli zdecydujesz się na udział w badaniach naukowych, wtedy potwierdzasz to swoim podpisem pod pisemnym oświadczeniem i w ten sposób wyrażasz świadomą zgodę na udział w badaniu. „Świadoma zgoda” oznacza, że podjąłeś decyzję udziału w badaniu, na podstawie wystarczających i zrozumiałych informacji otrzymanych od lekarza lub innej delegowanej do tego osoby. Świadoma zgoda jest wymagana na każdym etapie badania.

Twój lekarz ma obowiązek udzielić Ci ustnych i pisemnych informacji o:

- celu badania,
- charakterze badania,

- czasie trwania badania,
- możliwych zagrożeniach dla zdrowia i życia związanych z udziałem w badaniu,
- możliwych zagrożeniach dla zdrowia, jeśli będziesz chciał przerwać udział w badaniu,
- wszelkich innych zdarzeniach, które mogą wystąpić w związku z Twoim udziałem w badaniu.

Nie musisz od razu decydować. Przeczytaj informacje, które otrzymałeś/otrzymałaś i dokładnie przemyśl, czy odpowiedzi na pytania, które zadałeś/zadałaś są wystarczające i rozumiałe. Dopiero wtedy podejmij decyzję. Twoim podpisem pod świadomą zgodą poświadczasz, że dobrowolnie, po otrzymaniu wystarczających i zrozumiałych informacji, postanowiłeś/postanowiłaś wziąć udział w badaniu. Wyróżasz również zgodę na wykorzystanie swoich danych i umożliwisz niektórym osobom ich wgląd.

Twój podpis nie oznacza, że nie możesz się wycofać. W każdej chwili masz prawo i możliwość rezygnacji z uczestnictwa w badaniu klinicznym.

Może się zdarzyć, że naukowcy podejmą decyzję o zmianie warunków badania na którymś z etapów trwania projektu. W takim przypadku musisz zostać ponownie poinformowany i wyrazić pisemną zgodę na dalszy udział. Jeśli w trakcie trwania badania okaże się, że inne leczenie jest dla Ciebie lepsze, to Twój lekarz porozmawia o tym z Tobą.

Perspektywy

Udział w badaniu klinicznym nie daje niestety gwarancji sukcesu. Nawet jeśli otrzymasz propozycję wzięcia udziału w badaniu III fazy (czytaj dalej), a badania z wcześniejszych faz wykazują, że dane leczenie działa, na tym etapie nikt jeszcze nie wie na pewno, czy dany rodzaj terapii jest lepszy od przyjętego standardu leczenia. Zwykle oczekuje się, że dla większości pacjentów biorących udział w badaniu wyniki nowego typu leczenia nie będą gorsze od standardowej terapii. Ponadto nie wiesz z góry, czy otrzymasz nowe, czy standardowe leczenie, ponieważ odbywa się to na drodze doboru losowego. Niektórzy pacjenci czują się rozczarowani, że uczestnicząc w badaniu klinicznym, dostają standardowe leczenie, bo takie akurat wylosowali.

Nowinki dotyczące nowych metod leczenia nowotworów regularnie pojawiają się w różnych mediach. Te informacje są często entuzjastyczne i napędzają nadzieję. Chociaż nowe terapie mogą być obiecujące, nie zawsze oznacza to, że mogą już być stosowane u pacjentów. Wynalezienie nowego skutecznego leku to długa i trudna droga. Dobre wieści z laboratorium niestety nie od razu oznaczają dobrą wiadomość dla Ciebie. Ponadto nowy lek lub nowa metoda leczenia zwykle jest odpowiednia tylko dla osoby z określonym rodzajem raka.

Sprawy praktyczne

Jeśli uczestniczysz w badaniach naukowych, warto zadbać o pewne sprawy, których przegląd znajdziesz poniżej:

1. Stosowanie własnych leków

Ważne jest, aby lekarz wiedział, jakie jeszcze leki przyjmujesz, poza tymi przepisаныmi przez niego. Dotyczy to leków przepisanych przez innych lekarzy i leków, które kupiłeś sobie sam bez recepty. Jeśli stosujesz alternatywne leczenie, powiedz to swojemu lekarzowi. Może to wpłynąć na wyniki leczenia. Zapytaj swojego lekarza, czy powinieneś/powinnaś uważać na dietę (np. sok grejfrutowy), co może wpływać na działanie niektórych leków.

2. Ryzyko i obciążenia

Badania kliniczne mogą ze sobą nieść pewne ryzyko. Twój lekarz omówi z Tobą ryzyko i możliwe skutki uboczne. Wzięcie udziału w badaniu klinicznym może być też dla Ciebie dodatkowo obciążające, gdyż być może będziesz musiał/musiła mieć częściej wizyty w szpitalu, poddawać się dodatkowym zabiegom lub pobraniom krwi. Dodatkowo nie jest pewne, że dane leczenie przyniesie pożądany efekt.

3. Ubezpieczenie

Zwykle biorąc udział w badaniu, jesteś dodatkowo ubezpieczony/ubezpieczona od wszelkich uszczerbków na zdrowiu, które mogą powstać podczas badania. Zapytaj o tę informację na początku badania, aby wiedzieć, czy jesteś dodatkowo ubezpieczony/ubezpieczona i jakie są warunki ubezpieczenia.

4. Ochrona danych osobowych i obowiązek zachowania poufności

Do badania potrzebne są różne dane dotyczące Ciebie (np. wiek) i Twojej choroby (np. szczegółowe rozpoznanie). Twój lekarz powie Ci, jak zbierane są dane, kto to robi, kto ma do nich dostęp, kto i w jaki sposób je przetwarza. Twoje dane są dobrze chronione. Zaangażowani w badanie pracownicy mają obowiązek zachowania poufności. Odnotowują dane z Twojej dokumentacji medycznej pod określonym kodem. Badacze znają tylko ten kod, a nie Twoje imię czy nazwisko. Czasami te zaszyfrowane dane również stają się dostępne dla przemysłu farmaceutycznego. W raportach z badań używany jest tylko kod, nigdy Twoje dane personalne. Inaczej jest, gdy badacz jest również Twoim lekarzem albo kiedy badacze, potrzebując lepszego zrozumienia wyników, muszą uzyskać wgląd w Twoją dokumentację medyczną. Jeśli jest to konieczne, to proszą wtedy o Twoją zgodę.

5. Skargi i wnioski

W każdym szpitalu obowiązuje procedura przyjmowania oraz rozpatrywania skarg i wniosków. Możesz z tego skorzystać, gdy podczas udziału w badaniu będziesz miał/miała zastrzeżenia co do jakości przekazywanych Ci informacji lub opieki i świadczonych Ci usług.

Fazy badania klinicznego

Zazwyczaj badanie naukowe nad nową metodą leczenia ma trzy lub cztery fazy. Najpierw testuje się nowe leczenie na małej grupie pacjentów. Badacze sprawdzają, czy nowy sposób leczenia może być stosowany u ludzi, jakie są konsekwencje i czy pacjenci tolerują nową terapię. Następnie badanie krok po kroku rozszerzane jest na coraz to większą liczbę pacjentów. W końcowej fazie sprawdza się, czy wyniki nowego leczenia są lepsze niż wyniki leczenia standardowego.

Badanie fazy I

Po przeprowadzeniu badań na poziomie laboratoryjnym wiadomo, że dana metoda leczenia działa u zwierząt. Teraz można ją zastosować po raz pierwszy u ludzi. Naukowcy nie wiedzą na tym etapie, jak zareagują na to leczenie ludzie. W I fazie naukowcy sprawdzają na małej grupie pacjentów, jak lek jest tolerowany. Badacze przyglądają się również temu, jak lek działa na organizm i w jakiej postaci oraz jaką drogą najlepiej go podawać (np. dożylnie w postaci kroplówki czy doustnie w tabletkach).

Dawkowanie. Lekarze i badacze określają odpowiednią ilość leku lub promieniowania, czyli ustalają dawkowanie. Również oceniają, w jakich odstępach czasu najlepiej podawać

lek lub np. napromienianie. Jest to badane stopniowo. Najpierw pacjenci dostają niewielką dawkę leku i naukowcy obserwują, czy występują jakieś działania uboczne i czy pacjenci dobrze tolerują lek. Jeśli lek wydaje się bezpieczny, to w nowej grupie pacjentów jest testowane wyższe dawkowanie. Manewr ten jest powtarzany kilka razy, aż do momentu ustalenia optymalnego dawkowania, tzn. najwyższego poziomu skuteczności leku przy akceptowalnych działaniach ubocznych.

W przypadku leków badacze przyglądają się również:

- jak szybko organizm wchłania lek,
- jak długo lek pozostaje w organizmie,
- jak lek jest rozkładany,
- jak lek jest wydalany.

Jest to tzw. farmakokinetyka leku i wymaga uszczegółowienia, m.in. dodatkowych badań krwi.

Badanie I fazy może być również ukierunkowane na ustalenie nowego schematu dawkowania znanego już od dawna leku lub nowego schematu dawkowania napromieniania, lub nowego kojarzenia ze sobą znanych wcześniej metod leczenia. W takich przypadkach dane o efekcie, działaniach ubocznych i dawkowaniu są znane. Badacze sprawdzają, czy nowe dawkowanie lub kojarzenie ze sobą terapii da lepsze efekty oraz obserwują skutki uboczne. Badanie fazy I zazwyczaj prowadzone jest tylko w jednym szpitalu i kwalifikowani są do niego pacjenci, którzy wyczerпали już możliwości leczenia standardowego i nie ma leków, które mogliby otrzymać na danym etapie choroby.

Badanie fazy II

Jeśli zostanie wykazane, że nowe leczenie jest bezpieczne i dobrze tolerowane przez pacjentów, następuje faza II. Celem badań fazy II jest ustalenie, czy nowa terapia lub nowa kombinacja leczenia naprawdę działa w danym typie nowotworu. Często poprzednie badania już wskazują, w jakich rodzajach raka leczenie może działać.

Lek, który działa na raka piersi, nie może tak po prostu zacząć być stosowany w raku jelita. Dla każdego rodzaju raka należy przetestować nowy lek i przeprowadzić oddzielne badanie fazy II.

Badania II fazy przeprowadza się na małych grupach pacjentów. Na tym etapie szuka się dowodów na to, że nowe leczenie w danej grupie daje szansę na poprawę wyników leczenia.

Badanie fazy III

W fazie III porównuje się standardowe leczenie z nową terapią lub nowym skojarzeniem wcześniejszych metod leczenia na dwóch dużych grupach pacjentów z określonym typem nowotworu.

Nową terapię uznaje się za lepszą od standardowej, jeśli:

- nowe leczenie zwiększa szanse na przeżycie lub zwiększa szansę na zahamowanie rozwoju choroby i daje mniej skutków ubocznych;
- nowe leczenie daje większe szanse na przeżycie lub złagodzenie choroby, ale nie gwarantuje mniejszych skutków ubocznych;
- nowe leczenie nie zmienia szans na przeżycie i daje te same szanse na zatrzymanie choroby, ale ma mniej skutków ubocznych.

Dobór losowy. W badaniu III fazy ważne jest, aby obydwie badane grupy pacjentów (otrzymujące leczenie standardowe i otrzymujące nowe leczenie) były ze sobą porównywalne

m.in. pod względem struktury wiekowej, płci, rasy czy stanu ogólnego. W przeciwnym razie badanie nie będzie mogło dać jednoznacznej odpowiedzi, które leczenie daje najlepsze rezultaty. System losujący decyduje o tym, kto zostanie przydzielony do której grupy. Zarówno Ty, jak i Twój lekarz nie wiecie z góry, do której grupy trafisz i czy otrzymasz standardowe, czy nowe leczenie. Wyrażając zgodę na udział w badaniu, nie możesz wybrać sposobu leczenia.

Od projektu badania zależy, czy zostaniesz poinformowany/poinformowana o tym, jakie leczenie wylosowałeś/wylosowałaś. W pojedynczo zaślepionych badaniach (pojedyncza ślepa próba) badacze i lekarze wiedzą, a pacjenci nie wiedzą, jakie leki otrzymują. W badaniach podwójnie zaślepionych (podwójna ślepa próba) zarówno Ty, jak i lekarze nie wiecie, jaki lek otrzymujesz. Po zebraniu wszystkich danych i ogłoszeniu wyników dowiesz się, jakie leczenie otrzymałeś/otrzymałaś. Zwykle jest to kilka lat później.

Oczekiwania. Na podstawie wyników wcześniejszych faz można spodziewać się, że nowe leczenie nie będzie gorsze niż leczenie standardowe. Ale nie można być tego pewnym. Wyniki leczenia mogą okazać się niezadowolające lub mogą wystąpić nieoczekiwane szkodliwe skutki leczenia. W tych przypadkach badanie zostaje zakończone wcześniej.

Badania fazy III są zwykle wieloośrodkowe, czyli prowadzone przez kilka szpitali, a czasem również mają zasięg międzynarodowy.

Badanie fazy IV

Jeśli zastosowanie nowego preparatu przyniosło wystarczająco dobre wyniki w fazie III, zostaje on oficjalnie zarejestrowany jako lek. Zajmuje się tym Urząd Rejestracji Leków. Producent może teraz sprzedać, a lekarze mogą przepisać lek pacjentowi. W fazie IV na większych grupach pacjentów weryfikowane są jeszcze raz wyniki z wcześniejszych faz i badane są kwestie, które nie były brane wcześniej pod uwagę, np. możliwe długoterminowe konsekwencje nowej terapii.

Placebo

W badaniach fazy II i fazy III czasami stosowane jest *placebo*. *Placebo* wygląda tak samo jak nowy lek, ale nie zawiera składnika aktywnego. Nie jest to zatem prawdziwy lek. *Placebo* jest stosowane, gdy nie ma standardowego leczenia i porównuje się wtedy z nim (czyli z niczym) nową terapię. *Placebo* używane jest również, jeśli testowane są nowe kombinacje. Na przykład standardowa chemioterapia w połączeniu z *placebo*, w porównaniu z chemioterapią w połączeniu z nowym lekiem.

Powikłania leczenia onkologicznego

Barbara Radecka, Monika Rucińska

Radioterapia

Powikłania (objawy uboczne) są nieodłącznym elementem każdego rodzaju leczenia przeciwnowotworowego, zarówno chirurgicznego, jak i radioterapii oraz leczenia systemowego. Powikłania leczenia onkologicznego mogą być trwałe (np. amputacja piersi) lub przemijające (np. nudności i wymioty po chemioterapii).

W przypadku radioterapii powikłania dzieli się na:

- wczesne – występujące w trakcie trwania leczenia lub bezpośrednio po jego zakończeniu i utrzymujące się do kilku lub kilkunastu tygodni (maksymalnie do 6 miesięcy) po zakończeniu leczenia;
- późne – pojawiające się po dłuższym czasie od zakończenia leczenia (po okresie od 6 miesięcy do nawet wielu lat).

Powikłania wczesne (ostre) narastają stopniowo, w zasadzie nie ma możliwości zapobiegania im, ale za to zazwyczaj ustępują samoistnie lub poddają się stosunkowo „prostemu leczeniu”. Powikłania ostre mogą, ale nie muszą wystąpić, chociaż w mniej lub bardziej nasilonej formie są obserwowane u większości chorych. Do odczynów ostrych tzw. ogólnoustrojowych należą: ogólne osłabienie, zwiększona męczliwość i brak apetytu. Odczyny miejscowe związane są natomiast z konkretnymi okolicami ciała poddawany napromienianiu i mogą dotyczyć właściwie wszystkich narządów. Ostre odczyny swoimi objawami przypominają trochę stany zapalne. Często zauważalnym objawem ubocznym radioterapii jest odczyn ze strony skóry – skóra ulega zaczerwienieniu, pojawia się uczucie suchości skóry, swędzenie, pieczenie, następnie złuszczenie skóry i utrata włosów w obszarze napromienianym. Jeżeli napromienianiem objęte są błony śluzowe jamy ustnej, dochodzi do uczucia suchości w jamie ustnej, bólu, pojawia się obrzęk dziąseł, języka, owrzodzenia, krwawienia z błon śluzowych, mogą pojawić się zaburzenia smaku i węchu. Napromienianiu klatki piersiowej mogą towarzyszyć duszność, kaszel (zazwyczaj suchy, męczący, czasami z odkrztuszaniem wydzieliny podbarwionej krwią), ból w klatce piersiowej, uczucie suchości w gardle i przełyku, ból przy przełykaniu. Przy napromienianiu jamy brzusznej mogą wystąpić bóle brzucha, uczucie wzdęcia, nudności, rzadko wymioty, zaburzenia w oddawaniu stolca (biegunki, zaparcia, większa ilość gazów, śluz lub świeża krew w stolcu) oraz zaburzenia oddawania moczu (uczucie parcia na mocz, częstomocz, pieczenie i ból przy oddawaniu moczu, krew w moczu).

W trakcie leczenia i bezpośrednio po zakończeniu radioterapii pacjent powinien przestrzegać zaleceń dotyczących pielęgnacji skóry i odpowiedniej diety oraz stosować zalecone przez lekarza leczenie, co zmniejsza dolegliwości związane z powikłaniami radioterapii i ułatwia gojenie się odczynu wczesnego.

Powikłania późne mogą dotyczyć różnych tkanek i narządów. Aby nie dopuścić do groźnych dla zdrowia i życia powikłań, stosuje się odpowiednie techniki napromieniania, aby zdrowe tkanki otrzymały jak najmniejszą dawkę promieniowania. Jednak czasami, mimo wysiłków lekarzy, dochodzi do poważnych późnych powikłań radioterapii. Przykładowo w obrębie płuc może rozwinąć się zwłóknienie, w sercu uszkodzenie naczyń wieńcowych skutkujące zaburzeniami rytmu serca czy zawałem mięśnia sercowego, w tarczycy jej niedoczynność, a w jelitach zrosty i zaburzenia wchłaniania. Powikłania te niestety najczęściej są trudne, a czasami wręcz niemożliwe do wyleczenia.

Powikłania leczenia systemowego

Dawkowanie leków onkologicznych jest ustalane w toku badań klinicznych. Powinno ono zapewniać najlepszy efekt leczniczy przy możliwie najmniejszym ryzyku powikłań i uszkodzenia zdrowych komórek. Spodziewane korzyści dla pacjenta zawsze muszą przewyższać ryzyko związane z leczeniem. Trzeba jednak podkreślić, że komórki nowotworowe to uszkodzone i zmienione chorobowo komórki organizmu pacjenta. Procesy życiowe zachodzące

w komórkach nowotworowych, takie jak wzrost, namnażanie, występują także, choć z mniejszą intensywnością, w zdrowych komórkach. Jeśli zatem leki onkologiczne mają za zadanie uszkodzić te procesy, należy się spodziewać podobnego uszkodzenia w zdrowych komórkach. Powikłania leczenia przeciwnowotworowego są zatem nieuniknione. Niektórym powikłaniom można skutecznie zapobiegać, większość można dobrze kontrolować (łagodzić nasilenie, skrócić czas trwania) odpowiednim leczeniem wspomagającym, bywają także powikłania, których medycyna nie potrafi opanować.

Niezmiernie ważne jest, aby pacjent otrzymał od lekarza prowadzącego wyczerpujące informacje o możliwych objawach niepożądanych. Dzięki temu może sam zauważyć u siebie zmiany, co zazwyczaj przyspiesza interwencję medyczną i skraca czas trwania powikłań. Nie bez znaczenia jest także aspekt psychologiczny, znajomość zagrożeń zmniejsza bowiem niepokój i lęk towarzyszący leczeniu.

Działania niepożądane związane ze stosowaniem chemioterapii dotyczą różnych tkanek zdrowych. Z uwagi na czas wystąpienia można je podzielić na:

- ostre – występujące niemal natychmiast po podaniu chemioterapii, np. nudności, wymioty, reakcje uczuleniowe;
- wczesne – występujące w okresie od 2 do 6 tygodni po chemioterapii, np. uszkodzenie komórek szpiku kostnego skutkujące obniżeniem liczby krwinek białych lub płytek krwi, rzadziej krwinek czerwonych, wypadanie włosów wywołane uszkodzeniem cebulek włosów, zapalenie błon śluzowych jamy ustnej lub jelita;
- późne – występujące w okresie od kilkunastu tygodni do kilku miesięcy lub nawet lat po leczeniu chemioterapią, np. uszkodzenie mięśnia sercowego, zwłóknienie płuc, uszkodzenia nerwów (polineuropatia) objawiające się zaburzeniami czucia w obrębie dłoni i stóp oraz utrudnieniem wykonywania precyzyjnych czynności, uszkodzenie nerek, zaburzenia funkcji jąder lub jajników skutkujące bezpłodnością lub wczesną menopauzą; w rzadkich przypadkach mogą wystąpić wtórne nowotwory, np. białaczki.

Większość powikłań chemioterapii ma charakter przejściowy. Są one odwracalne i ustępują samoistnie lub pod wpływem leczenia wspomagającego. Powikłania późne są często nieodwracalne.

Działania niepożądane hormonoterapii zależą od tego, jaki wpływ wywiera dany lek przeciwnowotworowy na gospodarkę hormonalną pacjenta. Jeśli terapia hormonalna ma na celu obniżenie wpływu estrogenów (żeńskich hormonów płciowych ważnych w rozwoju raka piersi) czy androgenów (męskich hormonów płciowych ważnych w rozwoju raka prostaty), to działania niepożądane wynikają z niedoboru tych hormonów. Do najczęstszych działań niepożądanych hormonoterapii należą: uderzenie gorąca, wzmożona potliwość, senność, obniżenie *libido*, nudności, przerzedzenie włosów, suchość pochwy i wzrost masy ciała. Większość objawów niepożądanych ustępuje po zakończeniu hormonoterapii.

Terapie molekularnie celowane także nie są pozbawione skutków ubocznych. Spektrum niepożądanych objawów jest szerokie, zależy bowiem od tego, jakie cząsteczki w komórce są blokowane i jakie procesy życiowe są wstrzymane przez dany lek. Omówienie wszystkich skutków ubocznych terapii molekularnie celowanych przekracza ramy niniejszej publikacji. Warto jednak przytoczyć takie, które występują przy stosowaniu różnych leków. Do najczęstszych objawów niepożądanych należą osłabienie, suchość skóry, świąd, odczyny skórne w postaci wysypki czy zmian trądzikopodobnych, rumień dłoni i stóp, zapalenia wałów paznokciowych i biegunka.

Skutki uboczne leków immunologicznych wynikają z ich specyficznego mechanizmu działania. Ponieważ leki te działają na komórki układu odpornościowego, a nie bezpośrednio

na komórki nowotworowe, nie powodują również bezpośrednich uszkodzeń komórek zdrowych. Nie oznacza to, że leki immunologiczne są pozbawione skutków ubocznych. Pobudzone przez nie układ odpornościowy pacjenta rozwija mechanizmy przeznaczone do zniszczenia komórek nowotworowych, jednak mogą one również zaatakować zdrowe tkanki pacjenta, wywołując tzw. immunologiczne zapalenia różnych narządów. Najczęściej są to immunologiczne zapalenia jelit, wątroby, tarczycy, przysadki, nerwów obwodowych, skóry czy płuc, a nawet serca. Większość z tych procesów ma łagodny przebieg i ustępuje samoistnie lub pod wpływem steroidów. W niektórych przypadkach zapalenia immunologiczne mogą prowadzić do zniszczenia narządu, a nawet być groźne dla życia.

Co trzeba wiedzieć o swoich prawach

Natalia Łojko

Będąc chorym, warto pamiętać o tym, że polskie przepisy ustanawiają szereg praw, które chronią pacjenta i zapewniają mu np. dostęp do informacji, należyty poziom świadczeń czy podmiotowość w procesie podejmowania decyzji terapeutycznych.

Gdzie uregulowane są prawa pacjenta

Regulacja praw pacjenta zawarta jest zasadniczo w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta („ustawa o prawach pacjenta”), ale niektóre kwestie uregulowane są w innych aktach prawnych, np. w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, w ustawie o działalności leczniczej, w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych czy w Kodeksie Etyki Lekarskiej.

Co jakiś czas wraca koncepcja znowelizowania ustawy o prawach pacjenta w taki sposób, by uwzględnić w niej, oprócz praw pacjenta, również jego obowiązki. Projekt nowelizacji został już nawet przygotowany przez Rzecznika Praw Pacjenta (RPP). Nie został on jednak do tej pory uchwalony.

Kto jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta

Do przestrzegania praw pacjenta zobowiązane są nie tylko osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych (w tym personel medyczny) i podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych (co jest naturalne i co wyczuwamy dość intuicyjnie), lecz także organy władzy publicznej właściwe w zakresie ochrony zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Jest to szczególnie ważne ze względu na to, że w Polsce w praktyce często do naruszenia prawa dochodzi w związku z działaniami organów publicznych, w tym tych finansujących świadczenia zdrowotne.

Jakie prawa ma pacjent

Pacjentowi w procesie terapeutycznym przysługują liczne prawa, m.in.:

- prawo do świadczeń zdrowotnych;
- prawo do informacji;
- prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych;
- prawo do tajemnicy informacji z nim związanych;
- prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych;
- prawo do poszanowania jego intymności i godności;

- prawo do dostępu do dokumentacji medycznej;
- prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza;
- prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego;
- prawo do opieki duszpasterskiej;
- prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany udostępnić informację o prawach pacjenta w formie pisemnej, umieszczając ją w swoim lokalu w miejscu ogólnodostępnym¹. W przypadku pacjenta niemogącego się poruszać informację tę udostępnia się w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa.

Choć wszystkie wymienione wyżej prawa pacjenta odgrywają istotną rolę w procesie terapeutycznym, w praktyce szczególnie ważne są (jak się wydaje) te, które dotyczą dostępu do świadczeń zdrowotnych, uzyskiwania informacji o procesie terapeutycznym, możliwości współpodejmowania decyzji w tym procesie, poszanowania intymności i godności oraz dostępu do dokumentacji medycznej.

Prawo do świadczeń zdrowotnych

Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych (zarówno diagnostycznych, jak i leczniczych)² odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Aktualna wiedza medyczna to stan wiedzy w momencie udzielania świadczeń. Składają się nań wytyczne towarzystw naukowych dotyczące postępowania w danej chorobie, wyniki badań naukowych, praktyka kliniczna, aktualne charakterystyki podawanych leków. Innymi słowy, pacjent powinien być leczony zgodnie ze stanem wiedzy z momentu leczenia – nie zaś metodami przestarzałymi, niezgodnymi z wynikami badań czy praktyką kliniczną, naruszającymi wytyczne towarzystw naukowych. Standard aktualnego stanu wiedzy medycznej jest również standardem odpowiedzialności personelu medycznego z tytułu podjętych działań.

Świadczenia zdrowotne mają być udzielane z należytą starannością, w warunkach odpowiadających wymaganiom fachowym i sanitarnym (są określone w przepisach wykonawczych), przez osoby, które są zobowiązane stosować się do zasad etyki zawodowej.

Bardzo jasne wytyczne co do tego, jak należy rozumieć prawo do ochrony zdrowia, dał Trybunał Konstytucyjny. Zgodnie z jego orzecznictwem treścią prawa do ochrony zdrowia (czyli prawa do świadczeń zdrowotnych): *nie jest naturalnie jakiś abstrakcyjnie określony (i w gruncie rzeczy niedefiniowalny – o czym niżej) stan „zdrowia” poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności. Co ważne: Nie chodzi o dostępność formalną, deklarowaną przez przepisy prawne o charakterze programowym, ale o dostępność rzeczywistą, stanowiącą realizację określonego w ust. 1 art. 68 Konstytucji prawa do ochrony zdrowia. Trybunał podkreślił też, że system ochrony zdrowia jako całość musi gwarantować realizację prawa do ochrony zdrowia poszczególnych jednostek, zaś stanowiące jego komponent*

¹ Nie dotyczy to wykonywanych wyłącznie w miejscu wezwania indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, indywidualnych praktyk pielęgniarek, położnych, indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych i indywidualnych praktyk fizjoterapeutycznych.

² Świadczenia zdrowotne są zdefiniowane szeroko jako wszelkie działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

świadczenia finansowane ze środków publicznych muszą być dostępne dla wszystkich obywateli na zasadzie równości³. To bodaj najistotniejsze orzeczenie Trybunału (i być może jakiegokolwiek sądu w Polsce) dotyczące prawa do ochrony zdrowia, wskazuje ono bowiem wyraźnie, że prawo to nie może mieć charakteru tylko fikcyjnego, ale ma mieć charakter rzeczywisty.

Może się zdarzyć, że dostęp do świadczeń zdrowotnych będzie ograniczony. W takiej sytuacji pacjent ma prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń. Innymi słowy, kolejka do świadczeń powinna być oparta na obiektywnych kryteriach medycznych, nie zaś stanowić twór nieprzejrzysty, uznaniowy, związany z kryteriami pozamedycznymi, takimi jak sympatia do pacjenta.

W razie zagrożenia zdrowia lub życia pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych. Co istotne, dla pacjentów onkologicznych, chorych na nowotwory, sądy coraz częściej orzekają, że choroby onkologiczne stanowią stan zagrożenia życia, co uzasadnia natychmiastowe udzielenie pomocy niezależne od „wielkości” kontraktów placówek z NFZ.

Prawo do współuczestniczenia w procesie terapeutycznym

Pacjent ma prawo do współuczestniczenia w procesie terapeutycznym – zarówno na etapie diagnostyki, jak i leczenia. Na prawo to składają się liczne bardziej szczegółowe uprawnienia, wymienione poniżej.

Prawo do informacji oraz wyrażenia własnego zdania

Pacjent, który ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Informacje te pacjent ma prawo uzyskać od osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, w zakresie tych świadczeń oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.

Dziecko, które nie ukończyło 16 lat, ma również prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny tej informacji, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.

Pacjent może żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu tej informacji. Ma również prawo do wyrażenia zgody na udzielenie tej informacji innym osobom.

Po uzyskaniu tej informacji pacjent ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie.

Jeśli lekarz zamierza odstąpić od leczenia, pacjent ma prawo do dostatecznie wczesnej informacji o tym zamiarze i wskazania przez lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Pacjent ma również prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

³ Wyrok TK w sprawie o sygnaturze akt K 14/03, Legalis nr 60760.

Prawo do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub odmowy zgody

Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Dopiero po uzyskaniu tych informacji mamy do czynienia z tzw. zgodą świadomą, a więc zgodą skuteczną. Odrębne zasady przewidziane są w przypadku pacjentów małoletnich, osób ubezwłasnowolnionych i w innych szczególnych przypadkach. Co istotne, zgoda może być wyrażona w dowolnej formie – forma pisemna jest wymagana tylko w sytuacjach wprost wskazanych przez prawo, a więc m.in. wtedy, gdy zgoda ma być wyrażona na leczenie operacyjne lub na zabieg diagnostyczny lub leczniczy o podwyższonym ryzyku. Brak wyrażenia świadomej zgody przez pacjenta powoduje, że pacjent nie przejmuje ryzyka związanego z zabiegiem, a więc lekarz przeprowadzający zabieg odpowiada na zasadzie zaostrożonej – tj. na zasadzie ryzyka, a nie na zasadzie winy. Niezależnie od tego sam fakt nieuzyskania zgody jest naruszeniem prawa pacjenta, za które pacjent może dochodzić zadośćuczynienia.

Prawo żądania, aby udzielający pacjentowi świadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie, a pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej)

Lekarz lub pielęgniarka mogą odmówić, jeśli uznają, że żądanie to jest bezzasadne. Zarówno jednak żądanie, jak i odmowę należy odnotować w dokumentacji medycznej.

Prawo dostępu do dokumentacji medycznej

Jest to prawo szczególnie istotne, biorąc pod uwagę znaczenie dokumentacji jako źródła wiedzy o stanie pacjenta i jego leczeniu. Zwłaszcza że w toku swojego życia, a nawet w toku leczenia tej samej choroby, pacjent bywa pod opieką różnych lekarzy. Niestety, jak wynika z rocznych raportów dotyczących przestrzegania praw pacjentów, jest to zarazem jedno z praw najczęściej łamanych.

Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. W celu realizacji tego prawa podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną, a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

W związku z tym, że w dokumentacji medycznej zawarte są szczególnie wrażliwe informacje dotyczące zdrowia pacjenta, podlega ona szczególnej ochronie, a zasady dostępu do niej są szczegółowo uregulowane. Co do zasady dostęp do dokumentacji medycznej (określonej w przepisach jako prawo przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej) mają – i to tylko w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu – następujące podmioty: osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych. Osoby te są zobowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem

uzyskanych w związku z wykonywaniem zadań. Są one związane tajemnicą także po śmierci pacjenta.

Przepisy określają minimalną zawartość dokumentacji medycznej, a także zasady dokonywania w niej wpisów oraz korygowania ich. Fałszowanie dokumentacji medycznej stanowi przestępstwo i podlega sankcji karnej.

Prawo określa szczegółowo zasady udostępniania dokumentacji medycznej. Mianowicie podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może udostępnić dokumentację medyczną wyłącznie pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Na zasadzie wyjątku podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może również udostępnić dokumentację medyczną lub jej część innym podmiotom wskazanym wprost w ustawie o prawach pacjentów, ale też wyłącznie w celach tam wskazanych.

Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej⁴, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.

W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej zgodę na udostępnienie wyraża sąd w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską.

W sytuacji, gdy pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji medycznej, sąd mimo wszystko w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia, jeżeli jest to niezbędne w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta lub dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

Rozstrzygając w takich sprawach, sąd bada interes uczestników postępowania, rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem, wolę zmarłego pacjenta oraz okoliczności wyrażenia sprzeciwu.

Prawo określa również szczegółowo sposób, w który jest udostępniana dokumentacja medyczna. Dokumentacja może zostać udostępniona:

- do wglądu w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
- przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
- przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- na informatycznym nośniku danych.

⁴ Osoba bliska jest zdefiniowana jako małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.

Prawo do poszanowania intymności i godności

Prawo do poszanowania intymności i godności zobowiązuje personel szpitalny i inne podmioty, które są zobowiązane szanować prawa pacjentów, do zapewnienia warunków, w których nie będzie naruszana intymność pacjenta, a więc sfera węższa jeszcze niż prywatność, taka, do której pacjent dopuszcza jedynie najbliższe sobie osoby. Poszanowanie intymności polega więc na zabezpieczeniu tej sfery tak, by nie „dostawały” się do niej osoby niepowołane.

Przepisy wskazują zatem, kto może być obecny przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Co do zasady mogą to być osoby udzielające świadczeń zdrowotnych. Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia lub wykonywanie czynności kontrolnych na podstawie przepisów o działalności leczniczej.

Uczestnictwo czy obecność innych osób wymaga zgody pacjenta i osoby wykonującej zawód medyczny udzielającej świadczenia.

W celu zapewnienia poszanowania intymności gabinet lekarski powinien być wyciszony tak, by szczegóły rozmowy z pacjentem nie przedostawały się na zewnątrz, do uszu osób niepowołanych. Powinien też być zabezpieczony przed nagłym wtargnięciem osób trzecich. Jeśli nawet nie uda się zapewnić każdemu pacjentowi oddzielnej sali, należy zrobić wszystko, by dać mu prywatność, np. używając parawanów, ścisząc głos przy udzielaniu informacji.

Prawo do poszanowania godności oznacza, że nie będzie umniejszana godność pacjenta czyli przyrodzone poczucie własnej wartości. Przykłady nieposzanowania tego prawa stanowią obrażanie pacjenta czy wyzywanie go, niekoniecznie bezpośrednio, czyli w jego obecności, ale też np. w rozmowach pomiędzy personelem medycznym.

Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności.

Elementem prawa do poszanowania godności jest również przewidziane w ustawie o prawach pacjenta wprost prawo do leczenia bólu. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.

Prawo do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem

Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. W celu realizacji tego prawa osoby wykonujące zawód medyczny są zobowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta.

Przepisy wskazują wprost i wyczerpująco sytuacje, w których informacje związane z pacjentem mogą podlegać ujawnieniu. Może to mieć miejsce w przypadku, gdy:

- tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;
- zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
- pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
- zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Prawo obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń

Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Czy można ograniczyć korzystanie z praw pacjenta

Ograniczenie korzystania z praw pacjenta jest dopuszczalne tylko w przypadkach wprost wskazanych w przepisach. Kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku prawa do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu.

Do kogo zwrócić się w razie naruszenia moich praw jako pacjenta

W razie naruszenia praw pacjenta można skorzystać z kilku mechanizmów. W szczególności pacjent może zwrócić się do Rzecznika Praw Pacjenta (RPP), czyli do organu powołanego po to, by stać na straży praw pacjenta. RPP ma wiele istotnych kompetencji. Najistotniejszą z punktu widzenia konkretnego pacjenta jest obowiązek przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, ilekroć RPP poweźmie wiadomość *co najmniej uprawdopodobniającą naruszenie praw pacjenta* (art. 50 ustawy o prawach pacjenta). Efektem tego postępowania może być:

- brak stwierdzenia naruszenia praw pacjenta;
- skierowanie wystąpienia do podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, organu, organizacji lub instytucji, w których działalności stwierdził naruszenie praw pacjenta; podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, organ, organizacja lub instytucja, do których zostało skierowane wystąpienie, są zobowiązane niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni, poinformować RPP o podjętych działaniach lub zajętych stanowisku; w przypadku, gdy RPP nie podziela tego stanowiska, może zwrócić się do właściwego organu nadrzędnego z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa; dodatkowo, jeżeli sprawa tego wymaga, RPP żąda wszczęcia postępowania dyscyplinarnego lub zastosowania sankcji służbowych wobec konkretnego pracownika placówki;
- zwrócenie się do organu nadrzędnego z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa.

Na stronie internetowej RPP zamieszczone są wyjaśnienia dla pacjentów dotyczące zgłaszania problemów⁵. W tym celu ustanowiona została ogólnopolska bezpłatna infolinia (800 676 676).

⁵ Wyjaśnienia dostępne są na stronie: <https://www.rpp.gov.pl/dla-pacjenta/abc-praw-pacjenta/w-jakich-sytuacjach-mozemy-zwrocic-sie-o-pomoc-do-rpp/> [dostęp 13.12.2019].

Drugi mechanizm polega na tym, że w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta może on zwrócić się do sądu o przyznanie zadośćuczynienia pieniężnego. Możliwość ta nie przysługuje jednak w odniesieniu do wskazanych przez ustawodawcę praw, to jest prawa do:

- przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
- informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych;
- dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta;
- zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych.

Jeśli pacjent doznał szkody (majątkowej lub niemajątkowej), może dochodzić rekompensaty (szkody majątkowej w postaci odszkodowania, a szkody niemajątkowej w postaci zadośćuczynienia) na zasadach ogólnych, tj. niezależnie od szczegółowej regulacji umożliwiającej dochodzenia zadośćuczynienia pieniężnego opisanej powyżej.

Mechanizm pierwszy, czyli złożenie wniosku do RPP, jest najłatwiejszy, gdyż postępowanie wyjaśniające prowadzi sam Rzecznik Praw Pacjenta i nie wiąże się ono ze szczególnymi kosztami dla pacjenta. Mechanizm sądowy wymaga od pacjenta większego wysiłku i kosztów, wiąże się bowiem z koniecznością udowodnienia swoich roszczeń oraz pokrycia m.in. opłaty sądowej, a czasem również (w razie przegrania procesu) poniesienia kosztów drugiej strony.

Co ważne, niektóre naruszenia praw pacjenta, np. prawa do postępowania zgodnego z aktualnym stanem wiedzy medycznej, mogą stanowić podstawę dochodzenia także innych roszczeń, np. w trybie odpowiedzialności za tzw. zdarzenia medyczne.



2

AKTYWIZACJA

ZAWODOWA

Co trzeba wiedzieć o aktywizacji zawodowej

Sylwia Kośnik

Jak wrócić na rynek pracy po dłuższej przerwie

Przerwa w pracy może sprawić, że powrót do aktywności zawodowej jest trudniejszy, niż mogłoby się wydawać. Można mieć wrażenie niedopasowania, rynek pracy bowiem tak szybko się zmienia, i pojawić się mogą obawy, że się nie nadajemy i żaden z pracodawców nie zechce z nami pracować. Powrót po przerwie – nawet tej długiej, jest jednak jak najbardziej możliwy.

Jak powrócić do pracy

Można tak bardzo obawiać się powrotu, że nasze poszukiwania pracy znacznie się przeciągną. Ta przerwa sprawia, że możemy zostać wyrwani z rytmu, jednak co stoi na przeszkodzie, by ponownie znaleźć się wśród kandydatów na rynku pracy?

Co, jeśli rekruter zapyta nas o tę przerwę? Czy powinniśmy opowiedzieć mu, co się wydarzyło w tym czasie? Jak wyjaśnić białą plamę w CV?

Ważne, by nie kłamać. Warto jednak pamiętać, że wcale nie musimy wdawać się w szczegóły. To jest nasza prywatna sprawa. Rekruter powinien zrozumieć, jeśli nie chcemy o niej rozmawiać.

Nowe cele zawodowe

Czas wolny – to właśnie otrzymałeś/otrzymałaś. Przyjrzyj się uważnie temu, co jest teraz możliwe, a co nie, uwzględniając to, co się zmieniło. Warto budować swoje nowe cele zawodowe na bazie tego, jakie masz czy miałeś/miałaś hobby albo co pochłaniało Cię na tyle, że mógłbyś/mogłabyś stać się w tej dziedzinie ekspertem.

Zastanów się, być może mógłbyś/mogłabyś znaleźć zajęcie w dziedzinie związanej z pasją albo Twoimi talentami. Nie zawsze łatwo uświadomić sobie, jaka ona jest, więc nie wymagaj od siebie, że musisz to wiedzieć teraz.

Może to właściwy moment, by usiąść z zeszytem i zadać sobie kilka pytań:

- Co chciałbyś/chciałabyś robić zawodowo?
 - Co chciałbyś/chciałabyś dać od siebie innym?
 - Co najbardziej na świecie chciałbyś/chciałabyś naprawdę robić?
 - Co Cię napędza?
 - Co daje Ci energię?
 - Jakie czynności Cię wyczerpują, a jakie wręcz przeciwnie – dodają Ci mocy?
- Pomyśl: **Co mam, a czego potrzebuję więcej?**

* * *

Znalezienie pracy wymaga przygotowania się.

Twoje umiejętności można podzielić na trzy rodzaje:

- rzeczowniki określają Twoją wiedzę specjalistyczną, czyli wszystko to, czego się nauczyłeś/nauczyłaś lub czego nauczyło Cię Twoje doświadczenie. To nazwy specjalizacji, kierunków, procedur. Na przykład: jak negocjować z trudnym klientem, jak naprawiać komputer, jak dbać o zespół.
- czasowniki opisują umiejętności funkcjonalne, jakimi dysponujesz, czyli wszystko to, co potrafisz zrobić. Mowa tu o rozmaitych działaniach. Na przykład: jak przetwarzać dane, jak rozmawiać z klientem, jak sprzątać.
- natomiast przysłówki i przymiotniki określają styl Twojego działania. Można nazwać je cechami osobowościowymi. Dla przykładu: sumienny, lojalny, kreatywny, szybki itd.

Warto wiedzieć, co chciałbyś/chciałabyś zaprezentować na rynku pracy, by się wyróżnić. Pracodawcę interesować będzie sposób, w jaki miałbyś/miałabyś wykonywać swoje obowiązki. Nazwać to można Twoim stylem pracy czy Twoimi cechami, a więc przede wszystkim chodzi o wspomniane przymiotniki i przysłówki. Czyli generalne cechy opisują: jak sobie radzisz w relacjach z ludźmi, jak radzisz sobie z emocjami, jak sobie radzisz z inicjatywą i zaangażowaniem, jak radzisz sobie z presją czasu i in.

Ważne, żeby wiedzieć, od czego zacząć, aby nie tracić energii, jaką dysponujesz. Kiedy źródła pracy wskażą Ci kilka pozycji do rozważenia zgodnie z Twoimi oczekiwaniami i możliwościami, przyjdzie czas na opracowanie życiorysu zawodowego (*curriculum vitae*, CV).

Jak stworzyć profesjonalne dokumenty aplikacyjne

Budowanie własnej strategii marketingowej powinieneś zacząć od określenia elementów, tj.:

- „Produkt” – czyli Twoja osoba, która stanowi indywidualną, swoistą markę dzięki zdobytemu wykształceniu, umiejętnościom i doświadczeniu.
- „Cena” – czyli wartość Twojej marki na rynku. Odpowiedzi szukaj w pytaniach: jak wyceniłbym/wyceniłabym swoje kompetencje? Co mógłbym/mogłabym zrobić, by podnieść swoją wartość na rynku? Za jaką minimalną pensję mógłbym/mogłabym pracować?
- „Dystrybucja” – czyli inwencja w dotarciu do potencjalnych pracodawców. Polega ona na zbieraniu informacji i ich analizie. Warto w tym miejscu pytać siebie: w jakiej firmie chciałbym/chciałabym pracować? Jak zdobędę informacje o wolnych etatach?
- „Promocja” – czyli zareklamowanie swojej marki. To próba przekonania pracodawcy, że to Ty jesteś właściwym kandydatem/właściwą kandydatką. Promocja opiera się na budowaniu wizerunku, na jakim Ci zależy. Odpowiedz sobie na pytania: Które atuty podkreślę? Jak się zaprezentuję?

Przygotowując dokumenty aplikacyjne, możesz skorzystać z trzech kryteriów elegancji: prostota, jakość i staranność. Prostota dotyczy umiaru w doborze dodatków i kolorów. Jakość to zastosowanie lepszego papieru czy doboru wydruku. Natomiast staranność dotyczy dopasowania zawartej treści do informacji ujętych w ogłoszeniu.

Bardzo duże znaczenie w oceniu CV ma efekt pierwszego wrażenia. Ważne jest profilowanie dokumentów aplikacyjnych. Można dzięki temu pokazać, jak planujemy wykorzystać nasze doświadczenie w nowym zawodzie czy w nowej branży.

Uważaj, jakie cele sobie stawiasz i jakimi słowami się posługujesz. „Szukanie pracy” może być trudnym dążeniem do zrealizowania. Jeśli jednak za swój cel precyzyjnie wyznaczysz np. „znalezienie pracy na stanowisku kelnera w nadmorskich kurortach”, od razu będziesz wiedział, czego szukasz konkretnie. Gdy korzystasz z czasowników w trybie niedokonanym („szukać”), budujesz w sobie przekonanie, że dla Ciebie zamiarem jest „szukanie”, nie zaś „pracowanie” czy „znalezienie”.

Warto podeprzeć się gotowymi wzorami CV, znajdziesz je na różnych profesjonalnych stronach firm zajmujących się rekrutacjami.

List motywacyjny jest swoistym rozwinięciem życiorysu zawodowego. Ma na celu udzielenie więcej informacji w odpowiedzi na ogłoszenie oferty pracy. Prezentujesz tu swoje mocne strony. Pisząc list motywacyjny, starasz się przekonać adresata, że to Ty masz te predyspozycje, jakich on oczekuje. W tym miejscu przedstawiasz, co firma zyska, jeśli właśnie Ciebie zatrudni. To również przestrzeń do tego, by uzasadnić, dlaczego ubiegasz się o to stanowisko pracy i dlaczego tu chcesz pracować. Należy tutaj również pokazać, jak Twoje dotychczasowe doświadczenia (np. wcześniejsze miejsca pracy, rozwijane zainteresowania, praktyki wakacyjne) mogą przydać się w tym miejscu pracy. Warto też pamiętać, że dobry list motywacyjny powinien być zrozumiały, czytelny i konkretny.

Pamiętaj, że aby pisać o swoich atutach, najpierw musisz je sam odkryć.

Jakie zdjęcie pokażesz w dokumentach aplikacyjnych? Na zdjęcie warto poświęcić trochę więcej uwagi. Powinno być profesjonalne, niekadrowane i dobrej jakości. Może warto wybrać zdjęcie, na którym widać Twój delikatny uśmiech, to może wzbudzić pozytywny odbiór i dawać potencjalnemu pracodawcy nadzieję na to, że jesteś pogodną osobą.

Bądź spokojny. Jesteś w procesie zmian.

Wyciągaj wnioski z ewentualnych niepowodzeń i weryfikuj swoje wszelkie działania. Nie poddawaj się.

Jak pracować nad wizerunkiem? Autoprezentacja

Gdzie zaczyna się każda autoprezentacja? W Twojej głowie. Najważniejszym składnikiem autoprezentacji jest wiarygodność. W najlepszym rozumieniu – im bardziej pozostajemy sobą, tym bardziej jesteśmy wiarygodni. Około dwa tysiące lat temu Arystoteles wskazał, że w wystąpieniach publicznych kluczowe są takie elementy, jak: etos, logos i patos. Etos, czyli Twoja wiarygodność oraz to, jak jesteś odbierany przez innych. Logos, czyli przekaz, treść tego, co masz do opowiedzenia o sobie. Patos z kolei oznacza wiarę w to, co o sobie mówisz i jak bardzo oparte jest to na emocjach. Mową ciała oraz głosem możesz wzmocnić przekaz.

Jak przygotować się do wiarygodnej autoprezentacji?

Określ swoje zasoby i odkryj cel – po co to robisz, na czym Ci zależy? Nikt lepiej od Ciebie nie wie, czy potrzebujesz konkretnej kompetencji, a może warto ją tylko uwypuklić. Ważna jest Twoja osobista analiza. Zwrócisz uwagę dzięki niej na te rzeczy, których najbardziej potrzebujesz. Podzielić je można na merytoryczne, czyli kompetencje zawodowe, oraz techniczne, czyli mowa ciała, głos czy płynność wypowiedzi. Przy opracowywaniu tych punktów po pierwsze zwróć uwagę na to, by zacząć od tego co masz. Mogą to być: wiedza, głos, ambicja, determinacja, wykształcenie itd. W kolejnym podpunkcie wypisz to co masz, ale co nie

pomaga Ci w drodze do znalezienia pracy. Mogą to być: obawa przed wystąpieniami, lęk przed oceną, niechęć do zmiany środowiska i in. W kolejnym punkcie rozważ, czego nie chcesz i czego nie masz. Na przykład: nie mam złych intencji, nie mam negatywnych doświadczeń z pracą, nie jestem nieuczciwy. W ostatnim punkcie rozważ, czego chcesz jako osoba wiarygodna w wybranym obszarze, ale tego nie masz. Na przykład więcej doświadczenia w takiej pracy, więcej swobodnych kontaktów z klientami, więcej dyplomów i nagród branżowych itd. To wszystko powinno dać Ci obraz – gdzie teraz jesteś, a gdzie chcesz być zawodowo. Powinno to być dla Ciebie drogowskazem, o jakie aspekty Twojego portfolio zawodowego powinieneś/powinnaś jeszcze zadbać, co zmienić.

Jest jeszcze inne spojrzenie na taką analizę. Pierwszy podpunkt to Twoje „zasoby” – Twój kapitał. Drugi to Twoje „przekonania”, które mogą być wspierające lub ograniczające. Trzeci podpunkt to Twoje „wartości”, a w czwartym podpunkcie znajdziesz swoje „cele”, które mają doprowadzić do wzmocnienia Twojej wiarygodności. W skrócie – czego potrzebujesz, by być jeszcze lepszym kandydatem na to stanowisko albo by stworzyć własną firmę. Na końcu pomyśl nad tymi obszarami, a ich analiza powinna pomóc Ci w wyznaczeniu konkretnego i realistycznego celu. Swoją wiarygodność warto poprzeć podczas takiej autoprezentacji dodatkowymi informacjami o doświadczeniach, motywacjach itp.

Jak zadbać o wygląd?

Strój powie o Tobie dużo, zanim Ty przemówisz. Może działać jak uśmiech lub jego brak. Warto zaufać sobie, sam/sama wiesz bowiem najlepiej, w czym wyglądasz dobrze, w czym czujesz się wygodnie, pamiętając o tym, by strój był dostosowany do okazji, którą w tym wypadku jest rozmowa rekrutacyjna.

Współcześnie jednak mamy do czynienia z dość dużą dowolnością. Nikogo nie dziwi ktoś w marynarce i džinsach, czy w T-shircie pod marynarką. Może nam być łatwiej, gdy chcąc wejść do jakiejś firmy, będziemy ubierać się co najmniej nienagannie w odniesieniu do standardów w niej panujących. Desenie nie mogą odciągać uwagi od tego, co mówimy, powinny komponować się z resztą, np. apaszką czy innymi dodatkami.

Jak odpowiadać na pytania podczas rozmowy kwalifikacyjnej

Warto pamiętać, że podczas rozmowy kwalifikacyjnej sprawdzają się:

- dopasowanie do pracodawcy, czyli rozumienie procesów, zadań („zależy mi na realizacji państwa projektów, oferujecie ludziom usługi, które są tak potrzebne”),
- klarowny opis własnych mocnych stron (poparty argumentami),
- znajomość potencjalnego pracodawcy (np. informacji o branży, oddziałach),
- umiejętności szczerego opowiadania o porażkach (w kontekście tego, co mi to dało, czego się nauczyłem),
- otwartość (jasne określenie swojego miejsca w tej firmie i sformułowanie celu),
- humor i energia (których nie trzeba definiować).

Jak zadbać o to, by wypaść na luzie podczas rozmowy kwalifikacyjnej

To oznacza być pewnym siebie, pozostawać sobą i darzyć innych szacunkiem – nawet gdy bardzo nam zależy. Nie każda praca jest dla nas, nie każdemu musimy się spodobać

i nie zawsze znajdziemy wspólny język ze wszystkimi. Skoncentruj się. Nie rozpraszaj uwagi na poboczne sprawy. Przywołuj w sobie cel – po co to robisz? Na czym mi zależy? Po co chcę tu dobrze wypaść? Poczuj luz. Szukaj inspiracji wszędzie, ale bądź selektywny i uważny.

Jak radzić sobie z niechcianymi sytuacjami

Kłopotliwe rumieńce, które pojawiają się na policzkach czy dekolcie, stanowią efekt pracy autonomicznego układu nerwowego. I w tym sensie nie masz na nie wpływu. W wielu przypadkach może być to jednak kwestia niskiej samooceny, braku wiary w siebie. Spróbuj podejść do tego na spokojnie. Możesz zastanowić się, skąd u Ciebie brak pewności siebie. Być może starasz się o pracę pierwszy raz albo dawno tego nie robiłeś/robiłaś. To całkiem naturalne czuć się nieswojo w takiej sytuacji. Pamiętaj też, że wszystko może być kwestią przepracowania wątpliwości co do swoich kompetencji. Zadaż sobie pytania o to, co masz, a nie czego nie masz i jakie masz na to dowody, szukaj przykładów ze swojego życia, opieraj się na faktach. Na przykład: „Mam takie doświadczenie, że podjąłem/podjęłam się trudnego wyzwania w pracy w niesprzyjających okolicznościach i pozostałem/pozostałam w firmie na wiele lat, ale trudności przekułem/przekułam w rozwój”, i inne tym podobne. Co mam, a nie czego nie mam. Daj sobie czas.

Innym przykładem niełatwej sytuacji podczas rozmowy rekrutacyjnej może być pytanie, na które nie znasz odpowiedzi (np. podczas części spotkania poświęconego merytorycznym pytaniom, które mają sprawdzić Twoje konkretne kompetencje). Spróbuj wtedy postawić na szczyrłość komunikacji i pozytywne intencje. Na przykład: „To pytanie sprawiło, że poczułem/poczułam się niepewnie (niezręcznie), bo nie znam na nie odpowiedzi. Wiem, że zależy państwu na doświadczonym pracowniku, wiem też, że zdobyte tutaj doświadczenie oparte na moim zaangażowaniu wniesie do zespołu dużo energii i motywacji”.

Tremę można pokonać. Ćwicz przed lustrem. Mów spokojnie, powoli odnajdując w sobie wiarę w to, co mówisz. Nie obawiaj się pomyłek – zdarzają się każdemu. Nie zasypuj pytającego lawiną zbędnych zdań, rób przerwy w odpowiedziach, zastanawiaj się.

Skup się na postawie. W czasie rozmowy zachowuj kontakt wzrokowy, otwartą postawę ciała i wykazuj się aktywnym słuchaniem.

Pamiętaj, że to partnerskie spotkanie, obie strony mają sobie coś do zaoferowania. Uśmiechaj się – lubimy patrzeć w uśmiechnięte oczy. Bądź dla siebie łaskawy/łaskawa i dodawaj sobie animuszu. Możesz zadbać również o to, by Twoje odpowiedzi wyróżniały się od innych, sztampowych. Pomocne może być wybranie nie tylko kilku cech, które Ciebie charakteryzują, ale i sporządzenie opisu sytuacji, w których dowiodłeś/dowiodłaś, że tak jest. Przygotuj się na przytoczenie ich podczas rozmowy o pracę.

Wykorzystaj czas na swoje pytania, rozmowa rekrutacyjna to najlepsze miejsce, by zapytać o zasady panujące w firmie, o zespół i o wszystko nad czym się zastanawiasz. Na temat wynagrodzenia i ewentualnych bonusów rozmawiaj otwarcie. W odpowiedzi na pytanie o Twoje oczekiwania finansowe, warto wykorzystać tę samą zasadę co przy każdym innym pytaniu – jasność i przejrzystość wypowiedzi. A więc nie odpowiadaj, postępując się widełkami wynagrodzenia, podaj raczej konkretną oczekiwaną kwotę i doprecyzuj, że jest to np. kwota brutto. Uzasadnij też krótko, jakie czynniki sprawiają, że Twoja praca jest tyle warta.

Bonus – przerwa od pracy. Jak ją skutecznie wykorzystać

Czas, jaki dostałeś/dostałaś, został przydzielony Ci z nienacką, nie miałeś/miałaś na niego wpływu. Masz jednak absolutny wpływ na to, jak go wykorzystasz, kiedy poczujesz, że wracają Ci siły i pojawia się potrzeba podjęcia pracy zawodowej.

Pierwsze miesiące przerwy możesz spędzić, relaksując się, dbając o swoje zdrowie. Jednak pozostały czas możesz wykorzystać na rozwijanie własnych kompetencji lub realizację odkładanych planów czy marzeń. Ta część przerwy może być aktywna, produktywna i wartościowa.

Po co rozdział o pracy

Dla dobrego życia potrzebujemy być niezależni. Radość ze zdrowienia może być wielka, ale też krótkotrwała. Po niej następuje chęć dobrego życia, tak pełnowartościowego, jak to możliwe. Na jakość życia (dobrostan) wpływa między innymi zdolność do samodzielnego zaspokajania swoich potrzeb.



3

PROBLEMY FIZYCZNE:

CZY MOŻNA

JE POKONAĆ?

Ból przewlekły w chorobie nowotworowej

Jadwiga Pyszkowska

.....
*Niewiele ludzi umiera z bólu, wielu umiera w bólu,
a jeszcze więcej żyje z bólem.*⁶
.....

Wprowadzenie

Ból przewlekły jest jednym z najczęstszych objawów w bardzo wielu chorobach przewlekłych, w tym u chorych cierpiących z powodu choroby nowotworowej. Wiedza na temat patofizjologii powstawania bólu przewlekłego i leczenia chorego z bólem w chorobie nowotworowej znacznie się pogłębiła w ostatnich 20 latach i powinna być znana każdemu lekarzowi, bez względu na staż pracy i rodzaj specjalizacji. Powinnością lekarza jest ulżyć cierpiącemu bez względu na stadium choroby i stan zdrowia. Eksperti wielu towarzystw naukowo-lekarskich, zajmujących się badaniem patomechanizmów bólu i metod leczenia przeciwbólowego, ból przewlekły, którym jest również nowotworowy, określają „cichą epidemią”. Niestety, mimo dostępnej wiedzy z medycyny bólu, ignoruje się ból u chorego w systemach ochrony zdrowia. Nadal wśród wielu chorych, ich rodzin i niestety również pracowników medycznych istnieje fałszywe i straszliwe przekonanie, że „rak musi boleć”. Szacuje się, że aż 90% osób cierpiących z powodu bólu przewlekłego powinno otrzymać pomoc od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a pozostali powinni być kierowani do specjalistycznych poradni leczenia bólu lub poradni medycyny paliatywnej. Szczególną uwagę należy poświęcić problemom związanym z przewlekłym bólem w chorobie nowotworowej, ponieważ w Polsce wzrasta liczba chorych na nowotwory, a ból występuje u około 80% chorych na nowotwór. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO 1986, 1990, 1996) szacuje, że u 50–80% chorych ból nie jest leczony lub jest leczony nieprawidłowo. Chorzy cierpiący z powodu bólu gorzej reagują na leczenie przeciwnowotworowe i umierają wcześniej niż ci, którzy go nie odczuwają dzięki skutecznej terapii przeciwbólowej. Należy podkreślić, że 88% chorych z silnym bólem nowotworowym może być od niego uwolnionych dzięki znajomości aktualnych i podstawowych metod postępowania przeciwbólowego, głównie farmakoterapii bólu.

W leczeniu chorych z bólem przewlekłym należy zwracać uwagę nie tylko na obszary somatyczne (fizyczne), lecz także na aspekty psychologiczne, rehabilitacyjne, rodzinne i zawodowe chorego. Ból, który można kontrolować i złagodzić, oprócz wymiaru medycznego i humanitarnego, ma także aspekt ekonomiczny. Choroby, w których ból jest dominującym objawem, są przyczyną nieobecności w pracy, co niesie za sobą straty finansowe, osobowe

⁶ P.D. Wall, R. Melzack (red.), *Textbook on Pain*, wyd. 4, Churchill Livingstone, 1999 (Harcourt Pub. Ltd.).

i budżetowe. Wobec tego, dlaczego tak wiele osób cierpi na zbyt duży ból, który już nie jest sensownym sygnałem, ostrzegającym objawem, a zamienia się w bezsensowne cierpienie i przewlekłą chorobę bólową, towarzyszącą wielu schorzeniom, w tym w chorobie nowotworowej.

Czym jest ból?

Przyjęta definicja bólu, opracowana przez Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu w 1979 roku (International Association for the Study of Pain, IASP) brzmi następująco: *Ból to nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywane jako takie uszkodzenie.*

Jeśli jest to odczucie nieprzyjemne, to nie wolno mówić choremu, że „ból należy pokochać” lub „musi boleć”.

Ból przewlekły powoduje powstanie emocjonalnego stanu zagrożenia połączonego z lękiem. Wywołuje również cały łańcuch chorobowych zjawisk wtórnych w odpowiedzi na ból. Jest to więc odruch o podstawowym znaczeniu dla organizmu, którego punktem centralnym – ośrodkiem – jest świadomość. Nie ma doznania i odruchu bólowego bez świadomości. Ból jest tylko częścią wstępującą tego odruchu, którego anatomiczną bazę stanowi układ czuciowy, układ nocycyptywny (od łac. *nocere* – szkodzić, nocycepcja – odbieranie bodźców szkodliwych, uszkadzających). Układ ten składa się z takich elementów, jak receptor bólowy, nerwy i drogi przewodzenia impulsów w rdzeniu kręgowym i mózgu, oraz ośrodki, których zadaniem jest rozpoznanie bodźca, siły jego działania i miejsca uszkodzenia lub zagrożenia.

Ta fizjologiczna rola czucia bólu czyni go rodzajem zmysłu, choć ból do zmysłów nie bywa zaliczany. Bez czucia bólu organizm byłby narażony na ciągłe urazy i inne zagrożenia, prowadzące do ciężkiego kalectwa. Ten rodzaj czucia jest niezbędny do prawidłowego funkcjonowania organizmu, pomagając mu przystosować się do środowiska zewnętrznego, dopóki nie przeobrazi się w bezsensowne cierpienie, które nazywane jest bólem patologicznym, przewlekłym. Ból składa się z dwóch komponentów: drogi bólowej do centralnego układu nerwowego i reakcji na ból, będącej odpowiedzią organizmu na zadany bodziec bólowy, stanowiącej główny sens bólu.

Reakcja na ból jest zjawiskiem złożonym i udział w niej bierze kilka różnych układów. Głównym celem odpowiedzi na ból jest nie tylko obrona przed działaniem bodźca bólowego, lecz także obrona przed skutkami jego działania. Ten drugi komponent w znaczeniu biologicznym jest ważniejszy niż pierwszy, choć jest pomijany lub traktowany marginalnie przez medyków.

Głównymi elementami reakcji na ból są:

- psychiczna reakcja na ból,
- ruchowa reakcja na ból oraz
- wegetatywna, wewnątrzwydzielnicza i immunologiczna.

Psychiczna reakcja na ból

Impuls bólowy kończy swoją drogę w korowych ośrodkach czucia, gdzie zostaje rozpoznany i zlokalizowany, natomiast cierpienie, jakie sprawia, zależy od psychicznej reakcji na ból. Reakcja ta jest cechą całkowicie indywidualną i od niej zależy „przeżycie bólowe” i tolerancja bólu. Uzależniona jest ona od wielu czynników wewnętrznych oraz zewnętrznych i powstaje

przy udziale mózgu (układ limbiczny), zawiadującym emocjami. Do układu tego napływają impulsy zarówno z ośrodków korowych, jak i bezpośrednio z niższych pięter układu nerwowego.

Czynnikami zewnętrznymi wpływającymi na psychiczną reakcję bólową są: bodziec bólowy, inne bodźce działające jednocześnie, substancje chemiczne, rytm dobowy, czynniki meteorologiczne i inne.

Czynnikami wewnętrznymi wpływającymi na tę reakcję są: cechy osobnicze charakteru i stan układu nerwowego, w szczególności mózgu i układu nocyceptywnego w chwili działania bodźca bólowego.

Inne bodźce działające jednocześnie z bodźcem bólowym mają duży wpływ na psychiczną reakcję bólową. Są to bodźce działające na inne układy czuciowe i zmysły oraz na psychikę. Takimi bodźcami są: dotyk, ciepło i zimno, ucisk, bodźce wzrokowe, słuchowe (np. muzyka) i czynniki psychologiczne. Ten wpływ innych bodźców jest wykorzystywany w różnych formach fizyko- i psychoterapii. Substancje chemiczne, używki, alkohol, leki itp. mogą zarówno zwiększać, jak i zmniejszać tę reakcję. Stan układu nerwowego, zarówno morfologiczny, jak i funkcjonalny, ma decydujące znaczenie dla reakcji ze strony psychiki. Stan funkcjonalny układu nerwowego, stan emocjonalny, stan świadomości i wszystkie inne elementy psychiki decydują o skali cierpienia na równi z innymi czynnikami.

Głównymi objawami psychicznej reakcji na ból patologiczny (przewlekły) jest lęk i depresja. Lęk towarzyszy częściej bólowi ostremu, który jest sygnałem choroby wymagającej diagnostyki i leczenia przyczynowego. Natomiast bólowi przewlekłemu z reguły towarzyszą przygnębienie i depresja, którą stwierdza się u ponad 60% ludzi cierpiących przewlekle. Zwiększa ona cierpienie i przeżycie bólowe.

Ból określany przez chorego jako umiarkowany i silny istotnie zaburza funkcjonowanie cierpiącej osoby i pogarsza jakość życia. Zespoły bólu przewlekłego (zwane chorobą bólową) to zaburzenia, w których jest on wyróżniającym objawem, a głównym celem jest leczenie objawowe, zmniejszające lub znoszące dolegliwości.

Dlaczego człowiek odczuwa ból?

Nauki medyczne badające patomechanizmy neurofizjopatologiczne dzielą ból na:

- **somatyczny**, ból receptorowy – nocyceptywny, który powstaje w wyniku drażnienia receptorów nerwów czuciowych, np. przez stany zapalne, obrzęki, niedokrwienie, przekrwienie, bóle kostne, stawowe, narządowe itp.
- **neuropatyczny** – ból niereceptorowy, który wywołany jest w wyniku ucisku lub zniszczenia struktur układu nerwowego, od włókna nerwowego obwodowego aż do centralnego układu nerwowego w kanale rdzeniowym i w czaszce.

Podział bólu według przyczyny powstawania (etiologii) uwzględnia: ból w chorobie nowotworowej – nowotworowy, ból nienowotworowy i ból jatrogeny (np. po leczeniu przyczynowym, przeciwnowotworowym, chirurgicznym). Ból przewlekły w chorobie nowotworowej może występować w następstwie różnych sposobów leczenia, np. po terapii onkologicznej (radioterapii, chemioterapii) i po zabiegach chirurgicznych, w których nawet przy ich prawidłowym wykonaniu należy liczyć się z możliwością uszkodzenia tkanki nerwowej.

W chorobie nowotworowej często występuje ból uogólniony, wszechogarniający (ang. total pain) i może dotyczyć całego ciała (wiele miejsc odczuwania bólu), z towarzyszącym cierpieniem psychicznym i duchowym (egzystencjalnym).

Czy można oceniać ból?

Formy wyrażania ekspresji bólu, jedynie przez chorego, są cennymi wskazówkami diagnostycznymi, na podstawie których można określić patomechanizm wywołujący ból. Cechami bólu są: jego lokalizacja, natężenie, czas trwania i jakość. Określenie cech bólu pozwala rozpoznać rodzaj bólu: czy jest to ból pochodzenia somatycznego, narządowego czy z uszkodzenia układu nerwowego. Określenie rodzaju bólu pozwala ustalić lekarzowi właściwe, skuteczne i bezpieczne leczenie przeciwbólowe przez wybór odpowiedniej metody.

W ocenie ilościowej i jakościowej bólu pomagają choremu narzędzia oceny bólu, takie jak:

- skala słowna – określenia przymiotnikowe natężenia bólu;
- skala numeryczna – określenie od 0 do 10 pkt natężenia bólu;
- skala wzrokowo-analogowa – wybór natężenia koloru na skali według natężenia bólu;
- kwestionariusze oceny bólu, uwzględniające ocenę ilościową i jakościową bólu.

Ważne, by była to samoocena bólu przez chorego, autonomicznie dokonana, bez pomocy czy sugestii osób trzecich. Ocena bólu chorego jest subiektywna, ale aby pomiar stopnia natężenia i jakości bólu był rzetelny, należy wykorzystać więcej niż jedno narzędzie, mając na uwadze, że stan emocjonalny chorego oraz wiele czynników zewnętrznych wpływają na wynik pomiaru. W ten sposób, przy użyciu wymienionych skal oceny bólu, można zobiektywizować subiektywną ocenę oraz oceniać rezultaty stosowanego leczenia przeciwbólowego. Po rozpoczęciu leczenia ocenę bólu należy przeprowadzać regularnie. W zależności od efektów terapii wskazane jest umożliwienie stałego kontaktu chorego z lekarzem leczącym.

Jak właściwie dobrać metody leczenia bólu przewlekłego do indywidualnych potrzeb chorego?

Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu, a za nim Polskie Towarzystwo Badania Bólu i Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej zalecają interdyscyplinarne leczenie chorych z bólem przewlekłym, zwracając uwagę nie tylko na jego aspekt fizyczny (somatyczny), lecz także na potrzebę postępowania psychologicznego, społecznego, rekreacyjnego i zawodowego. Zapewni to przywrócenie sprawności psychofizycznej, pomimo utrzymywania się doznań bólowych.

Zalecane są następujące metody leczenia bólu przewlekłego: farmakologiczne, inwazyjne (anestezjologiczne i chirurgiczne), rehabilitacyjne i psychologiczne.

Istnieją istotne różnice w taktyce postępowania przeciwbólowego w bólu nowotworowym i nienowotworowym. U chorych z bólem nowotworowym priorytetem jest stosowanie farmakoterapii bólu zgodnie z zaleceniami ustalonymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO 1986), uzupełnione o całościową opiekę uwzględniającą wsparcie psychiczne, duchowe i społeczne. Rolą lekarza jest zapewnienie optymalnego postępowania przeciwbólowego w oparciu o ośrodek specjalistyczny z wykorzystaniem wyżej wymienionych sposobów leczenia.

Chorzy powinni aktywnie uczestniczyć w procesie diagnostyki patomechanizmów bólu i wyboru leczenia przeciwbólowego. Również powinni otrzymywać pełną informację i wskazówki dotyczące aktualnego i planowego postępowania. Partnerskie uczestnictwo chorych w procesie leczenia bólu oraz informowanie ich o planowanym działaniu wpływają korzystnie na efekty terapii.

Jakie leczenie?

W leczeniu chorych z przewlekłą chorobą, której towarzyszy przewlekłe cierpienie, istotne znaczenie mają podstawowe zasady farmakoterapii bólu przewlekłego. Polegają one na tym, że analgetyki podaje się ciągle, w regularnych odstępach czasu, a nie tylko doraźnie, w razie bólu. Dawkę leku przeciwbólowego należy ustalić tak, by znajdował się on ciągle w pożądanym i skutecznym stężeniu terapeutycznym we krwi chorego. Po osiągnięciu dawki terapeutycznej, w razie pojawiania się bólu między dawkami podstawowymi, należy doraźnie podawać dodatkowe dawki leku przeciwbólowego. Częstsze nawroty bólu wskazują na konieczność zwiększenia dawki podstawowej. Leków przeciwbólowych w bólu przewlekłym nie powinno podawać się pozajelitowo (**zastrzyki domięśniowe lub dożylnie – NIE!**). Preferowaną drogą podawania analgetyku jest **doustna** (!), a następnie podskórna lub doodbytnicza (rzadziej), jeśli z ważnych powodów chorobowych nie można stosować leku przeciwbólowego doustnie.

W doborze środków przeciwbólowych pomocną i fundamentalną zasadą jest trójstopniowa drabina analgetyczna (DA) wg schematu WHO (od 1986 roku). Dawki analgetyków ustala lekarz, monitorując skuteczność i objawy uboczne.

.....

I stopień DA: przy bólach o łagodnym nasileniu (1–4 pkt wg skali NRS⁷) stosujemy analgetyki nieopiodowe: paracetamol co 4–6 godz. lub kwas acetylosalicylowy (np. polopiryna). W tej grupie stosuje się również niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) np.: ibuprofen, naproksen, diklofenak, ketolorak, pyralginę. Ich zastosowanie jest zależne od rodzaju i przyczyny bólu. Leki te są skuteczne przy bólach wywołanych przerzutami do kości. Stosując leki z grupy NLPZ, należy pamiętać o ich działaniach ubocznych, możliwości wystąpienia powikłań ze strony przewodu pokarmowego oraz uwzględnić osobniczą tolerancję na lek przez chorego. Jeśli leki I stopnia nie są skuteczne lub przestają być skuteczne, wówczas należy zastosować leki z II stopnia DA.

II stopień DA: przy bólach o umiarkowanym nasileniu (5–6 pkt wg skali NRS) stosujemy leki z I stopnia + słabe analgetyki opiodowe:

- kodeina (DHC Cont.) tabletki co 12 godz. godz. lub
- tramadol (Tramal) co 4 godz. (kapsułki, krople, czopki, iniekcje podskórne), co 6 godz. (tabletki, czopki), co 8 godz. (tabletki) lub co 12 godz. (tabletki retard). Częstotliwość stosowania leku zależna jest od formuły leku. Dawki słabych analgetyków opiodowych miareczkuje się, podwyższając dawkę dobową aż do ustąpienia bólu. Maksymalne dawki to te, które nie wywołują jeszcze trudnych do opanowania objawów niepożądanych. I w tym przypadku bardzo ważna jest współpraca z lekarzem i pielęgniarką.

III stopień DA: stosuje się w bólu przewlekłym o silnym natężeniu (7–10 pkt wg skali NRS) leki z I stopnia + silne analgetyki opiodowe:

- roztwór chlorowodorku morfiny 0,1% (1 ml = 1 mg Mf) podawany wyłącznie doustnie. Najczęściej rozpoczyna się leczenie przeciwbólowe od 5–15 mg co 4 godz. Jeśli dawka ta nie znosi bólu, zwiększa się ją po kilku dniach o 50%. Na noc podaje się dawkę podwójną, co pozwala uniknąć przerwania snu dla podania dawki

⁷ NRS (ang. Numerical Rating Scale) – skala numeryczna określenia bólu.

w środku nocy. Do przewlekłego stosowania morfiny wygodniejsze dla chorego jest stosowanie tabletek siarczanu morfiny o kontrolowanym uwalnianiu: tabletki morfiny o zmodyfikowanym uwalnianiu (MST Continus, M-Eslon, Vental, Doltard) co 12 godz. Tabletek tych nie wolno dzielić!

- oksykodon w tabletkach co 4 lub co 12 godz.;
- fentanyl w systemie transdermalnym (TTS) o kontrolowanym uwalnianiu co 72 godz.;
- buprenorfina w systemie transdermalnym (TTS) o kontrolowanym uwalnianiu.



Morfina i inne analgetyki opioidowe stosowane u chorych z bólem przewlekłym we właściwej formule farmaceutycznej, częstotliwości i w dawkach terapeutycznych nie są narkotykami (!!!), czyli nie odurzają i nie uzależniają. Określenie „narkotyk” jest wyłącznie prawnym aspektem, dotyczącym wyłącznie osób uzależnionych od opiatów stosowanych z przyczyn niezwiązanych z kontrolą bólu. Według badań i opinii prof. Roberta Twycrossa, eksperta WHO ds. kontroli bólu nowotworowego, morfina stosowana doustnie i właściwie dawkowana, nie wywołuje niewydolności oddechowej, nie powoduje uzależnienia psychicznego, a rozwój tolerancji nie stanowi problemu, jeśli działanie przeciwbólowe wzrasta wraz z jej dawką i nie ma ograniczenia maksymalnej dawki (maksymalną dawką jest dawka skutecznie kontrolująca ból). Morfina jest podstawowym analgetykiem w przewlekłych bólach nowotworowych, najskuteczniejszym, bezpiecznym, łatwym w sterowaniu dawkami i najtańszym w ocenie farmakoekonomicznej.

Inną alternatywną drogą stosowania silnych analgetyków opioidowych z III stopnia DA jest przeskórne (plaster) podawanie buprenorfiny lub fentanylu. Szczególnie zalecane u chorych z zaburzeniami żołądkowo-jelitowymi i w przypadku występowania nietolerancji na morfinę.

Wdrażanie poszczególnych trzech stopni postępowania przeciwbólowego, rodzaj i dawka analgetyku zależne są od: natężenia (nasilenia) bólu – określanego i ocenianego wyłącznie przez chorego, rozpoznanych patomechanizmów bólu, tolerancji chorego na odczuwany ból, indywidualnej wrażliwości chorego na analgetyki i uwarunkowań farmakoekonomicznych.

Dawka optymalna i skuteczna, znosząca lub łagodząca ból, niewywołująca objawów niepożądanych jest indywidualna dla każdego chorego. Stosowanie doustnie silnych analgetyków opioidowych, o kontrolowanym uwalnianiu (np. co 12 godzin), ułatwia choremu autokontrolę bólu oraz utrudnia wykorzystywanie morfiny do celów niemedycejskich (morfina ampułkowana może być zastosowana jako narkotyk przez osoby nieuprawnione).

Podstawowe postępowanie przeciwbólowe według schematu WHO pozwala na wspólną, skuteczną i bezpieczną kontrolę bólu przewlekłego u 75–95% wszystkich chorych na nowotwór, zapewnia znaczącą ulgę w cierpieniu i poprawia jakość życia (International Consensus on the Management of Cancer Pain, Oxford, 1997). Doustne postaci farmaceutyczne analgetyków, w tym opioidowych z przedłużonym, kontrolowanym i zmodyfikowanym uwalnianiem, są w klinicznym użyciu na pewno łatwiejsze do podawania, ponieważ usprawniają zarówno obsługę, jak i kalkulację dawek, wygodę, łatwość dawkowania i zmniejszoną częstość dawkowania. Zapewnienie efektu przeciwbólowego we wlewie ciągłym podskórnym znacznie podraża koszty podawania leku w warunkach szpitalnych i domowych. Wobec tego, biorąc pod uwagę łatwość podawania, optimum zastosowania i minimalizację kosztów, lekarze powinni preferować formy leku przeciwbólowego, który wymaga najmniejszej, ale skutecznej dawki dobowej. Ma to również istotne znaczenie dla dobrej jakości życia w chorobie chorych doświadczonych bólem przewlekłym.

U niektórych chorych specyfika rozwoju nowotworu nie pozwala skorzystać z drogi pokarmowej w celu podania analgetyków. Dotyczy to tylko 10–15% chorych, u których wskazane jest zastosowanie inwazyjnych metod kontroli bólu. Korzysta się wówczas z drogi podskórnej za pomocą motylka, dożylniej, wyłącznie za pomocą systemu pompy infuzyjnej PCA, w dawkach frakcjonowanych lub ciągłych. Można sięgnąć po metody inwazyjne wykonywane wyłącznie przez specjalistów anestezjologów: blokady nerwów obwodowych, zniszczenie nerwów (neuroлиза i termolezja), wlewy ciągłe lub frakcjonowane (PCA) leków przerywających przewodnictwo bólowe do przestrzeni zewnątrzoponowej kanału kręgosłupa lub neurostymulację rdzeniową (neurochirurgia bólu). Wskazania i warunki zastosowania metod inwazyjnych ustala lekarz specjalista z poradni leczenia bólu, poradni medycyny paliatywnej lub poradni neurochirurgicznej.

Strategia postępowania zgodna z drabiną analgetyczną WHO powinna być priorytetowym standardem w leczeniu bólu u chorych na nowotwór.

Co to jest wspomagające leczenie przeciwbólowe (koanalgetyki, adiuwanty)?

Przeciwbólowe leczenie wspomagające (koanalgezja) może być stosowane na wszystkich szczeblach DA. W metodzie tej wykorzystywane są efekty działania przeciwbólowego leków, które nie są analgetykami, a ich główne zastosowanie jest inne.

W pewnych sytuacjach wykazują, obok swojego działania podstawowego, również działanie uśmierzające ból. Leki te mogą być stosowane w połączeniu z analgetykami opioidowymi, wzmacniają działanie przeciwbólowe opioidów, jednocześnie zmniejszając ich dawkę i ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych.

Takimi lekami są trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne u chorego z bólem przewlekłym, zwłaszcza bólem neuropatycznym, i leki przeciwdrgawkowe. Leki przeciwdrgawkowe w leczeniu bólu neuropatycznego zalecane są jako leki wyboru, szczególnie skuteczne w bólach opisywanych jako przeszywające, napadowe, palące, rozdzierające.

Równie ważną rolę odgrywają steroidy w bólu nowotworowym w przypadku narastania ciśnienia śródczaszkowego (ból głowy), w obrzęku lub w ucisku na włókna nerwów obwodowych, w silnych bólach kostnych, w ucisku na tkanki miękkie (mięśnie, powięzie itp.), w przerzutach do wątroby. W niektórych przypadkach konieczne może być dożylne podanie steroidu. Wykorzystuje się głównie ich działanie przeciwzapalne i przeciwobrzękowe oraz wpływ na poprawę samopoczucia, zwiększenie łaknienia i działanie przeciwwymiotne. W wyjątkowych sytuacjach uwzględnia się stosowanie leków znieczulających miejscowo w wykonaniu anestezjologa. Ważnym adiuwantem jest bifosfonian w bólach kostnych.

Leczenie fizjoterapeutyczne ma istotne znaczenie w leczeniu bólu jako metoda wspomagająca: fizykoterapia (termoterapia, krioterapia, laseroterapia, fototerapia, elektroterapia) oraz masaż leczniczy – metody te, mogą u niektórych chorych poprawiać jakość życia i sprawność fizyczną, szczególnie po pomyślnie zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym.

Doświadczenie bólu jest zjawiskiem wysoce złożonym, z oddziaływaniem psychospołecznym, na który składają się aspekty fizjologiczne, behawioralne, poznawcze, emocjonalne, duchowe i międzyludzkie. Diagnostyka i leczenie bólu muszą zatem uwzględniać jego wieloskładnikową naturę. Psychoedukacja chorego i jego rodziny, techniki relaksacyjne, hipnoza, terapia poznawczo-behawioralna, aromatoterapia czy muzykoterapia – również odgrywają rolę łagodzenia bólu i podniesienia progu tolerancji na zbyteczne cierpienie.

Jak radzić sobie ze zmęczeniem

Tomasz Buss

Zmęczenie/osłabienie w przebiegu choroby nowotworowej

Zmęczenie/osłabienie jest objawem mogącym pojawić się na każdym etapie choroby nowotworowej. Jego występowanie podczas aktywnego leczenia onkologicznego (chemioterapii, radioterapii, po przeszczepie szpiku kostnego) czy w terminalnej fazie choroby wydaje się bardziej oczywiste. Utrzymywanie się zmęczenia/osłabienia nawet do kilku miesięcy czy lat po zakończonym leczeniu może być różnie, często opacznie, odczytywane.

Na całym świecie uznaje się, że zmęczenie/osłabienie związane z chorobą nowotworową jest zbyt rzadko zgłaszane przez chorych, ale i zbyt rzadko proponuje się metody jego zwalczania. Wynika to częściowo z faktu, że traktuje się je jako oczywistą składową chorowania. Innym powodem są trudności z jego opisaniem, co komplikuje ocenę i zrozumienie. Same określenia zmęczenie czy osłabienie dla różnych osób mogą znaczyć co innego. W opinii polskich pacjentów zmęczenie jest raczej skutkiem wykonanej wcześniej pracy, natomiast osłabienie towarzyszy chorobie.

Ten rozdział ma na celu pomóc pacjentom w zróżnicowaniu zmęczenia fizjologicznego i tego związanego z chorobą nowotworową oraz dostarczyć podstawowych informacji, jak z nim walczyć.

Definicja określa zmęczenie/osłabienie związane z chorobą nowotworową (ang. cancer related fatigue) jako przewlekłe poczucie wyczerpania lub osłabienia związanego z chorobą nowotworową lub jej leczeniem, które nie jest proporcjonalne do ostatnio podejmowanej aktywności i utrudnia zwykłe funkcjonowanie.

Jaka jest różnica między zmęczeniem fizjologicznym a patologicznym

Zmęczenie fizjologiczne jest normalną odpowiedzią organizmu pojawiającą się w trakcie wysiłku fizycznego, intensywnej pracy umysłowej lub po nich. Można mu przypisać dwie główne funkcje – regulacyjną (chroniącą przed nadmiernym wysiłkiem i wyczerpaniem zasobów energetycznych organizmu) oraz adaptacyjną (służącą zwiększeniu wydajności energetycznej organizmu). Może być sygnałem alarmowym motywującym do zmiany stylu życia, szczególnie gdy wynika ze złego odżywiania czy odwodnienia, nadmiernej codziennej aktywności albo braku odpoczynku pozwalającego na regenerację sił. Zmęczenie fizjologiczne ma swój początek i określony, niezbyt długi okres trwania, zależny od intensywności i rodzaju prowadzonej aktywności. Narasta wraz z czasem wykonywania wysiłku oraz jego natężeniem. Najczęściej zwiększa się pod koniec dnia. Mija po odpoczynku lub okresach snu.

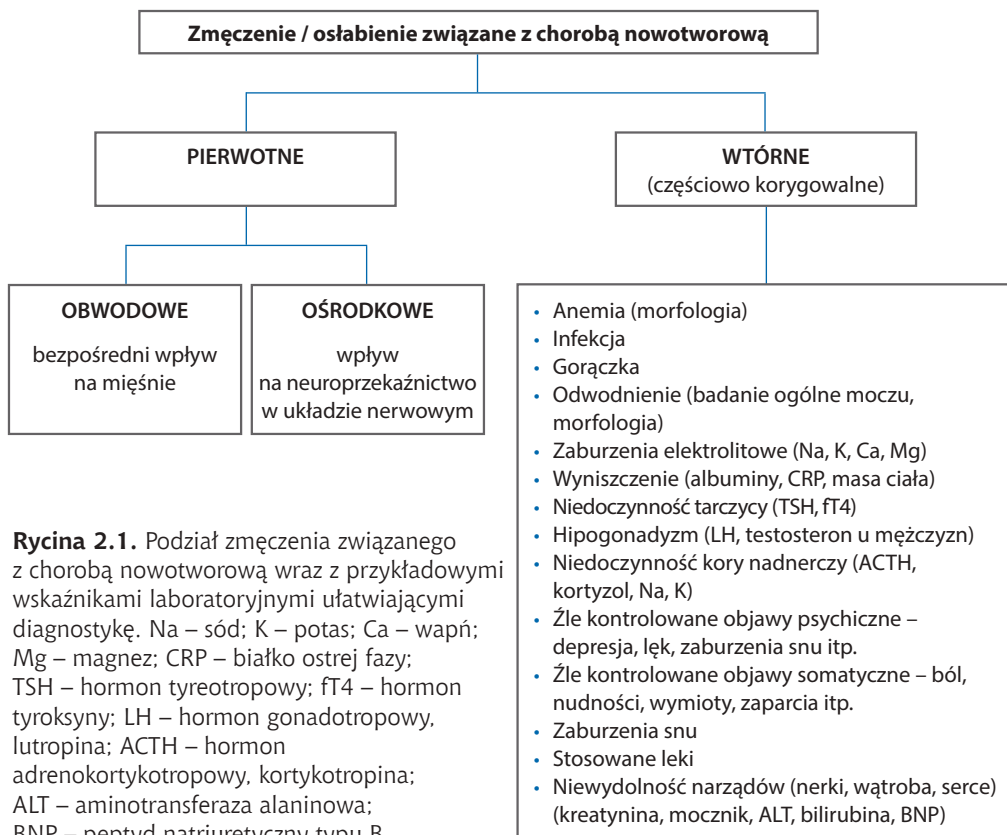
Zmęczenie związane z chorobą nowotworową utrzymuje się na podobnym poziomie w ciągu całego dnia i nie jest proporcjonalne do wykonywanej aktywności. Często wyższy wyjściowy poziom zmęczenia obserwowany jest w godzinach porannych. Nie obserwuje się wzrostu jego natężenia w godzinach wieczornych. Nie mija po okresie odpoczynku czy snu. Odczuwane jest inaczej niż normalne zmęczenie.

Powinieneś/powinnaś zasięgnąć porady lekarza w sytuacji, gdy czujesz się zmęczony/ zmęczona lub osłabiony/osłabiona inaczej niż zwykle, jednakowo przez cały dzień, a odpoczynek nie daje poprawy. Zastanów się jednak, z czego może wynikać taki stan rzeczy, bo nie zawsze musi być spowodowany chorobą nowotworową.

Czy znane są przyczyny zmęczenia/osłabienia związanego z chorobą nowotworową

U większości pacjentów z chorobą nowotworową nie udaje się ustalić pewnej przyczyny zmęczenia. Istnieje wiele teorii próbujących wyjaśnić ten problem.

Zmęczenie można podzielić na pierwotne i wtórne (patrz ryc. 2.1). Przyczyny pierwotnego zmęczenia nie są do końca poznane i trudno mieć na nie bezpośredni wpływ. Gdy dochodzi do zmniejszenia zdolności komórek mięśniowych do skurczu, co przejawia się zmniejszeniem siły i szybkości skurczów mięśni, mówi się o zmęczeniu obwodowym. Zmęczenie ośrodkowe dotyczy zaburzeń neuroprzekąźnictwa w strukturach mózgu. Prawdopodobne mechanizmy jego wystąpienia to wpływ substancji prozapalnych wydzielanych w czasie choroby (tzw. cytokin), zaburzenia hormonalne w podwzgórzu, przysadce czy nadnerczach, zaburzenia rytmów dobowych i snu oraz bezpośredni wpływ na mięśnie i ich regenerację.



Rycina 2.1. Podział zmęczenia związanego z chorobą nowotworową wraz z przykładowymi wskaźnikami laboratoryjnymi ułatwiającymi diagnostykę. Na – sód; K – potas; Ca – wapń; Mg – magnez; CRP – białko ostrej fazy; TSH – hormon tyreotropowy; ft4 – hormon tyroksyny; LH – hormon gonadotropowy, lutropina; ACTH – hormon adrenokortykotropowy, kortykotropina; ALT – aminotransferaza alaninowa; BNP – peptyd natriuretyczny typu B.

Przyczyny zmęczenia wtórnego są najczęściej możliwe do skorygowania, a ich redukcja bądź zniesienie przekłada się na zmniejszenie poczucia osłabienia.

WAŻNE

Przygotowując się do wizyty lekarskiej, zabierz ze sobą wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych, które mogą pomóc lekarzowi w wykluczeniu lub podjęciu leczenia możliwych do skorygowania przyczyn zmęczenia wymienionych na rycinie 2.1.

O co może pytać Cię lekarz

Podstawowe pytanie to: „Czy czujesz się zmęczony/zmęczona lub osłabiony/osłabiona inaczej niż zwykle?”. Jeśli odpowiedź brzmi: „Tak”, to będziesz poproszony/poproszona o ocenę jego natężenia. Używa się do tego prostych skal. Przykładowe przedstawiono na rycinie 2.2. Zastanów się w domu, na ile ocenisz swoje zmęczenie w ciągu całego ostatniego dnia i tygodnia, używając skali numerycznej od 0 do 10, gdzie 0 to brak zmęczenia, a 10 to maksymalne natężenie zmęczenia, jakie jesteś sobie w stanie wyobrazić. W zależności od udzielonej przez Ciebie odpowiedzi na przedstawionej skali zmęczenie określa się jako niskie (0–3 w skali od 0 do 10), średnie (4–6) i wysokie (7–10). Niektórzy za wysoki poziom zmęczenia uznają wynik ≥ 5 , a wtedy przeprowadzona diagnostyka powinna być szczególnie wnikliwa. Używając innych, bardziej złożonych kwestionariuszy, można ocenić, na jakie obszary Twojego życia zmęczenie wpływa najbardziej.

Słowna skala oceny zmęczenia

Czy odczuwasz dzisiaj zmęczenie?

wcale trochę znacznie bardzo mocno

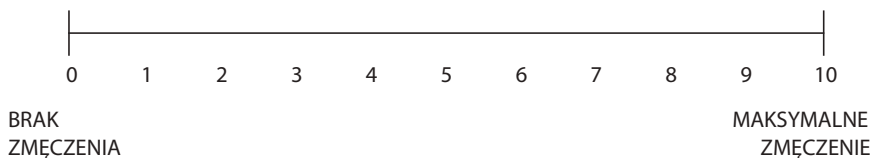
Wzrokowo-analogowa skala zmęczenia

Czy odczuwasz dzisiaj zmęczenie?



Numeryczna skala zmęczenia

Czy odczuwasz dzisiaj zmęczenie?



Rycina 2.2. Przykładowe skale oceny zmęczenia.

W celu oceny wtórnych, możliwych do skorygowania przyczyn zmęczenia, zostaniesz zapytany/zapytania o inne obecne objawy i ich natężenie, np. ból, nudności, wymioty, biegunka, zaparcia, brak apetytu, szybkie nasycanie się, zmiany masy ciała czy nastrój. Zabierz ze sobą spis leków, które przyjmujesz w chwili obecnej, wraz z dawkami i częstotliwością przyjmowania, oraz dokumenty medyczne opisujące Twoje inne choroby. Uporządkuj je specjalnościami medycznymi lub narządami (np. kardiolog – serce). Zabierz aktualne badania laboratoryjne.

WAŻNE

Niezrozumienie problemu zmęczenia zarówno przez chorego/chorą, jak i jego/jej otoczenie może prowadzić do problemów komunikacyjnych, np. gdy wszyscy starają się Tobą zająć, a Ty siedzisz znużony/znużona lub przysypiasz. Jeśli czujesz się w jakikolwiek sposób winny/winna takiego stanu rzeczy, poproś lekarza, aby porozmawiał o tym również z Twoją rodziną czy opiekunem.

Postępowanie terapeutyczne

Należy pamiętać, że szczególnie w przypadku zwalczania takiego objawu jak zmęczenie oczekiwania co do poprawy powinny być realne. Poprawa nie następuje z dnia na dzień i często wymaga użycia wielu metod i wytrwałości. Nie ma cudownej tabletki znoszącej zmęczenie. Dlatego należy stawiać sobie realne cele i wytrwale dążyć do ich realizacji. Bądź dla siebie dobry/dobra!!! Nie bądź zbyt surowy/surowa w swojej ocenie, jeśli na początku nie zrealizujesz planu. Może trzeba będzie go przeorganizować? Niemniej determinacja i pozytywne nastawienie mogą znacząco pomóc. Pamiętaj, że już brak pogorszenia jest pozytywnym efektem!

Dobór możliwych rodzajów interwencji i ich intensywność zależy od fazy choroby nowotworowej. Bardziej intensywne stosuje się w trakcie aktywnego leczenia onkologicznego czy po zakończonym leczeniu radykalnym choroby nowotworowej u wyleczonych (ang. survivors), a mniej wymagające u chorych pozostających pod opieką paliatywną.

Aktywność ruchowa jest najlepsza

Na każdym etapie choroby aktywność ruchowa jest uznana za najskuteczniejszą metodę zwalczania osłabienia. Traktowanie odpowiedniej aktywizacji ruchowej jako dodatkowego męczenia chorego jest błędem! Ćwiczenia powinny być dostosowane indywidualnie do każdego pacjenta, z uwzględnieniem współistniejących schorzeń i etapu choroby nowotworowej. Obecność czynników obciążających, np. neutropenii (obniżenie liczby białych krwinek), sugeruje prowadzenie ćwiczeń w warunkach nienarażających chorego na zakażenia. W przypadku przerzutów kostnych nie powinno się stosować ćwiczeń z obciążeniem. Należy ograniczyć intensywność ćwiczeń u chorych ze schorzeniami kardiologicznymi czy anemią. Nie są to jednak czynniki warunkujące zaprzestanie prowadzenia aktywizacji ruchowej. Kryteria wykluczające pacjentów z nowotworami z ćwiczeń obejmują:

- ciśnienie rozkurczowe krwi < 45 mm Hg i > 95 mm Hg;
- akcja serca > 100/min;
- temperatura ciała > 38°C;
- częstość oddechów > 20/min;

- infekcja wymagająca antybiotykoterapii;
- czynne krwawienie;
- świeże wybroczyny, liczba płytek krwi < 50 G/l.

Ogólnie przyjmuje się, że tętno podczas aktywności nie powinno przekraczać 60–80% tętna maksymalnego, a tętno maksymalne = 220 – wiek pacjenta w latach.

Intensywność ćwiczeń można i należy stopniowo zwiększać. Czas ich trwania powinien zaczynać się od 15 minut i stopniowo się wydłużać, średnio do 30 minut. U pacjentów w dobrej kondycji, po leczeniu radykalnym, czas ćwiczeń można wydłużać do 60 minut. Powinny się one odbywać średnio 3 razy w tygodniu, a według niektórych nawet 5 razy w tygodniu. Niektóre badania wskazują, że 3–5 godzin aktywności w tygodniu zmniejsza efekty uboczne terapii onkologicznej i redukuje zmęczenie. Najczęściej zalecana aktywność to spacery lub chód na bieżni, jazda rowerem bądź rowerem stacjonarnym, taniec, pływanie. Wykazano, że aktywowanie dużych grup mięśniowych pomaga w zwalczaniu zmęczenia. Praktykowanie jogi może zmniejszać natężenie zmęczenia oraz poprawiać jakość snu. Inną z uznanych metod zmniejszania osłabienia jest masaż. Stosowanie akupunktury i akupresury uznaje się za techniki wspomagające.

U pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej również zaleca się aktywizację ruchową i zachęca się ich do samodzielnej aktywności lub stosowania chociażby ćwiczeń biernych lub biernych wspomaganych przez fizjoterapeutę.

Ważne jest zarządzanie zasobami energii

Będąc osobą zdrową, często nie zastanawiamy się, jak dysponować zasobami energii. Pracujemy, aż się zmęczymy. W niektórych sytuacjach zdrowotnych zaczyna nam jednak brakować energii. Czujemy się zmęczeni/osłabieni. W pierwszej kolejności powinniśmy zadbać o zwiększenie/odzyskanie energii życiowej za pomocą aktywności fizycznej, terapii relaksacyjnych, medytacji, technik redukcji stresu czy właściwego odżywiania. Istnieją badania dotyczące pozytywnego wpływu aromaterapii, psychoterapii i uczestnictwa w grupach wsparcia. W sytuacjach ograniczających nasze możliwości musimy nauczyć się właściwie dysponować pokładami sił. Promowana jest zasada 3 P (ang. plan, prioritise and pace) – aktywność należy Planować, ustalać Priorytety w kolejności ich wykonania oraz stosować odpowiednie Tempo ich realizacji.

Prowadzenie dzienniczków aktywności i zmęczenia pozwala na ustalenie okresów największej ilości dostępnej energii w ciągu dnia. W tym przedziale czasowym należy planować wydatkowanie energii na wykonanie najważniejszych w naszej opinii czynności, dostosowując tempo ich realizacji do obecnych, realnych możliwości. Niektóre obowiązki, które nie muszą być wykonane osobiście, można zlecić innym osobom, przez co zyskujemy/oszczędzamy energię. Nie jest to jednoznaczne z unikaniem aktywności fizycznej.

Właściwa higiena snu może pomóc w odnawianiu magazynów energetycznych. Pomocne w jej utrzymaniu są:

- wstawanie codziennie rano o podobnej porze;
- udawanie się do snu najlepiej w momencie narastania senności, zawsze w podobnych godzinach wieczornych;
- redukcja liczby i czasu drzemek w ciągu dnia – najlepiej mniej niż 1 godzina w ciągu dnia, lepiej kilka krótkich niż jedna dłuższa;
- wyjście z łóżka w przypadku trudności z zaśnięciem w czasie > 20 minut;
- tworzenie dobrych warunków do snu – ciemne pomieszczenie, cisza, miła atmosfera;

- stosowanie technik redukujących stres i ułatwiających wyciszenie przed zaśnięciem – czytanie, joga, medytacje, cicha i relaksująca muzyka;
- niespożywanie alkoholu, kofeiny i słodkich pokarmów przed snem;
- unikanie długiego korzystania ze smartfону i komputera w późnych godzinach nocnych.

Właściwa, zbilansowana dieta ze zwróceniem uwagi na unikanie węglowodanów prostych może pomóc w redukcji okresów napadowego poczucia zmęczenia. Trzeba ustalić, czy spożywane pokarmy mają wystarczającą ilość dobrych kilokalorii, białek i innych składników odżywczych. Niebagatelne znaczenie ma właściwe nawodnienie.

Odwracanie uwagi, czyli dystrakcja

Do technik odwracania uwagi od chorowania i zmęczenia należą proste, zwykłe czynności, takie jak słuchanie ulubionej muzyki, czytanie ciekawych książek, spotkania z przyjaciółmi, oglądanie filmów, na które zwykle nie mamy czasu, a które mogą nam przynieść wiele przyjemności. Teraz właśnie masz na to czas i szkoda by było z tego nie skorzystać. Pograżeni w zmęczeniu często zapominamy o pozytywnym działaniu takich aktywności na naszą psychikę, być może dlatego, że wydają się zbyt oczywiste. Otwarcie się na otaczającą naturę, słuchanie śpiewu ptaków, szumu rzeki itp. może poprawić Twój nastrój i zapewnić chwilę relaksu. Ogólnie pojęte techniki dystrakcyjne są uznanymi metodami zwalczania zmęczenia.

Inne metody

- BWLT (ang. bright white light therapy) – terapia silnym światłem fluorescencyjnym o natężeniu 10 000 lx z urządzenia light box. Stosowane w godzinach porannych przez okres 30–90 minut stymuluje podwzgórze odpowiedzialne za rytmy dobowe i może redukować nasilenie zmęczenia.
- Nie ma dowodów na skuteczność koenzymu Q10 i guarany czy żeńszenia w znoszeniu zmęczenia w chorobie nowotworowej.
- Metylfenidat – substancja psychostymulująca może mieć pozytywne działanie redukujące zmęczenie. Stosuje się ją raczej u pacjentów w zaawansowanej chorobie nowotworowej.
- Glikokortykosteroidy (prednizon, deksametazon) – stosowane są u chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową. Wykazują krótkotrwałe działanie zmniejszające nasilenie zmęczenia.

PODSUMOWANIE

- Zmęczenie/osłabienie powinno być zidentyfikowane na każdym etapie choroby nowotworowej.
- Porozmawiaj z lekarzem, psychologiem lub rehabilitantem, jeśli uważasz, że problem ten dotyczy Ciebie, przygotuj się do rozmowy na ten temat.
- Aktywizacja ruchowa jest najpewniejszym sposobem redukcji natężenia zmęczenia.
- Zarządzaj rozsądnie zasobami energetycznymi – zasada 3P.
- Stosuj techniki dystrakcyjne, odwracające uwagę od chorowania i zmęczenia.
- Dbaj o dietę i dobre nawodnienie.
- W wybranych przypadkach możliwe jest krótkotrwałe stosowanie leków.

Jak zapewnić sobie dobry sen

Maria Gałuszko-Węgielnik

Sen to stan fizycznego spoczynku, podczas którego interakcje ze środowiskiem są zniesione. Jedynie silne bodźce mogą spowodować powrót do stanu czuwania. Sen występuje spontanicznie i okresowo, zajmuje około $\frac{1}{3}$ całego życia człowieka. Za jego podstawowe zadania uważa się odpoczynek i regenerację, ale ułatwia on nam również zapamiętanie nauczonego materiału i odgrywa rolę w różnych procesach wewnątrz naszego ciała, np. w wydzielaniu hormonów.

Sen składa się z dwóch faz: NREM (ang. non-rapid eye movement) i REM (ang. rapid eye movement). Obie następują po sobie i cyklicznie powtarzają się przez całą noc. Jeden cykl NREM i REM zajmuje 90–110 minut, a zatem w ciągu nocy występuje około 6 cykli (jeśli sen trwa około 8 godzin). Kiedy zasypiamy, wchodzimy w fazę NREM. Ma ona 4 stadia:

- 1 NREM – trwa około 10 minut, jest to faza bardzo lekkiego snu, z której bardzo łatwo się wybudzić i dość często nie ma się wtedy nawet świadomości, że się spało;
- 2 NREM – trwa około 20 minut, sen staje się mocniejszy, trudniej jest się obudzić pod wpływem bodźców zewnętrznych, ciało zaczyna się rozluźniać (czasami możemy odczuwać „zrywy mięśniowe” w kończynach górnych lub dolnych), akcja serca zwalnia, temperatura ciała spada, oddech chwilami może być nieregularny;
- 3 i 4 NREM – zaczyna się głęboki sen (w badaniu fal mózgowych widać ich spowolnienie, stąd nazwa tego stadium snu „wolnofalowy” lub „sen delta”), trudniej nam się obudzić pod wpływem dźwięków z otoczenia, oczywiście do pewnego stopnia, więc jeśli ktoś nas już obudzi, to możemy przez chwilę być dezorientowani lub oszołomieni; w tych stadiach ciało rozluźnia się coraz bardziej, oddech stabilizuje się, obniża się ciśnienie krwi, a przemiana materii redukuje się o około 15%; to właśnie w tym czasie organizm odpoczywa najefektywniej.

Po fazie NREM wchodzi się w fazę REM. Może ona trwać 20–60 minut. Obserwuje się tu dużą zmienność – oczy drgają pod powiekami, akcja serca zwiększa się, oddech przyspiesza i staje się mniej regularny, ale mięśnie nadal są rozluźnione. To w tej fazie najczęściej śnimy. Liczba godzin snu oraz jego jakość zmieniają się z wiekiem. Noworodki i niemowlęta przesypiają 15–18 godzin w ciągu doby, dzieci i nastolatki około 10 godzin, osoby dorosłe 4–10 godzin, a seniorzy niestety śpią najkrócej, bo około 6 godzin. W starszym wieku ubywa też snu wolnofalowego, czyli tego, w którym najbardziej odpoczywamy, a także częściej zdarzają się przebudzenia. Z tego powodu osoby starsze często skarżą się na zmęczenie i niewyspanie mimo obiektywnie przespanej nocy.

Sen podlega różnym mechanizmom regulacji, m.in.:

- homeostatycznej – im dłużej nie śpimy, tym bardziej narasta potrzeba snu; jeśli mamy przejściowe kłopoty ze snem, zwykle po dwóch bezsennych nocach trzecia jest przespana (pod warunkiem że w międzyczasie nie ucinamy sobie drzemek);
- okołodobowej – każdy człowiek ma wewnętrzny zegar (obszar mózgu), który jest wrażliwy na czynniki środowiskowe (np. światło, hałas) i reguluje m.in. stężenia

hormonów: wieczorem spada stężenie kortyzolu (hormonu stresu), a zwiększa się wydzielanie melatoniny (hormonu snu).

Problemy ze snem to dolegliwość, która dotyka około 40% ludzi na świecie. Skargi mogą dotyczyć m.in. nadmiernej senności, bezsenności, zaburzeń rytmu okołodobowego, lunatykowania czy zaburzeń zachowania podczas snu. Najczęściej występującą i najbardziej dokuczliwą z nich jest bezsenność. Może być ona objawem choroby psychicznej (np. depresji, zaburzeń lękowych, uzależnienia), choroby somatycznej (np. nadciśnienia tętniczego, choroby serca, płuc, chorób reumatycznych, cukrzycy), a także może występować jako samodzielna jednostka chorobowa. Bezsenność może trwać kilka dni, najczęściej kiedy doświadczamy krótkotrwałego, nagłego stresu (np. nieoczekiwany wyjazd), jest to tzw. bezsenność przygodna. W sytuacji, gdy bezsenność utrzymuje się do 3 tygodni (np. sytuacja stresowa w pracy, w domu), mówi się o bezsenności krótkotrwałej. Gdy przez co najmniej miesiąc, w każdym tygodniu przez co najmniej 3 noce mamy problem z zaśnięciem, wybudzaniem się lub sen nie jest regenerujący i z tego powodu nasze funkcjonowanie społeczne i zawodowe jest zaburzone, będziemy mówić o bezsenności jako odrębnej jednostce chorobowej.

Z bezsennością można sobie radzić na kilka sposobów. Jeżeli jest ona wynikiem innej dolegliwości, zawsze należy się starać o leczenie przyczynowe, czyli np. terapię depresji. Istnieje duża szansa, że w wyniku skutecznej farmakoterapii bezsenność stopniowo ustąpi.

Dostępnych jest wiele leków nasennych ziołowych oraz przepisywanych przez lekarza, które mogą być rozwiązaniem problemu, ale często istnieje ryzyko uzależnienia lub z różnych powodów są przeciwwskazane. Opierając się na wiedzy dotyczącej mechanizmów snu, ustalono kilka zasad mających na celu ułatwienie zasypiania i wyregulowanie snu. Nazwane zostały one higieną snu.

- Redukuj czas spędzany w łóżku – osoby z bezsennością często już na sam widok łóżka odczuwają lęk, że nie zasną, stąd ważne jest zredukowanie ich obaw przez wytworzenie skojarzenia łóżka ze snem lub przyjemnością. W myśl tej zasady w łóżku przebywamy tylko podczas aktywności seksualnej lub wtedy, gdy chce nam się spać. Jeżeli mimo senności nie udaje się nam w ciągu 20 minut zasnąć, powinniśmy wstać z łóżka i zająć się czymś (np. czytaniem niezbyt interesującej książki, odmawianiem różańca, słuchaniem spokojnej muzyki) do czasu, kiedy znów poczujemy senność. Czasami w ciągu nocy będziemy wstawać kilka razy i nie wyśpimy się, ale jeśli będziemy konsekwentni, osiągniemy cel.
- Nie próbuj zasnąć na siłę – należy słuchać własnego organizmu, jeżeli jest godzina 23, a nam nie chce się spać, położenie się do łóżka nie spowoduje, że sen od razu przyjdzie, a my niepotrzebnie będziemy się denerwować. Kładziemy się spać tylko wtedy, gdy jesteśmy senni.
- Wstawaj zawsze o tej samej porze – to jest zasada, której chyba najtrudniej przestrzegać. W dni powszednie oraz w weekendy należy ustalić stałą porę wstawania (różnice nie powinny przekraczać 30 minut). Sen szybciej wyreguluje się wtedy, gdy będziemy wstawać codziennie o tej samej godzinie. Nie jest natomiast wskazane kładzenie się o stałej godzinie (chyba że chce nam się spać).
- Usuń zegarek z zasięgu wzroku w sypialni – spojrzenie na zegarek w środku nocy, kiedy po raz kolejny się obudziliśmy, raczej nie usposobi nas do ponownego zaśnięcia, wręcz przeciwnie, zaczniemy się denerwować.

- Unikaj drzemek w czasie dnia – człowiek w ciągu doby ma zapotrzebowanie na określoną liczbę godzin snu. Jeżeli 1–2 godziny prześpimy w dzień, trudniej będzie nam zasnąć w nocy. Uważa się za dopuszczalną drzemkę trwającą do 15 minut.
- Zmęcz się fizycznie późnym popołudniem – ważne, żeby wysiłku nie podejmować tuż przed snem. Bieganie, ćwiczenia czy basen mimo wywołania zmęczenia nie spowodują od razu senności.
- Zjedz kolację na trzy godziny przed snem i ewentualnie lekką przekąskę późnym wieczorem – jeżeli bardzo się najemy lub zjemy coś ciężkostrawnego, z dużym prawdopodobieństwem nie zaśniemy łatwo.
- Unikaj kofeiny, nikotyny i alkoholu – substancje te mają działanie pobudzające. Alkohol, w odpowiedniej ilości, może pomóc w zaśnięciu, ale zmienia on jakość snu, powodując, że nie jest on regenerujący, a często też powoduje przebudzenia w nocy.
- Prowadź regularny tryb życia – w miarę możliwości, co w obecnych czasach jest coraz trudniejsze.
- Unikaj silnego światła wieczorem i ciemnych pomieszczeń w ciągu dnia – ma to znaczenie szczególnie dla naszego wewnętrznego zegara. Nadmiar światła wieczorem (nie tylko lampy, lecz także komputer, telewizor czy smartfon) może negatywnie wpłynąć na wydzielanie melatoniny, utrudniając zasypianie.
- Unikaj regularnego przyjmowania leków nasennych – leki mogą pomóc w zaśnięciu, ale zmieniają jakość snu i nie zawsze przynosi on odpoczynek. Większość typowych leków nasennych uzależnia i często trzeba brać ich coraz więcej, żeby zasnąć. Czasami jednak decydujemy się na farmakoterapię, kiedy inne sposoby zawodzą.
- Zadbaj o to, żeby sypialnia była cicha, ciemna i wygodna – przed snem koniecznie wywietrz pomieszczenie, temperatura w nim nie powinna być zbyt wysoka.

.....

Kluczową rolę w bezsenności odgrywa znaczenie, jakie człowiek nadaje nieprzespanej nocy, oraz zachowania, które mają na celu zneutralizować skutki takiej nocy lub zapobiec wystąpieniu kolejnej. Wieczorem zaczynamy martwić się, czy uda się zasnąć, jak prześpimy noc, jaki będzie następny dzień. Takie myślenie prowadzi do napięcia i uczucia lęku, co zasadniczo uniemożliwia zaśnięcie. Często rozmyślamy o tym, czy uda się zasnąć, sprawdzamy, która jest już godzina, zwracamy uwagę na doznania z ciała (np. kołatanie serca), które podczas lęku jest normalne. Tego typu czynności będą nasilać lęk i napięcie. Żeby poradzić sobie z emocjami, staramy się „nie myśleć” (co przynosi odwrotny efekt), albo sięgamy po alkohol lub leki. Rano z kolei zwracamy uwagę na symptomy niewyspania, np. ból głowy, senność, pieczenie oczu czy ból mięśni. Nawet najmniej nasilone objawy są zazwyczaj wyolbrzymiane, ponieważ koncentrujemy na nich swoją uwagę. Skutkuje to również myśleniem o konsekwencjach kolejnej nieprzespanej nocy, a w efekcie lękiem i przygnębieniem. Dość często w takiej sytuacji zaczynamy się oszczędzać podczas dnia – odwołujemy spotkania, rezygnujemy z aktywności fizycznej, stosujemy drzemki. Działania takie pogłębiają dodatkowo istniejące już zaburzenia snu. Jak sobie z tym poradzić?

Jedną z metod, która może pomóc w zasypianiu, jest relaksacja. Ma ona na celu zredukowanie lęku i napięcia towarzyszących zasypianiu. Dostępnych jest wiele pozycji książkowych z opisem poszczególnych technik wraz z nagraniami (np. trening autogenny czy progresywna relaksacja mięśniowa). Najprostsza jest relaksacja oddechowa. Polega ona na niezbyt głębokim nabraniu powietrza przez nos w ciągu około 3 sekund, a następnie powolnym wypuszczaniu go przez usta (ale tak, żeby nie było słyhać szmeru wydychanego powietrza) w ciągu 6 sekund. Efekt relaksacji przy dobrze wykonywanym ćwiczeniu uzyskuje się po

3–5 minutach. Inną metodą ułatwiającą zasypianie jest technika wyobrażeniowa. Zamiast liczenia baranów, dobrze skoncentrować się na miłym, bezpiecznym miejscu. Dla niektórych będzie to plaża z falami i złotym piaskiem, dla innych góry, jazda pociągami czy patrzenie w ogień. Można też wyobrażać sobie jakiś przedmiot (np. starą lampę) i opisywać go w myślach z jak największą liczbą detali. Innym sposobem jest technika myślenia paradoksalnego, która ma na celu zmniejszenie napięcia związanego ze snem. Zaleca ona, aby po położeniu się do łóżka za wszelką cenę starać się nie zasnąć. W konsekwencji zmniejsza to napięcie związane z próbą usnięcia i przyspiesza moment zaśnięcia.

Osoby z problemem bezsenności przeważnie mają nierealistyczne przekonania co do jakości i ilości snu, a także skutków bezsenności. Najczęściej uważamy, że każda noc powinna być przespana bez wybudzeń, że powinniśmy spać co najmniej 8 godzin, a rano od razu po wstaniu powinniśmy być wypoczęci. Obawy dotyczą też zdrowia. Boimy się choroby psychicznej, śmierci, a czasem zbyt szybkiego starzenia lub utraty kondycji fizycznej. Kolejny obszar obaw dotyczy problemów w pracy i w relacjach, związanych z brakiem koncentracji uwagi czy drażliwością. Warto przyjrzeć się faktom. Jak już wspomniano, dorosły człowiek może przespać od 4 do 10 godzin, a ilość snu zmniejsza się wraz z wiekiem. Z upływem lat pogarsza się także jakość snu. Przebudzenia w ciągu nocy są zupełnie normalne, a po obudzeniu się rano najczęściej potrzebujemy około 30 minut, żeby zacząć normalnie funkcjonować. Bezsenność nie prowadzi do śmierci ani nie wywołuje chorób psychicznych u zdrowych osób, ale jeśli ktoś choruje na depresję, bezsenność może być pierwszym objawem nawrotu choroby. Po nieprzespanej nocy możemy wyglądać gorzej, ale zdecydowanie gorszy wpływ na nasz organizm niż brak snu będą miały leki nasenne, alkohol czy nikotyna. Po nieprzespanej nocy możemy też mieć kłopot z rozpoczęciem wykonywania zadania, ale kiedy je zaczniemy, koncentracja zwykle się utrzymuje. Często to, czego się obawiamy, jest wyolbrzymione. Warto zastanowić się nad tym, jakich najgorszych skutków spodziewamy się, kiedy nie będziemy wyspani (np. nie prześpię nocy → w pracy będę zmęczony/zmęczona, drażliwy/drażliwa → klienci będą niezadowoleni → poskarżą się szefowej → szefowa wyrzuci mnie z pracy). Następnie postaramy się określić prawdopodobieństwo wystąpienia takiego zdarzenia, a potem uwzględniając faktyczną liczbę bezsennych nocy, policzymy realne prawdopodobieństwo jego wystąpienia. Kiedy porównamy obie wartości, okazuje się, że rozbieżności są duże.

Każdy człowiek odbiera rzeczywistość na swój własny, specyficzny sposób. Dla kogoś źle przespana noc może być powodem do zamartwiania się, z kolei inna osoba może przejść nad tym do porządku dziennego, zakładając, że w końcu i tak się wyśpi. W dużej mierze zależy to od zniekształceń myślenia, które wszyscy stosujemy. Przykładem może być uogólnianie: „nigdy nie przespałem/przespałam więcej niż 5 godzin”, „zawsze robię błędy w pracy, jak jestem niewyspany/niewyspana”; myślenie czarno-białe: „jeśli nie zasnę w ciągu 15 minut, cała noc będzie stracona”; przewidywanie przyszłości: „dzisiaj na pewno nie zasnę”, „bezsenność nigdy nie minie”; nadużywanie imperatywów: „muszę zasnąć”; obwinianie się: „przez moje niewyspanie cierpią najbliżsi”; czytanie w myślach: „wszyscy na pewno wiedzą, że mam kłopoty ze snem, i myślą, że jestem wariatem/wariatką” i wiele innych. Ważne jest, żeby zdawać sobie sprawę z możliwości zniekształcenia myślenia i na bieżąco je korygować, wtedy napięcie, lęk i zamartwianie się z dużym prawdopodobieństwem ulegną redukcji.

W przypadku gdy trudno jest zastosować omawiane sposoby albo nie przynoszą one oczekiwanego efektu, zawsze można rozważyć psychoterapię poznawczo-behawioralną lub włączenie leków.



4

AKTYWNOŚĆ

FIZYCZNA

Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie psychiczne

Karina Wiśniowska

Nie bez powodu mówi się: „sport to zdrowie” – o dobroczynnym wpływie aktywności fizycznej wiemy od dawien dawna. Lekarze i inni specjaliści zachęcają do wykonywania regularnych ćwiczeń, aby cieszyć się sprawnością i dobrym samopoczuciem przez długie lata. Co jednak w sytuacji, gdy nasz organizm jest aktualnie osłabiony chorobą? Czy możemy pozwolić sobie na sport? Jakie formy ruchu będą dla nas bezpieczne? W tym rozdziale rozwiemy wszystkie Twoje wątpliwości. Dowiesz się z niego, jak aktywność fizyczna wpływa na zdrowie oraz przekonasz się, że są ćwiczenia, które możesz wykonywać nawet w trakcie leczenia onkologicznego.

Jak aktywność fizyczna wpływa na organizm?

Aktywność fizyczna wpływa całościowo na cały organizm – korzyści z niej płynące oddziałują na psychikę i na ciało. Przyjrzyjmy się bliżej, jakie zmiany zachodzą pod wpływem wysiłku fizycznego.

Jakie zmiany zachodzą w organizmie w trakcie ćwiczeń?

Nawet z pozoru lekkie i niewymagające ćwiczenia uruchamiają w organizmie szereg reakcji fizjologicznych:

- zwiększa się tętno i wzrasta ciśnienie tętnicze krwi;
- zwiększa się zapotrzebowanie na tlen – oddechy stają się głębsze i częstsze;
- zwiększa się siła skurczu mięśni;
- w mózgu zwiększa się poziom stężenia neuroprzekaźników, takich jak serotonina, dopamina i noradrenalina;
- zwiększa się koncentracja na wykonywanym ćwiczeniu.

Jak widzisz, w trakcie wysiłku fizycznego cały organizm mobilizuje się do działania. Pod jego wpływem zachodzą zmiany w układzie nerwowym, układzie krążenia, układzie oddechowym, układzie kostnym i w całym układzie ruchu.

A jak wysiłek fizyczny wpływa na psychikę człowieka? Wiele osób przyznaje, że po wykonanych ćwiczeniach czuje się dobrze. Mimo zmęczenia fizycznego deklarują odprężenie i tzw. oczyszczenie umysłu. Sport pozwala na oderwanie myśli od trudnych i niepokojących tematów oraz pomaga na chwilę zapomnieć o troskach dnia codziennego.

Długofalowe korzyści z aktywności fizycznej

Wiesz już, jakie zmiany zachodzą w Twoim organizmie pod wpływem wysiłku fizycznego. Przyjrzyjmy się teraz długofalowym korzyściom płynącym z regularnych ćwiczeń.

Wpływ wysiłku fizycznego na układ ruchu

Regularna aktywność fizyczna wiąże się z korzystnymi zmianami w układzie kostno-stawowym i mięśniowym. Jedną z nich jest wzmocnienie układu kostnego – zwiększa się stabilność i wytrzymałość tkanki kostnej, dzięki czemu wzrasta jej odporność na urazy i złamania. Specjaliści są zdania, że regularne ćwiczenia wzmacniające układ ruchu mogą nawet zmniejszyć ryzyko wystąpienia osteoporozy.

Ćwiczenia pomagają również zwiększyć ruchomość i elastyczność stawów oraz powodują wzrost tkanki mięśniowej. Poprawie ulega również koordynacja nerwowo-mięśniowa.

Wpływ wysiłku fizycznego na układ krążenia i układ oddechowy

U osób regularnie wykonujących ćwiczenia obserwuje się wzrost pojemności życiowej płuc. Jest to największa objętość powietrza, jaką dana osoba może wydymać z płuc po wykonaniu maksymalnego wdechu. Ocenia się ją w trakcie wykonywania badania o nazwie spirometria.

Poprawie ulega również kondycja układu krążenia. U osób aktywnych fizycznie obserwuje się niższe ciśnienie tętnicze oraz niższy poziom cholesterolu we krwi.

Wpływ wysiłku fizycznego na układ odpornościowy

Badania wskazują, że regularny umiarkowany wysiłek fizyczny korzystnie wpływa na kondycję układu odpornościowego. Powoduje wzrost liczby komórek układu immunologicznego oraz zwiększa ich aktywność. Dzięki temu organizm skuteczniej broni się przed chorobotwórczymi czynnikami, takimi jak np. wirusy i bakterie. Warto tu jednak zaznaczyć, że zbyt intensywne treningi mogą prowadzić do przeciążenia organizmu, a co za tym idzie, do osłabienia mechanizmów odpornościowych.

Wpływ wysiłku fizycznego na zdrowie psychiczne

Regularna aktywność fizyczna oddziałuje pozytywnie na zdrowie psychiczne człowieka. Ćwiczenia pomagają rozładować nagromadzone napięcie emocjonalne, dlatego dla wielu osób są sposobem na odprężenie się po ciężkim dniu. Ponadto w badaniach psychologicznych wykazano, że umiarkowany wysiłek fizyczny może być pomocny w zmniejszeniu poziomu lęku. Zaobserwowano również jego korzystny wpływ na jakość snu i szybkość zasypiania.

Jedną z zalet aktywności fizycznej jest także jej wpływ na samoocenę i spostrzeganie własnej osoby. U osób regularnie ćwiczących zwiększa się poziom motywacji. Pojawia się zadowolenie z własnych postępów i zwiększenie wiary we własne możliwości. Systematyczne treningi powodują zmiany w wyglądzie ciała, co u wielu osób zwiększa zadowolenie z własnego wyglądu.

Ulubiony sport nie tylko pozwala zadbać o dobre samopoczucie, lecz także daje poczucie kontroli. To szczególnie ważne dla osób, które w trakcie choroby poczuły, że utraciły kontrolę nad własnym ciałem i jego zdrowiem.

Rola aktywności fizycznej w procesie zdrowienia

Aktywność fizyczna niewątpliwie jest ważnym wsparciem w procesie zdrowienia. Regularne ćwiczenia, których poziom dostosowany jest do możliwości i stanu zdrowia chorego,

pozwalają wzmocnić organizm w walce z chorobą. Często w trakcie leczenia choroby onkologicznej pacjenci dotkliwie odczuwają utratę kontroli nad swoim ciałem. Ze strony organizmu pojawia się szereg negatywnych zmian, których osoba chora nie jest w stanie kontrolować. Na skutek tego może pojawić się uczucie bezradności i bezsilności połączone z emocjami, takimi jak smutek czy złość. Dlatego tak istotne dla zdrowia psychicznego jest znalezienie aspektu, na który mamy realny wpływ. Aktywność fizyczna pozwala wielu osobom odzyskać poczucie kontroli. Wykonywanie ćwiczeń pomaga udowodnić sobie, że jesteśmy w stanie walczyć z własną słabością i ograniczeniami. Nawet lekkie i niewymagające ćwiczenia pomagają w przywróceniu poczucia sprawczości.

To rozumiałe, że osoby chorujące onkologicznie mogą czuć obawę przed ćwiczeniami w trakcie leczenia i tuż po jego zakończeniu. To zupełnie naturalne, że naszym pierwszym odruchem jest chronienie obciążonego i zmęczonego leczeniem organizmu. Lekarze i inni specjaliści są jednak zdania, że łatwiej odzyskać sprawność i dobrą kondycję, jeśli również w trakcie leczenia wykonywało się ćwiczenia. Warto wiedzieć, że nie muszą to być intensywne i długie zajęcia. Nawet proste i trwające kilkanaście minut ćwiczenia mogą przynieść korzyści dla całego organizmu.

Z dalszych rozdziałów dowiesz się, jakie formy aktywności sprawdzą się u pacjentów onkologicznych. Pamiętaj jednak, że każdą obawę i wątpliwość warto skonsultować z lekarzem. Specjalista pomoże Ci dobrać aktywność fizyczną odpowiednią do Twoich aktualnych możliwości. Dzięki temu nie nadwyreżysz się i będziesz mieć pewność, że dane ćwiczenia będą w pełni bezpieczne dla Twojego organizmu.

Pamiętaj, nie bój się zadawać pytań lekarzom. To ważne, aby każda z Twoich wątpliwości została rozwiązana. Jeśli chcesz, możesz wcześniej spisać pytania na kartce i zabrać ją ze sobą do gabinetu.

.....
Oto przykładowe pytania, które możesz zadać:

- czy w trakcie leczenia onkologicznego mogę ćwiczyć lub wykonywać inną aktywność fizyczną?
- jakie ćwiczenia mogę wykonywać i jak długo?
- jak przygotować się do ćwiczeń?
- jakie objawy w trakcie wykonywania ćwiczeń powinny mnie zaniepokoić?

Rodzaje aktywności fizycznej

Rodzajów aktywności fizycznej jest tak wiele, że każdy z pewnością znajdzie coś, co sprawi mu przyjemność. Bieganie, jazda na rowerze, pływanie, joga, taniec – to tylko część z możliwości. Ważne, żeby wybrać taki rodzaj aktywności, który będzie dobrze dopasowany do naszych preferencji, aktualnej kondycji i stanu zdrowia. Przyjrzymy się teraz poszczególnym formom ruchu.

Joga

Joga to idealny rodzaj aktywności fizycznej dla tych, którzy poszukują sposobu na wzmocnienie ciała i zapewnienie sobie relaksu i odprężenia. Jest to także okazja, aby zwiększyć świadomość swojego ciała. Praktykowanie jogi uczy obserwacji zmian zachodzących w ciele oraz

ćwiczy uważność. Pozwala nauczyć się świadomego oddechu, co jest szczególnie przydatne w sytuacjach stresowych. Wiele osób w pełnych napięcia momentach zaczyna oddychać szybko i płytko, przez co cały organizm otrzymuje mniej tlenu. Znajomość ćwiczeń oddechowych pomaga zapanować nad oddechem w trudnych momentach. Świadome branie głębokich oddechów i powolne wypuszczanie powietrza pozwala wyciszyć się, uspokoić myśli i dostarczyć do organizmu więcej tlenu.

Na czym polega joga? To ćwiczenia, które wykonuje się w określonych pozycjach, tzw. asanach. W trakcie ich wykonywania niezwykle ważna jest technika oddechowa, wykorzystuje się również elementy medytacji. Do najważniejszych korzyści z praktykowania jogi zalicza się:

- wzmocnienie mięśni,
- poprawę postawy,
- odprężenie i głęboki relaks,
- dobre samopoczucie.

Niewątpliwą zaletą jogi jest również to, że można ćwiczyć ją w domowym zaciszu. Wystarczy tylko mata do ćwiczeń i wygodny strój. Aby wzmocnić odprężające działanie ćwiczeń, można włączyć relaksującą muzykę i zapalić zapachowe świece lub kadzidełka.

Pilates

Pilates to metoda ćwiczeń, która powstała około 100 lat temu. Jej głównym założeniem jest pomoc w stworzeniu równowagi w ciele za pomocą bezpiecznych ćwiczeń. Zadaniem ćwiczących jest prawidłowe odtwarzanie wzorców ruchowych i wykonywanie ich spokojnie, stopniowo oraz we właściwej kolejności.

Autorem tej metody jest Joseph Hubertus Pilates. Pilates opracował system około 500 ćwiczeń na matach, których zadaniem było wzmocnienie tzw. centrum, czyli grup mięśni brzucha, dna miednicy, obręczy barkowej i grzbietu. Opracowane przez siebie ćwiczenia wykorzystywał w pracy z osobami niepełnosprawnymi ruchowo, a w późniejszym okresie także w pracy z weteranami wojennymi. Pilates zaobserwował, że ćwiczenia nie tylko pomagają w odzyskaniu sprawności ruchowej, lecz także dobrze wpływają na samopoczucie ćwiczących.

Głównym założeniem metody Pilatesa jest osiągnięcie harmonii ciała i umysłu. Metoda ta może być stosowana przez osoby w różnym wieku i o różnych możliwościach ruchowych. Ćwiczenia korygują nieprawidłowe wzorce ruchowe i pomagają zadbać o prawidłową postawę ciała. Aby osiągnąć ten efekt, każde z ćwiczeń powinno być wykonywane starannie i płynnie. Ważne jest odpowiednie napięcie mięśni „centrum”, ustawienie głowy w osi ciała oraz prawidłowy oddech. Dodatkową zaletą ćwiczeń jest głęboka relaksacja. Koncentracja na wykonywanych ćwiczeniach pozwala oderwać się myślami od codziennych trosk.

Ćwiczenia ogólnorozwojowe

Ćwiczenia ogólnorozwojowe to takie, które angażują jednocześnie najważniejsze partie całego ciała. Ich zadaniem jest poprawienie kondycji i sprawności ruchowej. Są stosunkowo łatwe, dlatego mogą być wykonywane przez osoby w każdym wieku. Nie wymagają użycia specjalistycznych sprzętów i przyrządów, więc możesz ćwiczyć także w domowym zaciszu. Warto jednak pierwsze ćwiczenia wykonać pod okiem profesjonalisty, aby nauczyć się wykonywać je w prawidłowy sposób. Dzięki temu będziesz mieć pewność, że ćwiczenia są dla Ciebie w pełni bezpieczne. Warto również poprosić trenera o przygotowanie przykładowej listy ćwiczeń, które będą dopasowane do Twojego wieku, kondycji i możliwości.

Jest wiele rodzajów ćwiczeń ogólnorozwojowych, dlatego z pomocą trenera z pewnością odnajdziesz te odpowiednie właśnie dla Ciebie. Przykładowe ćwiczenia ogólnorozwojowe to wymachy ramionami, skłony, rozciąganie w pozycji siedzącej czy podnoszenie ciężarków.

Jakie są zalety ćwiczeń ogólnorozwojowych? Do najważniejszych korzyści zalicza się:

- poprawę koordynacji ruchowej,
- wzmocnienie siły mięśni,
- redukcję tkanki tłuszczowej,
- lepsze samopoczucie.

Nordic walking

Nordic walking to forma aktywności fizycznej opracowana w latach dwudziestych ubiegłego stulecia przez fińskich narciarzy. Polega na rytmicznych marszach ze specjalnymi kijkami. Ta forma ruchu polecana jest szczególnie osobom z dolegliwościami stawów i kręgosłupa czy układu krążenia.

Nordic walking cieszy się dużą popularnością, ponieważ może go praktykować praktycznie każdy niezależnie od wieku. Jedną z jego zalet jest również to, że z łatwością można zakupić kijki do nordic walkingu w przystępnej cenie. Pamiętaj jednak, że rozpoczynając przygodę z nordic walkingiem, warto poświęcić czas na nauczenie się odpowiedniej techniki pracy kijkami. Tylko wtedy marsze przyniosą oczekiwany skutek. W internecie można znaleźć wiele materiałów edukacyjnych, które pomogą Ci nauczyć się prawidłowego używania kijków do nordic walkingu. W serwisie YouTube można znaleźć wiele filmików instruktażowych, dzięki którym bezpiecznie rozpoczniesz przygodę z nordic walkingiem.

Do najważniejszych zalet uprawiania nordic walkingu zalicza się:

- pozytywny wpływ na układ oddechowy i układ sercowo-naczyniowy,
- wzmocnienie mięśni,
- poprawę sprawności fizycznej,
- lepsze samopoczucie.

Taniec

Taniec to forma aktywności fizycznej, którą można uprawiać w każdym wieku. Jest to nie tylko przyjemna forma ruchu, lecz także sposób na zadbanie o kondycję i dobre samopoczucie. Coraz częściej podkreśla się także terapeutyczną rolę tańca.

Do najważniejszych korzyści płynących z tańca zalicza się:

- poprawę kondycji fizycznej,
- zwiększenie wydolności organizmu,
- poprawę koordynacji i zakresu ruchów,
- kształtowanie prawidłowej postawy ciała,
- obniżenie poziomu stresu,
- zwiększenie pewności siebie.

Taniec wpływa korzystnie praktycznie na cały organizm. Trening taneczny pomaga zadbać o zdrowie układu krążeniowo-oddechowego oraz poprawia jego wydolność. Nauka układów choreograficznych wspomaga pracę układu nerwowego: pozytywnie wpływa na koncentrację i zapamiętywanie. Treningi taneczne są pomocne także we wspieraniu kondycji układu mięśniowego oraz układu kostno-stawowego.

Specjaliści zwracają również uwagę na społeczną rolę tańca: w trakcie zajęć poprawie ulega komunikacja i zdolność do integracji w grupie. Badania pokazują, że dla starszych

kobiet taneczne zajęcia są okazją do przebywania w grupie i realizowania się w kontaktach społecznych. Uczestniczki badań wskazywały, że zaobserwowały u siebie większą otwartość i większą łatwość w nawiązywaniu kontaktów.

W badaniach oceniających wpływ treningów tanecznych na zdrowie i dobre samopoczucie zaobserwowano również, że u części badanych taniec pomógł w łagodzeniu dolegliwości bólowych. Jest to ważna informacja dla każdej z pacjentek onkologicznych. Należy jednak zawsze porozmawiać z lekarzem prowadzącym i upewnić się, że dany rodzaj tańca nie wpłynie negatywnie na stan zdrowia w trakcie bądź po przebytej chorobie onkologicznej.

Choreoterapia

Taniec od zawsze towarzyszył człowiekowi i pełnił w jego życiu ważne funkcje. Służył jako forma wyrażania uczuć i potrzeb. Za jego pomocą oddawano hołd bogom i siłom natury. Poprzez taniec wyrażano emocje, takie jak radość, strach i gniew. Ich ekspresja była potęgowana przez towarzyszący tańcom śpiew i muzykę. Już sam Platon dostrzegał potencjał w muzyce i określał ją jako „lek dla duszy”. Z kolei Pitagoras wykorzystywał muzykę i taniec w pracy z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi. Jak widzisz, terapeutyczna funkcja tańca była znana już tysiące lat temu. To wszystko doprowadziło do powstania choreoterapii, czyli metody leczenia ruchem.

Choreoterapia to metoda bazująca na leczniczych właściwościach tańca, która pozytywnie wpływa na całościowy stan zdrowia psychofizycznego. Jej podstawowym założeniem jest to, że zmiany dokonujące się na poziomie neuromięśniowym będą powodować w organizmie zarówno zmiany fizyczne, jak i psychiczne. Dzięki ćwiczeniom w choreoterapii nie tylko poprawisz koordynację ruchową, lecz także wzmocnisz samoocenę i obraz swojego ciała oraz zadbasz o dobre samopoczucie.

Jedną z zalet choreoterapii jest to, że nie liczą się w niej umiejętności taneczne. Każdy może poczuć się dobrze na zajęciach, ponieważ nie trzeba być wybitnym tancerzem, aby móc w pełni czerpać z korzyści płynących z terapii tańcem. Na zajęciach z choreoterapii nie ma układów choreograficznych. Liczy się naturalny ruch w indywidualnym rytmie danej osoby. Zajęcia w dużej mierze opierają się na improwizacjach ruchowych. Liczy się każdy ruch naturalnie płynący z Twojego ciała. W choreoterapii dobrze odnajdą się nawet osoby z dysfunkcjami ruchowymi. Nie ma tu przeciwwskazań ani większych ograniczeń – w zajęciach może uczestniczyć każdy, niezależnie od wieku i stanu zdrowia.

W choreoterapii wyróżnia się improwizacje ruchowe i tańce integracyjne. Pierwsza forma jest metodą pracy indywidualnej, druga zaś formą terapii w grupie. Taniec integracyjny to metoda pracy z pacjentem, która jest uzupełnieniem jego indywidualnej terapii.

Taniec integracyjny w grupie pozwala otworzyć się na interakcje z innymi. Jest pomocny w wyzbyciu się uczucia izolacji. W trakcie tańca integracyjnego uczestnicy wykonują ćwiczenia w parach, przy czym partnerzy zmieniają się w ciągu całych zajęć. Ruchy w ćwiczeniach wykonywane są na miarę możliwości danej osoby – są dostosowane do jej kondycji i stanu zdrowia. Ćwiczenia pobudzają praktycznie cały organizm: usprawniają funkcje psychoruchowe, wspierają pracę układu krążenia i układu oddechowego, pomagają zadbać o lepszą kondycję stawów i mięśni.

Pewnie zastanawiasz się, na czym polega choreoterapia i czego możesz się spodziewać. Każde zajęcia rozpoczynają się od rozgrzewki, która przygotowuje Twój organizm do aktywności fizycznej. Następnie przechodzi się do ćwiczeń, które pomagają zwiększyć świadomość swojego ciała i odkryć możliwości jego ruchu. W ćwiczeniach wykorzystuje się techniki relaksacji i świadomego oddychania, dzięki którym lepiej poradzisz sobie z nagromadzonym

napięciem emocjonalnym. Nauczysz się także lokalizowania napięcia w ciele i uważnej obserwacji zmian pojawiających się w nim. Ćwiczenia wykonywane w trakcie choreoterapii uwrażliwiają na sygnały płynące z ciała. Na zajęciach poznasz również podstawowe elementy taneczne, dzięki którym zwiększysz swoją sprawność ruchową.

Choreoterapia wykorzystuje także strategie terapeutyczne, takie jak: improwizacja, ćwiczenia z elementami intensyfikacji i personifikacji, ćwiczenia aktywizujące wyobraźnię oraz wiele innych elementów terapeutycznej pracy z ciałem. W trakcie ćwiczeń wykorzystuje się elementy muzykoterapii oraz pracę z symbolami i rekwizytami. Po zakończonych ćwiczeniach uczestnicy zachęcani są do dzielenia się swoimi odczuciami i przemyśleniami z trenerem i pozostałymi uczestnikami zajęć. Dla wielu uczestników zajęć ten moment jest bardzo ważny i wręcz kluczowy.

Dlaczego warto wybrać się na zajęcia z choreoterapii? Specjaliści podkreślają, że terapia tańcem i ruchem może przynieść wiele korzyści. Pozwala lepiej poznać siebie i wejść w bliższy kontakt z własnymi emocjami. Umożliwia swobodne wyrażanie siebie przez naturalny ruch ciała. Wykonywane przy muzyce ćwiczenia pomagają także odprężyć się, zrelaksować i poczuć radość z tańca i bliskości z innymi. Warto też podkreślić, że terapia tańcem może przyspieszyć proces rekonwalescencji i powrotu do zdrowia po przebytej chorobie i wymagającym leczeniu. Jest też sposobem na stopniową poprawę sprawności w swoim własnym tempie.

Jak dobrać odpowiedni rodzaj aktywności fizycznej?

Zastanawiasz się, którą formę aktywności wybrać? Te wskazówki pomogą Ci w podjęciu decyzji.

Porozmawiaj z lekarzem prowadzącym

Jeśli jesteś w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu, porozmawiaj z lekarzem. Poproś o informacje na temat rodzaju aktywności fizycznej, która jest bezpieczna w Twojej sytuacji. Jeśli już wiesz, które ćwiczenia sprawiłyby Ci największą satysfakcję, zapytaj lekarza o ewentualne przeciwwskazania.

Pomyśl, co sprawia Ci największą przyjemność

Zastanów się, czy wolisz ćwiczyć w domowym zaciszu, na świeżym powietrzu czy w klubie sportowym. Rozważ, czy lepiej czujesz się w towarzystwie innych osób, czy też wolisz wykonywać ćwiczenia w pojedynkę. Pamiętaj, że zawsze możesz spytać bliską osobę, czy ma ochotę wybrać się z Tobą na zajęcia sportowe. Razem zadbać o zdrowie, dobre samopoczucie i spędzić razem czas.

Wypróbuj różne możliwości

Jeśli wahasz się i nie wiesz, który sport sprawi Ci najbardziej przyjemności, wybierz się na pojedyncze zajęcia. Sprawdź ofertę klubów i szkół tańca w Twojej okolicy. Nie musisz od razu kupować karnetu na dłuższy czas. Wiele placówek oferuje wejścia na pojedyncze zajęcia. Dzięki temu sprawdzisz, czy się Ci one podobają oraz przekonasz się, czy dobrze współpracuje Ci się z osobą je prowadzącą.

Jeśli spodoba Ci się kilka zajęć, możesz wykupić miesięczny karnet na wiele wejść. Sporo placówek oferuje karnety umożliwiające uczęszczanie na siłownię, zajęcia fitness oraz treningi taneczne. Pamiętaj tylko, żeby dostosować liczbę zajęć w tygodniu do możliwości Twojego zdrowia. To ważne, aby nie nadwyręzać organizmu i zachować zdrowy umiar.

Wypróbuj filmiki instruktażowe

Jeśli wolisz ćwiczyć w domowym zaciszu, zajrzyj na portal YouTube. Wpisz nazwę interesującego Cię ćwiczenia, sportu lub stylu tańca i obejrzyj darmowe filmiki instruktażowe. Nauczysz się z nich prawidłowego wykonywania ćwiczeń, podstawowych kroków w tańcu i wielu innych ciekawych i przydatnych rzeczy. Z czasem, jak poczujesz na to chęć, możesz dołączyć na grupowe zajęcia z interesującej Cię dziedziny. Możliwości jest naprawdę wiele i z pewnością znajdziesz coś dla siebie.

Bezpieczna aktywność fizyczna. O czym warto pamiętać?

Poniżej znajdziesz wskazówki, o czym pamiętać, aby aktywność fizyczna była nie tylko przyjemna, lecz także bezpieczna dla Twojego zdrowia.

Pamiętaj o odpowiedniej rozgrzewce

Każda forma aktywności fizycznej powinna rozpocząć się od porządnej rozgrzewki. Poświęć kilka minut na przygotowanie Twojego organizmu do wysiłku fizycznego. Zawsze wykonuj ćwiczenia rozciągające i oddechowe na początku i na końcu treningu.

Uważnie obserwuj swój organizm

Zwracaj uwagę na to, co dzieje się z Twoim ciałem i samopoczuciem w trakcie wykonywania ćwiczeń. Jeśli coś Cię boli lub niepokoi, zgłoś to osobie prowadzącej zajęcia. Zawsze upewnij się, że wszystko jest w porządku. Nie nadwyrężaj za mocno organizm. Jeśli danego dnia czujesz się źle, przełoż trening na inny dzień.

Pamiętaj o nawadnianiu się i odpowiednim odżywianiu

W trakcie treningu uzupełniaj płyny. Pij wodę, a w upalne dni możesz wypróbować naturalny izotonik. Przyrządzisz go w prosty sposób: do litra wody niegazowanej dodaj 1 łyżeczkę miodu, sok z ¼ cytryny i szczyptę soli. Wymieszaj wszystkie składniki i ciesz się idealnym napojem na treningi w upalne dni.

Przed treningami jedz lekkostrawne posiłki, a po treningu zadbaj o pożywny posiłek dla organizmu. Co jeść przed treningiem, a co po treningu? Poniżej znajdziesz podpowiedzi.

Posiłki przed treningiem

Posiłek przed treningiem powinien zostać zjedzony ok. 1–1,5 godziny przed rozpoczęciem ćwiczeń. Jeśli trenujesz rano, postaw na dania składające się w większości z węglowodanów, które dostarczą Ci siły i energii na czas ćwiczeń. Rano możesz zjeść owsiankę z orzechami, jogurtem i ulubionymi owocami lub kanapki z pełnoziarnistego pieczywa z białym serkiem

i warzywami, które lubisz. Dobrym pomysłem są również koktajle owocowe lub owocowo-warzywne.

Jeśli trenujesz po południu, postaw na posiłki bogate w węglowodany i białko, np. kaszę lub makaron razowy, a do tego chude mięso i porcja warzyw.

Posiłki po treningu

Bezpośrednio po treningu możesz zjeść małą przekąskę, która szybko dostarczy Twojemu organizmowi energii – może to być owoc, koktajl czy batonik z suszonych daktyli i orzechów. Jak już wrócisz z treningu, zjedz posiłek bogaty w węglowodany i białko – postaw na pełnoziarniste produkty, warzywa i porcję białka, np. kawałek chudego mięsa. To bardzo ważne, aby po wysiłku dostarczyć do organizmu odpowiednią porcję ważnych składników odżywczych.

Bądź dla siebie wyrozumiały/wyrozumiała

Pamiętaj, aby spojrzeć na siebie z wyrozumiałością i zrozumieniem. Jeśli początkowo ćwiczenia nie będą Ci wychodzić albo będziesz mieć problemy z systematycznością, nie czuj się źle z tego powodu. Twój organizm przeszedł tak wiele w trakcie leczenia, więc to naturalne, że czasem możesz czuć zmęczenie i brak chęci do uczestniczenia w treningu. Pozwól sobie na to. Nie rób w myślach wyrzutów, że coś Ci nie wyszło. Pamiętaj, że już nawet mała aktywność fizyczna zbliża Cię do poprawy samopoczucia i lepszej kondycji. Spróbuj przede wszystkim odnaleźć przyjemność w aktywności fizycznej, a reszta przyjdzie sama.



5

ODŻYWIANIE

Odżywianie w trakcie leczenia, czyli o co najczęściej pytają pacjenci

Agnieszka Lisiecka

Dobre odżywienie organizmu, dobre samopoczucie i odpowiednia ilość sił, mają istotne znaczenie w procesie zdrowienia. Kolorowe, apetycznie wyglądające i smakowicie pachnące jedzenie poprawia samopoczucie i dodaje sił w walce z chorobą. Dobrze jest sprawiać sobie takie chwile przyjemności, bo to pomaga wspierać nie tylko zdrowie fizyczne, lecz także psychiczne.

W trakcie leczenia onkologicznego odżywianie jest bardzo ważne. Dieta w tym czasie, powinna generalnie, opierać się na ogólnych zasadach zdrowego żywienia. Czasami wymaga pewnych modyfikacji, w zależności od lokalizacji nowotworu, rodzaju stosowanej terapii, stopnia zaawansowania choroby czy subiektywnych dolegliwości, jakie odczuwa pacjent, związanych np. ze skutkami stosowanego leczenia.

Jeżeli jednak nie ma przeciwwskazań medycznych, pacjent chory onkologicznie powinien jeść zgodnie ze swoimi preferencjami żywieniowymi i smakowymi. Im więcej różnorodności w codziennej diecie, tym mniejsze prawdopodobieństwo rozwoju niedoborów żywieniowych. Warto jednak wprowadzić kilka zasad.

- Przygotowywanie posiłków według wymogów diety lekkostrawnej.
Taka dieta przyniesie efekty zdrowotne również w przyszłości

Co to znaczy, że dieta jest lekkostrawna lub ciężkostrawna?

W **diecie lekkostrawnej**, jak może wskazywać nazwa, podstawą są produkty łatwostrawne. Celem takiego sposobu odżywiania jest odciążenie przewodu pokarmowego.

- Podstawą jest eliminacja potraw smażonych, wędzonych, tłustych, wzdymających, kwaśnych i ostrych.
- Przy takiej diecie niezbędne jest też obniżenie ilości błonnika z zalecanych dla osoby dorosłej 40g/dziennie do 25–30 g/dziennie. Błonnik jest niezbędny do regulacji pracy jelit, więc w pewnych ilościach musi być dostarczony.
- Ważna jest też liczba posiłków w ciągu dnia i jest to 4–5 posiłków dziennie, małych objętościowo, jedzonych co 3–4 godziny. Ostatni posiłek najlepiej jest spożywać na ok. 3 godziny przed snem.
- Właściwa obróbka termiczna żywności w diecie lekkostrawnej to gotowanie na wodzie, gotowanie na parze, pieczenie, np. w naczyniu żaroodpornym, lub duszenie.
- Jak wiadomo, warzywa i owoce to samo zdrowie, ale ważne jest, w jakiej formie się je spożywa. Jedzenie surowych warzyw albo chrupanie, np. jabłka, nie jest wskazane, ale starte lub upieczone czy uduszone jabłko już jak najbardziej tak. Tak samo jest

np. z ugotowaną, zmiksowaną marchewką czy innymi warzywami. Dlatego idealnie sprawdzą się zupy, zupy kremy, warzywa duszone z niewielką ilością dobrego tłuszczu (np. oleju rzepakowego czy oliwy z oliwek) czy owocowe koktajle.

- Ze zbóż odpowiednie będą ryż, komosa ryżowa czy kasza jęczmienna.
- Zalecane jest chude mięso i ryby, jak np. kurczak, indyk, cielęcina, dorsz, mintaj czy pstrąg.
- Nabiał należy wybierać również z niewielką ilością tłuszczu, mogą to być: chudy twaróg, jogurty, mleko.
- Potrawy można przyprawiać delikatnymi ziołami, takimi jak koperek, oregano, kurkuma, majeranek, macierzanka.

Odżywianie zwane **dieta ciężkostrawną** obejmuje natomiast: wszystkie potrawy smażone i wędzone, tłuste mięso i ryby, np. wieprzowina, łosoś, karp, śledzie, wszelkiego rodzaju konserwy, tłuste wędliny, grube kasze, jak np. pęczak, pieczywo pełnoziarniste, tłuste białe sery, sery żółte, sery pleśniowe, gotowe zupy, sosy czy dania w proszku, słodycze, jak np. torty, ciasta z kremem, lody, niektóre owoce, takie jak gruszki, śliwki, figi, daktyle, warzywa strączkowe, kapustne, cebula, czosnek, przyprawy typu: chili, ostra papryka, ziele angielskie, musztarda czy ocet.

Dieta lekkostrawna jest dietą leczniczą i przede wszystkim jest skierowana do osób z problemami zdrowotnymi i po przebytych operacjach, ale także warto ją zastosować, kiedy dokuczają nam dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, takie jak zgaga, wzdęcia, zaparcia, bóle brzucha. Taka dieta to tak naprawdę racjonalny sposób odżywiania z dodatkowymi zasadami, który może być stosowany przez każdego. Wpływa on dobrze na cały organizm, pozwala odpoczywać układowi pokarmowemu, dostarcza odpowiednich składników pokarmowych i witamin, nie męcząc organizmu długim trawieniem.

- Uwzględnianie zwiększonego zapotrzebowania na białko.

Dlaczego białko jest tak ważne w chorobie onkologicznej

Białko jest drugim pod względem ilości składnikiem organizmu. Jest głównym materiałem budulcowym komórek, wchodzi w skład wszystkich tkanek i narządów, jest niezbędne do budowy i utrzymania masy mięśniowej. Ponadto białka wchodzi w skład wielu enzymów i hormonów, zapewniając prawidłowe funkcjonowanie organizmu, odgrywają kluczową rolę w pracy układu odpornościowego, zmniejszając podatność na zakażenia bakteryjne i wirusowe oraz inne czynniki chorobotwórcze. Białka odgrywają kluczową rolę w transporcie tlenu (hemoglobina), niektórych witamin i składników mineralnych oraz leków. Ponadto biorą udział w utrzymaniu bilansu wodnego oraz utrzymują właściwy odczyn płynów ustrojowych i treści przewodu pokarmowego.

Odpowiednia ilość białka jest więc potrzebna, aby organizm mógł prawidłowo funkcjonować. Choroba nowotworowa zaburza funkcjonowanie wielu narządów i wielu procesów zachodzących w organizmie, dlatego też zapotrzebowanie na białko znacznie wzrasta w tym okresie. Należy zadbać o to, aby codzienna dieta była bogata w odpowiednią ilość pełnowartościowego białka.

Zapotrzebowanie na białko w chorobie nowotworowej wynosi od 1,5 do 2 g/kg masy ciała/dzień. Zwiększanie ilości białka w codziennych posiłkach powinno odbywać

się stopniowo. Białka wchodzą w skład niemal wszystkich produktów żywnościowych, ale ich wartość odżywcza jest różna. Białko pełnowartościowe to przede wszystkim produkty pochodzenia zwierzęcego, ale można je znaleźć również w produktach roślinnych.

Źródła białka

1. Produkty zwierzęce: jaja, mięso (w tym drób), ryby, mleko oraz produkty mleczne: ser, twaróg, jogurt naturalny, kefir, maślanka.

Największą wartość odżywczą i strawność ma białko jaja kurzego (w 100 g – 12,5 g białka), mięso chude zawiera więcej białka niż tłuste.

Przykładowe zawartości białka w 100 g produktu:

- piersi kurczaka – ok. 22 g,
- piersi indyka – ok. 24 g białka,
- sery żółte – ok. 27 g (wyjątkowy jest parmezan, który ma nawet 41,5 g),
- sery twarogowe – od kilkunastu do 20 g,
- jogurt naturalny typu skyr – 18 g w 150 g (jedno opakowanie) w stosunku do zwykłego jogurtu naturalnego, który w tej samej ilości zawiera 6–8 g białka,
- serek wiejski (3%) tłuszczu – 22 g w 200 g (jedno opakowanie).

2. Produkty roślinne.

Najwyższą wartość odżywczą ma białko roślin strączkowych.

Przykładowe zawartości białka w 100 g produktu:

- soja – ok. 36 g,
- ciecierzycza – ok. 9 g,
- fasola czerwona – ok. 9 g,
- soczewica (zielona, czerwona, brązowa, czarna) – ok. 24–26 g,
- groch – ok. 8 g.

Dobrym sposobem na zwiększenie wartości biologicznej białka w posiłku, w skład którego wchodzi rośliny strączkowe, jest łączenie ich z produktami zbożowymi, zwłaszcza z pszenicą, ponieważ białka obecne w tych produktach dopełniają się pod względem zawartości aminokwasów egzogennych, co w rezultacie znacznie zwiększa wykorzystanie spożytego białka.

Wśród produktów roślinnych na uwagę zasługuje komosa ryżowa – białko komosy ryżowej jako jedno z nielicznych białek roślinnych zawiera wszystkie aminokwasy egzogenne, czyli takie, które nie są syntetyzowane w organizmie i muszą być dostarczane wraz z pożywieniem.

Białko zostanie wykorzystane w celach budulcowych tylko wtedy, jeżeli w diecie będzie odpowiednia podaż węglowodanów i tłuszczów (a dzięki temu odpowiednia liczba kalorii), w innym przypadku białko zostanie wykorzystane jako źródło energii.

● Zapewnienie odpowiednich węglowodanów i tłuszczów

Prawidłowo skomponowaną dietę zawiera wszystkie produkty żywieniowe wchodzące w skład Piramidy Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej. Produkty zbożowe, w tym pieczywo, stanowią jej integralną część. Dieta, w której podstawą są produkty zbożowe, gwarantuje prawidłowy rozwój naszego organizmu, ponieważ produkty te dostarczają energii z zawartych w nich węglowodanów złożonych, białka – niezbędnego składnika budulcowego,

witamin z grupy B (w szczególności B1, B2, PP), składników mineralnych (wapń, żelazo, magnez, cynk) oraz błonnika. Błonnik występuje w większych ilościach w produktach mało przetworzonych, np. pieczywie razowym. Spożycie produktów zbożowych w ilości ok. 300 g/dzień pokrywa zapotrzebowanie człowieka na energię i białko w co najmniej 30%, na witaminy z grupy B w 40%, natomiast na składniki mineralne, takie jak wapń i żelazo, odpowiednio w 25% i 50%.

Jakie pieczywo wybierać? Kupować w supermarkecie, w piekarni, a może piec samodzielnie w domu?

Pieczywo z supermarketów charakteryzuje się zwykle znacznie gorszą jakością i wartością odżywczą. Wypiekane na miejscu, z produktów mrożonych, zawiera mniej witamin i składników mineralnych w porównaniu z tradycyjnym chlebem.

Najbardziej wartościowe byłoby pieczywo wypiekane samodzielnie w domu, ale nie zawsze jest to możliwe, warto więc kupować je w sprawdzonych piekarniach. Najlepiej wybierać pieczywo ciemne na zakwasie. Jest ono bogate w błonnik, który zachowuje się w układzie pokarmowym jak wymiatacz – czyści jelita ze wszelkich toksyn, a co za tym idzie, chroni przed chorobami. Pieczone na zakwasie ma wyższą wartość odżywczą i niższy indeks glikemiczny oraz korzystnie wpływa na mikroflorę przewodu pokarmowego. Należy mieć jednak na uwadze, że pieczywo ciemne jest bardziej ciężkostrawne niż białe, a zatem osoby mające dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego powinny spożywać biały chleb, najlepiej lekko czerstwy, lub pieczywo graham, które powstaje z mąki pszennej grubo mielonej, jednak bardziej oczyszczonej niż mąka razowa i jego produkcja odbywa się przy udziale drożdży. Osoby chorujące na celiakię lub nietolerujące glutenu powinny jeść chleb przygotowywany z mąk bezglutenowych. Do zbóż niezawierających glutenu zalicza się: amarantus, proso, grykę, kukurydzę, a także ryż biały i brązowy.

Co to są dobre tłuszcze i jakie mają znaczenie?

Kiedy organizm zmagają się z ciężką chorobą, potrzebuje dostaw dobrze zbilansowanej energii. Najwięcej energii dostarczają tłuszcze, ale energia z nich powinna stanowić 25–30%, 45–55% energii powinno pochodzić z węglowodanów, a 15–20% z białek.

Tłuszcze mogą mieć pozytywny bądź negatywny wpływ na zdrowie człowieka, dlatego szczególnie istotna jest umiejętność rozróżniania tłuszczów korzystnych od tych niepożądanych. Ważne jest zadbanie o odpowiednią proporcję kwasów tłuszczowych nasyconych (są to głównie tłuszcze pochodzenia zwierzęcego i powinny stanowić maksymalnie do 10% wszystkich tłuszczów) do jedno- i wielonienasyconych (omega-3 i omega-6).

Aktualne zalecenia żywieniowe sformułowane na podstawie analizy spożywania omega-6 i omega-3 wskazują, że powinno się zwiększyć spożycie tłuszczów omega-3. To właśnie dzięki nim organizm jest w stanie utrzymać w dobrej kondycji układ krwionośny, trawieny, nerwowy i immunologiczny. Pomagają dbać o prawidłowy poziom cholesterolu i cukru we krwi, normalizują ciśnienie tętnicze, chronią przed wolnymi rodnikami, działają przeciwzapalnie, wspierają serce, wzrok i skórę.

Źródła omega-3

- Tłuste ryby morskie, np. makrela, łosoś, śledź (spożycie tych ryb powinno być na poziomie minimum 200–300 g tygodniowo).
- Oleje roślinne, np. oliwa z oliwek, olej rzepakowy, olej lniany, olej rydzowy.
- Orzechy i nasiona, np. orzechy włoskie, siemię lniane, nasiona chia.

● Odpowiednie nawadnianie organizmu

Dlaczego picie jest ważne i co warto pić w trakcie leczenia onkologicznego?

Zapotrzebowanie na wodę w trakcie chemioterapii to 8–10 szklanek wody na dobę. Jest to niezbędne dla dobrego samopoczucia i szybszego wydalania metabolitów leków. Ważne jest, aby nawadnianie rozpocząć już 2–3 dni przed planowanym kursem chemioterapii. Rozpoczynanie terapii, kiedy organizm nie jest odpowiednio nawodniony, wiąże się z tym, że dolegliwości wynikające z leczenia, takie jak: nudności, wymioty, zawroty głowy, będą bardziej nasilone i będą trwały dłużej.

Lista płynów, które dobrze nawodnią organizm, dobrze smakują, a także zawierają składniki odżywcze, dostarczają trochę kalorii i pomogą też zmniejszyć dolegliwości:

- zielona i biała herbata – dobrej jakości, bez sztucznych dodatków smakowych i zapachowych, w każdej ilości, można dodać kurkumę, cytrynę, limonkę;
- czarna herbata – bez dodatków zapachowych. Należy pić słabe napary, mocny napar czarnej herbaty działa zapierająco (mocnym naparem można się wspomóc w przypadku biegunki);
- słabe napary z lipy lub melisy cytrynowej – można dodatkowo dodać np. naturalnego soku z malin;
- kawa zbożowa lub kakao (mają właściwości zapierające) na wodzie lub na napoju roślinnym: owsianym, sojowym, ryżowym, migdałowym (należy zwracać uwagę na skład tych napojów, dobrze, gdyby nie zawierały cukru, zagęszczaczy i emulgatorów);
- woda z cytryną lub limonką, z łyżką naturalnego soku z malin czy wiśni, dla złamania smaku;
- napar z suszonych czarnych jagód – jest to naturalny lek na biegunkę. Dla osób borykających się z tym problemem może to być podstawowy napój.

Jeżeli ktoś lubi dosłodzić sobie napój, najlepiej wybrać miód naturalny, stewię lub ksylitol (cukier brzoźowy). Trzeba pamiętać, że ksylitol ma właściwości przeczyszczające, więc na początek warto spróbować niewielkiej ilości i obserwować organizm.

Co można pić, ale należy uważać:

- Woda lekko gazowana (najlepiej bogata w wapń i magnez).
W tym przypadku należy brać pod uwagę, czy nie jest to leczenie z powodu raka przełyku, żołądka lub trzustki i nie ma uszkodzenia przewodu pokarmowego wynikającego z leczenia (np. zapalenia śluzówki jelita, bólu brzucha i biegunki);
- Soki owocowe i warzywne.

Nie ma potrzeby pić więcej niż szklankę świeżo wyciśniętego soku na dobę. Istnieje ryzyko wywołania biegunki i nasilenia nudności. Picie dużej ilości soków jest pułapką, szczególnie dla osób ze słabym apetytem i wyniszczonych. Przy picciu dużej ilości soków

nie ma już miejsca na nic więcej i w ten sposób może dochodzić do deficytu kalorii przyjętych w ciągu doby. Warto rozcieńczać sok z wodą (najlepiej pół na pół). Zdecydowanie należy unikać napojów owocowych, nektarów, soków z koncentratów owocowych, soków sztucznie dosładzanych i witaminizowanych. Z soków warzywnych należy unikać soków zawierających seler i paprykę – mogą nasilać zgagę i powodować ból brzucha, natomiast najczęściej dobrze tolerowany jest sok z pomidorów, którego nie trzeba rozcieńczać i jest bardzo dobrym źródłem potasu.

- Unikać warto herbaty miętowej. Często nasila zgagę i może zwiększać prawdopodobieństwo wymiotów (rozluźnia dolny zwieracz przełyku).

Przepis na napój imbirowy

(ma naturalne działanie przeciwwymiotne):

- 2 litry niezbyt mocnego naparu z zielonej herbaty
- sok wyciśnięty z 1–2 cytryn
- korzeń imbiru (7–8 cm) pokrojony w plasterki
- 3–4 gałązki melisy
- 1 łyżeczka kurkumy w proszku (opcjonalnie)
- miód, stevia lub ksylitol (opcjonalnie)

Zaparzamy zieloną herbatę (wodą o temperaturze ok. 80°C). Plasterki imbiru zalewamy gorącą wodą. Po ostygnięciu napoju dodajemy sok z cytryny, gałązki melisy i ewentualnie dosładzamy. Jeżeli nie lubisz lub nie tolerujesz zielonej herbaty – napar można zrobić na bazie samej wody.

- Nie ma konieczności eliminowania słodkiego smaku z diety, powinien on jednak pochodzić ze zdrowych produktów.

Czy cukier to samo zło?

Nie każdy cukier jest „zły” i nie ma takiego sposobu, aby całkowicie wykluczyć go z codziennego odżywiania. Ważne jest, aby wybierać te cukry, które nie będą powodować nadmiernych wahań poziomu glukozy we krwi.

Cukier, który widzimy na etykietach produktów, obejmuje: cukry występujące w żywności naturalnie (np. fruktoza, laktoza) lub dodane do produktów. Produktami bogatymi w cukry dodane są słodycze, słodzone napoje, słodzone jogurty owocowe, słodzone płatki śniadaniowe, mleczne desery, smakowe mleka, dżemy, marmolady, wyroby piekarnicze i wiele innych. Ich nadmiar to ogromny ładunek kaloryczny, bez żadnych wartości odżywczych, który organizm zamienia na tłuszcz i jesteśmy na dobrej drodze do nadwagi i otyłości.

Nadmierna ilość tkanki tłuszczowej jest nie tylko przyczyną wielu chorób, lecz także utrudnia ich leczenie (nadmiar tkanki tłuszczowej powoduje przewlekły stan zapalny w organizmie). Organizm potrzebuje jednak cukru (glukozy), który jest podstawowym

„paliwem” do pozyskania energii niezbędnej do życia dla każdej naszej komórki. Tylko zdrowe układy i narządy warunkują możliwość skutecznego leczenia, np. onkologicznego, i powrót do zdrowia.

Istotne jest, aby były to węglowodany o niskim ładunku glikemicznym, jak np. produkty pełnoziarniste, warzywa, nasiona roślin strączkowych. Takie węglowodany rozkładają się powoli, a to pozwala na stopniowe uwalnianie się glukozy do krwi i zużywanie jej w postaci energii, a nie odkładaniu się tkanki tłuszczowej. Warto pamiętać o tym, że zawartość błonnika, białka i dobrego tłuszczu w posiłku skutkuje tym, że wolniej będą rozkładały się węglowodany, co przekłada się na równowagę poziomu glukozy we krwi.

W kontekście rozwoju i leczenia chorób nowotworowych to nie cukier (glukoza) stanowi zagrożenie, ale nieprawidłowy pod względem zawartości podstawowych składników odżywczych sposób odżywiania. Ważna jest odpowiednia podaż białka, tłuszczu i węglowodanów.

Na tropie cukru, czyli na co zwrócić uwagę, robiąc zakupy

Przede wszystkim trzeba czytać etykiety, na których znajdują się składniki zawarte w produkcie. Należy zwracać uwagę na cukier dodany. Cukier dodany to ten, który dodaje się do żywności w celu poprawy jej walorów smakowych, tekstury, trwałości, przydatności do spożycia. Cukier znajdziemy na etykiecie nie tylko jako „cukier”, lecz także pod takimi nazwami, m.in. jak: glukoza, fruktoza, dekstroza, maltodekstryna, syrop glukozowy, syrop skrobiowy, maltoza, syrop glukozowo-fruktozowy, sód jęczmienny, syrop kukurydziany.

Na opakowaniu każdego produktu znajduje się także tabela z informacją o wartości odżywczej. Jedną z pozycji są „węglowodany:..., w tym cukry...”. Pojęcie „węglowodany” odnosi się do łącznej ilości węglowodanów (prostych i złożonych) przyswajalnych znajdujących się w produkcie. Dodatkowo podaje się ilość samych cukrów. Węglowodany stanowią podstawowe źródło energii dla człowieka. Powinno spożywać się przede wszystkim węglowodany złożone. Jeżeli w składzie nie był wymieniony cukier, a jest w tej tabeli, tzn. że jest to naturalny składnik tego produktu, np. owoców czy produktów mlecznych.

Nie masz zwyczaju czytania etykiet kupowanych produktów? Ograniczasz się tylko do przeczytania nazwy produktu i nazwy producenta?

Czas to zmienić.

Jaka może być główna zasada wykluczania cukru z diety?

Wykluczamy wszystko, co zawiera cukier dodany, czyli żywność przetworzoną. Oznacza to, że należy spożywać jej jak najmniej. Gdy natomiast kupujemy żywność przetworzoną, zwracamy uwagę nie tylko na napis „cukier”, lecz także na inne jego postaci.

Co może zastąpić cukier?

Cukier biały jest to cukier, który powstaje po oczyszczeniu cukru buraczanego i zawiera ok. 99% sacharozy. Jest to ogromny ładunek kaloryczny (400 kcal/100 g), pozbawiony jakichkolwiek istotnych dla człowieka związków.

Również cukier trzcinowy i cukier brązowy to przede wszystkim sacharoza i nie są w żadnym wypadku zdrowsze od cukru białego i nie powinny być uznawane za „zdrowszy” zamiennik.

Zamienniki cukru

Ksylitol (cukier brzozyowy) pozyskiwany jest z soku brzozy fińskiej. Naturalnie występuje np. w owocach drobnopestkowych. Nie powoduje tycia i nie stymuluje wydzielania insuliny, ma niski indeks glikemiczny = 8, dlatego jest bezpieczny dla diabetyków, osób z problemami kardiologicznymi oraz osób z nadwagą i otyłością. Według Komitetu Ekspertów ds. Dodatków do Żywności Światowej Organizacji Zdrowia ksylitol nie posiada żadnych znanych właściwości toksycznych i uznano, że nie istnieje jego dzienna granica spożycia. Jednak ksylitol ma naturalne właściwości przeczyszczające i u niektórych osób może wywoływać biegunki. Wprowadzanie ksylitolu do diety należy więc rozpocząć od niewielkiej ilości, np. 1 łyżeczki dziennie, i sprawdzić reakcję swojego organizmu. Jeżeli ksylitol nie będzie powodował biegunki, to jest to najlepszy wybór dla osób, u których współwystępuje otyłość lub nadwaga i choroba nowotworowa. Zalety ksylitolu, jakimi są stosunkowo niska kaloryczność i niski indeks glikemiczny, nie będą miały znaczenia dla osób wyniszczonych. W takim przypadku lepszy będzie miód.

Miód to głównie cukry proste, czyli glukoza i fruktoza, ale zawiera on liczne minerały (potas, chlor, fosfor, magnez, wapń, żelazo, mangan, kobalt) i witaminy z grupy B. Składniki miodu mogą mieć działanie przeciwzapalne i bakteriostatyczne, ale niektóre osoby może uczulać. Niewielkie ilości miodu są zalecane w diecie chorego i zdrowego człowieka, ale z umiarem: 1–3 łyżeczki dziennie, w zależności od dobowego zapotrzebowania na kalorie. Jeżeli miód jest dobrze tolerowany powinien stanowić składnik diety chorego onkologicznie.

Stewia (stewiozydoby obecne w roślinie *Stevia rebaudiana*) dostępna jest w postaci proszku, tabletek, syropu, a także rośliny w doniczkach, z której używa się słodkich listków. Nie zawiera kalorii i uznawana jest za bezpieczny dla zdrowia słodzik, także dla diabetyków, osób z nadwagą i otyłych. Jednak stewia nie jest produktem, który każdemu smakuje. Część osób odbiera jej smak jako metaliczny, mdły, nieprzyjemny i po prostu nie toleruje tego produktu.

Melasa jest produktem ubocznym produkcji cukru z buraka cukrowego lub trzciny cukrowej. Można ją kupić w postaci bardzo gęstego syropu (od jasnobrązowego do prawie czarnego). Zawiera znaczne ilości cukrów prostych (glukozę i fruktozę), ma też dużo wartości odżywczych. Szczególnie warto zwrócić uwagę na wysoką zawartość potasu, magnezu, wapnia, żelaza, miedzi i manganu. Jedna łyżeczka melasy może pokryć do 10% zapotrzebowania na te pierwiastki. Zawiera mnóstwo antyoksydantów o działaniu przeciwzapalnym, przeciwbakteryjnym, przeciwnowotworowym i zmniejszającym ryzyko chorób cywilizacyjnych. Nie należy zapominać jednak, że jest źródłem cukrów prostych, dlatego trzeba więc stosować ją z umiarem. Melasa ma swój charakterystyczny smak i zapach, nie pasuje więc do wszystkiego, ale dobrze komponuje się z korzennymi przyprawami, kakao, orzechami i kawą.

● Jak zadbać o siebie po zakończonym leczeniu?

Po zakończeniu leczenia warto wdrożyć zasady profilaktyki wtórnej, czyli odpowiedni sposób odżywiania, aktywność fizyczną i odpowiedni styl życia.

Utrzymywanie prawidłowej masy ciała

Podstawową kwestią profilaktyki jest utrzymywanie prawidłowej masy ciała. Obecny stan wiedzy pozwala łączyć otyłość, a w wielu przypadkach również nadwagę, z występowaniem wielu rodzajów nowotworów.

Najprostszym sposobem określenia, czy masa ciała jest prawidłowa, jest obliczenie wskaźnika masy ciała (*body mass index*, BMI). Wzór to masa ciała w kilogramach podzielona przez wzrost w metrach do kwadratu. Obecnie przyjmuje on następujące wartości:

- < 18,5 – niedowaga
- 19–24,9 – prawidłowa masa ciała
- 25–29,9 – nadwaga
- 30–34,9 – otyłość I stopnia
- 35–39,9 – otyłość II stopnia
- > 40 – otyłość III stopnia

Jedzenie przynajmniej 400 g warzyw i owoców każdego dnia

W codziennej diecie nie powinno zabraknąć warzyw i owoców reprezentujących wszystkie grupy związków antyoksydacyjnych. Można je łatwo odróżnić po kolorach i jeść minimum 5 porcji warzyw i owoców, sięgając do każdej z grup kolorystycznych. Taka dieta zapewni różnorodność niezbędnych w profilaktyce witamin antyoksydacyjnych. Grupy kolorystyczne:

- zielona, np. sałata, brokuły, ogórek, szpinak, szparagi, kapusta, rzeżucha, cukinia, seler naciowy, kiwi, szczypior;
- czerwona, np. buraki, papryka, truskawki, pomidory, granat, maliny, czerwona porzeczka, żurawina, czerwona cebula,
- biała, np. por, czosnek, seler, cebula, cykoria, korzeń pietruszki, pieczarki,
- żółtopomarańczowa, np. papryka żółta, pomarańcze, marchew, banany, brzoskwinie, dynia, grejpfrut, fasolka szparagowa,
- fioletowa, np. jeżyny, jagody, czarna porzeczka, figi, bakłażan, aronia, kapusta czerwona.

Codziennie spożywanie produktów pełnoziarnistych i roślin strączkowych, a także zapewnienie 20–40 g błonnika dziennie

Produkty pełnoziarniste (np. pełnoziarniste pieczywo, kasze, ryż brązowy, razowe makarony) to bogactwo wartości odżywczych, witamin, błonnika pokarmowego oraz składników mineralnych. Są bogate w witaminę E, witaminy z grupy B oraz selen, cynk, miedź, żelazo, magnez i fosfor oraz są źródłem węglowodanów złożonych. Błonnik spełnia w organizmie wiele ważnych funkcji, m.in. ma właściwości odtruwające – pektyny mają zdolność wiązania substancji toksycznych, w tym metali ciężkich, które następnie są usuwane z organizmu wraz z niestrawionymi resztkami pokarmowymi, stymuluje rozwój korzystnej mikroflory jelitowej, która wypiera bakterie gnilne z jelita grubego. Błonnik pokarmowy tworzy trudno przepuszczalną błonę wyścielającą przewód pokarmowy, co spowalnia wchłanianie węglowodanów i przyczynia się do powolniejszego wzrostu stężenia glukozy we krwi.

Ograniczenie spożycia czerwonego oraz przetworzonego mięsa i zastąpienie go rybami (przede wszystkim morskimi)

Mięso bogate jest w nasycone kwasy tłuszczowe, żelazo i związki powstające podczas procesu przetwarzania mięsa, w tym węglowodory aromatyczne i heterocykliczne aminy. Te ostatnie posiadają silne właściwości mutagenne. Powstają pod wpływem wysokiej temperatury, zwłaszcza podczas smażenia i opiekania mięsa. Mięso przetworzone zawiera również duże ilości soli i szkodliwych azotynów. Znaczna zawartość żelaza w czerwonym mięsie stanowi czynnik ryzyka zachorowania na nowotwory. W profilaktyce, poza ograniczeniem spożycia mięsa, zaleca się wybór rodzajów mięs, takich jak kurczak czy indyk.

Ograniczenie spożycia soli i żywności konserwowanej solą

Sól kuchenna, czyli chlorek sodu, odgrywa kluczową rolę w regulowaniu gospodarki wodnej oraz kwasowo-zasadowej organizmu. Niestety w nadmiarze może podrażniać i uszkadzać nabłonek żołądka. Światowa Organizacja Zdrowia zaleca ograniczenie dziennego spożycia sodu do mniej niż 2 g, co odpowiada 5 g soli kuchennej. Dotyczy to zarówno soli zawartej w gotowych produktach spożywczych (wędlinach, pieczywie, serach, przetworach, itp.), jak i soli używanej do doprawiania potraw, które sami przygotowujemy. Niestety badania pokazują, że mamy tendencję do przekraczania zalecanych norm.

Unikanie słodzonych napojów i produktów o wysokiej gęstości energetycznej

Produkty o wysokiej gęstości energetycznej dostarczają dużej ilości kalorii na jednostkę masy lub objętości. Są to np. oleje, masło, tłuste mięsa, pełnotłuste żółte sery, cukier. Należy także unikać żywności wysokoprzetworzonej, takiej jak chipsy, ciastka, tłuste i słodkie ciasta, kremy cukiernicze czy produkty z mąki oczyszczonej. Poza zazwyczaj bardzo wysoką zawartością tłuszczu (w tym bardzo często tłuszczów *trans*) i cukru, zawierają znikome ilości błonnika pokarmowego i mają niewielką wartość odżywczą.

Ograniczenie spożycia alkoholu oraz unikanie dymu tytoniowego, a także zaprzestanie palenia czy żucia tytoniu.

Nie należy stosować suplementów diety bez konsultacji z lekarzem lub dietetykiem

Niektóre makro- i mikroelementy, witaminy oraz inne substancje bioaktywne dostarczane w wysokich dawkach mogą mieć szkodliwy, a nawet toksyczny wpływ na organizm.

Aktywność fizyczna

Należy regularnie wykonywać ćwiczenia fizyczne trwające minimum 30 minut i/lub spacerować. Najlepiej robić to codziennie lub przynajmniej 5 razy w tygodniu. Najkorzystniej jest znaleźć sobie aktywność, która będzie dawała przyjemność.

Nawet stosunkowo niewielkie zmiany stylu życia i diety, polegające np. na zwiększeniu ilości spożywanych warzyw i owoców, zamianie białego, oczyszczonego pieczywa, makaronów i ryżu na ich pełnoziarniste odpowiedniki oraz zwiększenie aktywności fizycznej, chociażby przez wydłużenie codziennych spacerów, może przynieść znaczące korzyści zdrowotne i zmniejszyć ryzyko zachorowania lub wznowy nowotworów.

Kupuj świadomie, bo to co jesz, wpływa na Twoje zdrowie i życie

Wiele osób nie zastanawia się nad tym, skąd pochodzi kupowana żywność, gdzie została wyprodukowana i w jakich warunkach. Duża część z nas nie czyta etykiet, aby sprawdzić, jakie polepszacze czy konserwanty zostały w tej żywności użyte, albo ogranicza się tylko do sprawdzenia daty ważności. To, co jemy, wpływa na nasze zdrowie i życie. Należy pamiętać, że jedzenie wpływa na to, jak się czujemy, jak funkcjonujemy (fizycznie i psychicznie), jak pracujemy i oczywiście na to, jak wyglądamy.

Ważnym krokiem z naszej strony, przy zakupie żywności, jest czytanie etykiet produktów żywnościowych, ze składem oraz miejscem pochodzenia danego produktu. Dobrze jest pamiętać, że im krótsza droga od producenta do klienta, tym mniej konserwantów potrzeba.

Wiele dodatków do żywności może wywoływać:

- alergię – barwniki i niektóre substancje konserwujące,
- wstrząs anafilaktyczny – barwniki
- działanie pronowotworowe – substancje konserwujące.

Jedzenie żywności przetworzonej zawierającej dodatki może powodować zatrucie organizmu przez kumulację substancji toksycznych.

Niestety nasza niefrasobliwość przy zakupie żywności, wynika głównie z tego, że dodatki żywnościowe „szkodzą” zdrowiu w dłuższym okresie i na ogół nie wywołują natychmiastowych skutków ubocznych, poza przejściowymi dolegliwościami, takimi jak np. zgaga, ból brzucha, mdłości, „bulgotanie” w brzuchu, biegunka itp.

Dodatki do żywności, najczęściej niebędące pochodzenia roślinnego czy zwierzęcego, a będące na ogół syntetycznymi produktami chemicznymi, mają za zadanie imitowanie faktycznie nieistniejących naturalnych cech produktu, takich jak np. trwałość, smak, barwa, zapach itp. Wszystko po to, abyśmy otrzymali produkt względnie tani, o oczekiwanych cechach, ładnie opakowany i dobrze się prezentujący. Często jednak nie zdajemy sobie sprawy z faktu, że pozornie duże walory produktu są tylko imitacją, a co gorsza, niekiedy bardzo groźną dla naszego zdrowia.

Co możesz zrobić? Od czego zacząć?

- Zanim włożysz produkt do koszyka, to oprócz daty ważności przeczytaj skład – dobry wybór, to świadomy wybór ukierunkowany na jakość.
- Im krótsza lista składników tym lepiej. Produkty o najkrótszym składzie zawierają zwykle najmniej konserwantów i innych dodatków do żywności, przez co są najbardziej wartościowe.
- Kolejność, w jakiej składniki są wymienione na etykiecie, ma duże znaczenie, ponieważ na początku zawsze wymieniane są te składniki, których w danym

produkcie jest najwięcej. Przykład: kupujemy jogurt truskawkowy i jeżeli na etykiecie na pierwszym miejscu widnieje cukier, kolejne 3–4 pozycje zajmują różne dodatki, a dopiero na końcu listy są owoce, to nie będzie to produkt wartościowy, a raczej „świetne” źródło cukru i chemii.

- Porównuj produkty, często są w podobnej cenie, a skład różni się zdecydowanie.
- Zwracaj uwagę na szczegóły, np. sok o smaku pomarańczowym to nie jest to samo co sok pomarańczowy.
- Poświęć pięć minut dłużej na zakupy i miej wiedzę, co zjadasz i czym karmisz rodzinę. To z pewnością będzie dobrze zainwestowany czas.

A jeśli nie można jeść drogą doustną?

Beata Górska

.....
*Nie ma leczenia bez odpowiedniego odżywienia.
Odżywianie to niezbędny element systemowego leczenia onkologicznego.*
.....

Dlaczego odżywianie jest tak ważne?

Cały proces przygotowania pacjenta do wypisu ze szpitala do domu i przygotowania go do samoopieki wymaga pochylenia się nad tematem i nad pacjentem.

Niedożywienie jest czynnikiem, który ma ogromny i niekorzystny wpływ na skuteczność zastosowanego leczenia w przypadku choroby nowotworowej. Niedojżywienie, jakie występuje u pacjentów przed rozpoczęciem systemowego leczenia onkologicznego, może wpłynąć zarówno na jego przedłużony pobyt w szpitalu, jak i na mniejszą skuteczność zastosowanej terapii, m.in. radio- i chemioterapii. A to zatem znacznie wydłuża czas zdrowienia. Pacjent niedojżywiony ma mniejsze szanse na przeżycie, pogarsza się jego ogólny stan fizyczny i psychiczny. Wydłużony pobyt w szpitalu niesie za sobą również konsekwencje wystąpienia powikłań i zakażeń szpitalnych. Dom jest środowiskiem przyjaznym dla pacjenta, a w szczególności, gdy jest w nim ktoś, kto jest obok, kto jest w każdej chwili w stanie udzielić wsparcia i pomocy.

Pacjenci ze sztucznym dostępem do odżywiania są wyjątkowymi pacjentami. Wymagają oni szczególnej troski, odpowiedniego podejścia oraz otoczenia wsparciem osób bliskich sprawujących opiekę nad chorym w domu na co dzień. Zarówno pacjent, jak i jego opiekunowie wymagają profesjonalnego, systemowego podejścia do edukacji w zakresie żywienia za pomocą sztucznego dostępu.

Celem leczenia żywieniowego jest zapobieganie dalszemu niedojzywieniu, co w konsekwencji poprawia stan pacjenta, a tym samym wzrasta także jego jakość życia. Pacjent żywiony dojelitowo, który doustnie nie mógł przyjmować pokarmów, ma większą szansę na poprawę wyników badań laboratoryjnych, odzyskanie sił fizycznych do codziennego funkcjonowania oraz na utrzymanie odpowiedniego komfortu życia.

Niedożywienie, które występuje u chorych onkologicznych, jest powodowane brakiem pokrycia zapotrzebowania na składniki odżywcze, które jest zwiększone w związku z chorobą nowotworową. Niedojżywienie występuje również z powodu kacheksji (wyniszczenia) nowotworowej, która jest wynikiem ogólnoustrojowej reakcji zapalnej organizmu z powodu nowotworu. Niedojżywienie występuje również z powodu działań niepożądanych czy powikłań po radio- i chemioterapii, takich jak: nudności, wymioty, brak apetytu, suchości w jamie ustnej (kserostomia) czy działania naświatlania na śluzówkę przewodu pokarmowego. Po prostu pacjent nie ma ochoty na jedzenie lub nie może przyjmować pokarmów drogą doustną z powodu bólu i ze względu na przeszkodę, np. jaką ma w przewodzie pokarmowym

na różnym poziomie. Przeszkodą mogą być między innymi nowotwory/guzy w obrębie gardła, przełyku, żołądka.

Przyjmowanie substancji odżywczych za pomocą sztucznego dostępu typu PEG (ang. percutaneous endoscopic gastrostomy) czy mikrojejunostomii jest alternatywą dla pacjenta chorującego onkologicznie, który nie może przyjmować doustnie pokarmu. Pacjent, u którego założono sztuczny dostęp, jest w tym momencie zaopiekowany pod względem odżywiania i może być bezpiecznie poddawany dalszemu zaplanowanemu leczeniu radioterapii i chemioterapii, a nawet być bezpiecznie poddany zabiegowi chirurgicznemu. W ten sposób zmniejsza się również ryzyko wystąpienia powikłań po leczeniu onkologicznym – pacjent i jego organizm jest silniejszy, a układ immunologiczny wspierany jest orężem dla pacjenta.

Sztuczny dostęp do odżywiania pacjenta to nie tylko dostęp dojelitowy założony bezpośrednio do przewodu pokarmowego, ale i dostęp pozajelitowy do podaży substancji odżywczych za pomocą naczyń krwionośnych. Pozajelitowo podawana jest mieszanina żywieniowa, która przygotowywana jest przez farmaceutę w warunkach apteki szpitalnej w komorze laminarnej, w warunkach sterylnych. Jednak w tym rozdziale zajmiemy się dostęпами dojelitowymi.

Czym jest dieta przemysłowa?

U osób zdrowych do prawidłowego funkcjonowania organizmu i przyjmowania substancji odżywczych wykorzystywany jest przewód pokarmowy. Ludzie swoją dietę modyfikują w miarę swojego indywidualnego zapotrzebowania i preferencji zarówno żywieniowych, jak i smakowych. Pacjent z mikrojejunostomią czy PEG nie ma takiej możliwości. Podstawową dietą dostarczającą wszystkich składników odżywczych pacjentowi z dostępem dojelitowym jest dieta specjalnego przeznaczenia, nazywana również dietą przemysłową. W trakcie podaży diety medycznej dopuszcza się (jeśli pacjent jest w stanie przyjmować cokolwiek doustnie) przyjmowanie doustnie posiłków. Jeśli tylko pacjent ma ochotę na podróż w krainę swoich smaków, to dajmy mu zielone światło. Jednak zwracajmy mu uwagę, aby bacznie obserwował reakcje swojego organizmu. Pamiętać należy, że sztuczny dostęp to dren, który może być niedrożny np. z powodu spożywania produktów doustnych z pestkami, takimi jak pestki malin, jeżyn, kiwi czy spożywania ziarenek maku. Dieta ta ma zbilansowany dobór składników odżywczych, jest kompletna. Jest również bezresztkowa, to znaczy, że jeśli tylko przyjmujemy dietę przemysłową, to ona w 100% wchłonie się do organizmu – nie ma strat ani resztek, które będą wydalone podczas defekacji. Jest ona stosowana w celach leczniczych. Diety te mają stały, ściśle określony skład, który podany jest na opakowaniu zawsze z datą przydatności do spożycia. Preparaty żywienia medycznego przygotowywane są w warunkach jałowych, wolnych od drobnoustrojów, które mogą spowodować infekcję lub niepożądane objawy, takie jak np. biegunka. Dieta przemysłowa powinna być przechowywana w nieuszkodzonym opakowaniu w temperaturze od 4–25°C. Po otwarciu powinna być przechowywana w lodówce w temperaturze od 4–8°C, a podawana w temperaturze pokojowej i spożyta w ciągu 24 h. Nie należy jej mrozić ani gotować. Aby pacjent nie odczuwał dyskomfortu z powodu zbyt zimnej diety, można ocieplić ją w kąpeli wodnej. Kąpiel wodna to gotująca woda wlana do miseczki, następnie wstawiona do niej dieta w oryginalnym opakowaniu lub przygotowana porcja do podania. Opakowanie po diecie oraz sprzęt używany do jej podaży wyrzucamy do pojemników na odpady plastikowe. Są one traktowane jako naczynia jednorazowe. Dieta podawana metodą grawitacyjną polega na połączeniu opakowania z substancją odżywczą

z drenem do jej podaży, zwanym aparatem grawitacyjnym. Aparat ten bezpośrednio jest połączony z dostępem żywieniowym (PEG, mikrojejunostomia). Kolejnym krokiem jest ustalenie zleconej przez lekarza/pielęgniarkę i tolerowanej przez chorego prędkości podaży diety specjalnego przeznaczenia na aparacie grawitacyjnym. Preparat w trakcie podawania nie powinien być w miejscu nasłonecznionym.

U osób z chorobą nowotworową w obrębie jamy brzusznej bardzo często obserwuje się zaburzenia pracy przewodu pokarmowego. Dieta przemysłowa jest podawana za pomocą sztucznego dostępu i za pomocą sprzętów dedykowanych do jej podaży. Jest substancją, dzięki której następuje podaż energii, białka, elektrolitów, pierwiastków śladowych i witamin w postaci płynnej, przygotowanej w procesie produkcji przemysłowej. Dla osób, które nie mogą być żywione w sposób naturalny – doustny, ze względu na występującą chorobę, dieta specjalnego przeznaczenia jest jedynym źródłem podaży niezbędnych makro- i mikroskładników do organizmu. Dieta ta jest podawana w pewien ustalony sposób do jelita czy żołądka tak, aby w całości była wchłonięta przez organizm chorego. Jest ona specjalnie przygotowana z produktów naturalnych przetworzonych w warunkach przemysłowych. Są to skoncentrowane preparaty wysokoenergetyczne oraz wysokobiałkowe. Powinny one być stosowane pod kontrolą lekarza lub pielęgniarki zajmującej się leczeniem żywieniowym. Produkcja przemysłowa zastępuje proces trawienia ludzkiego przewodu pokarmowego. Przewód pokarmowy zaczyna się od jamy ustnej, a kończy na odbycie. Zadania przewodu pokarmowego to: rozdrabnianie i formowanie kęsa w jamie ustnej. W żołądku enzymy trawienne i sok żołądkowy działają na stały pokarm tak, aby składniki pokarmowe mogły być przyswojone przez organizm człowieka i całkowicie być wchłonięte w jelicie cienkim. Można by rzec, że chory przewód pokarmowy został wyręczony przez fabrykę, aby w efekcie końcowym produkty stałe były przetworzone tak, żeby mogły wchłonąć się w 100% do organizmu z korzyścią dla chorego

Podsumowując, podaż diety przemysłowej to żywienie medyczne, którego celem jest pokrycie zapotrzebowania organizmu na niezbędne i wszystkie składniki odżywcze. Preparaty diety przemysłowej stymulują trawienie oraz zapewniają odżywianie komórek nabłonka jelitowego. Odżywianie takie zapobiega zanikowi kosmków jelitowych. Przez miejscowotroficzne odżywianie jelita cienkiego wzmacniana jest bariera jelitowa chorego. Dzięki takiemu sposobowi odżywiania pacjent nabiera sił, lepiej funkcjonuje w życiu codziennym oraz łatwiej znosi trudy zastosowanej terapii. Po prostu jest silniejszy.

Jednak z podażą diety przemysłowej wiążą się pewne problemy, które mogą się pojawić. A są to:

- zatkanie dostępu;
- wypadnięcie np. PEG-a, mikrojejunostomii;
- wyciek diety;
- uczucie dyskomfortu;
- zakażenie lub podrażnienie skóry w miejscu dostępu.

W przypadku wystąpienia powyższych trudności należy powiadomić o nich lekarza lub pielęgniarkę. Podczas podaży diety mogą pojawić się również nieprzyjemne objawy. Są one związane z tym, że dieta przemysłowa jest zupełnie innym pożywieniem niż to, które dotychczas pacjent przyjmował. Mogą to być:

- bóle brzucha;
- biegunka;
- zaparcia;
- wzdęcia;

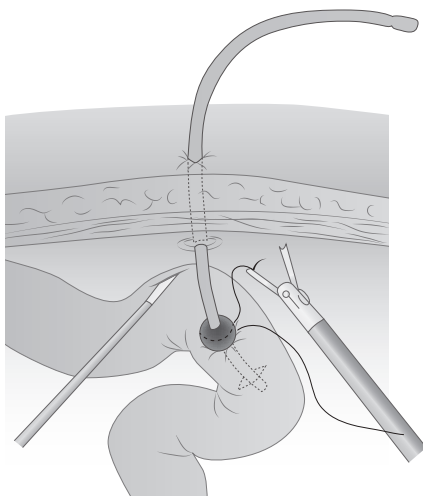
- puste odbijania, nudności;
- wymioty.

O ww. objawach należy również poinformować lekarza.

Jeśli pacjent ma wątpliwości co do samego dostępu, jego używania i diety przemysłowej może zawsze zwrócić się do lekarza lub pielęgniarki na oddziale z prośbą o rozmowę na ten temat.

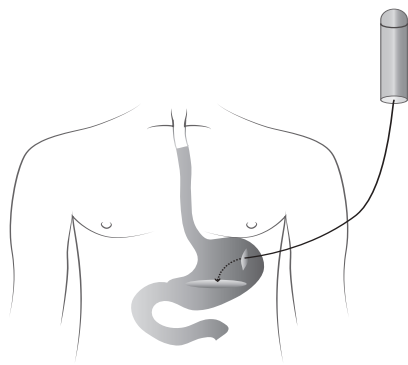
Co warto wiedzieć o sztucznym dostępie dojelitowym do odżywiania, w jaki sposób jest wykonany i do czego służy?

Mikrojejunostomia/jejunostomia to dostęp, który jest założony do jelita cienkiego metodą operacyjną (rycina 2.3). Dren założony jest bezpośrednio do jelita przez jego niewielkie nacięcie i nacięcie skóry na brzuchu. Dren jest przymocowany dodatkowo do skóry szwem chirurgicznym; zabezpieczony jest jałowym opatrunkiem. Można dodatkowo przykleić plaster – wtedy to on stanowi dodatkowe zabezpieczenie chroniące przed wypadnięciem drenu. Ze względu na małą średnicę wewnętrzną mikrojejunostomii i specyfikę samego jelita cienkiego wskazane jest wyłącznie stosowanie diety przemysłowej. Stosowane preparaty to dieta przemysłowa oligopeptydowa, elementarna, podawana metodą ciągłą za pomocą aparatu grawitacyjnego lub za pomocą pompy żywieniowej – perystaltycznej. Pompa perystaltyczna jest urządzeniem elektronicznym, które podaje dietę po odpowiednim ustawieniu. W jamie brzusznej i jelicie cienkim panują warunki sterylne, dlatego też pacjent powinien szczególnie przestrzegać zasad higienicznych – mycia, dezynfekcji rąk, a nawet używać rękawiczek jednorazowych. Prędkość podaży diety przemysłowej do jelita to średnio około 130 ml/godzinę. Oczywiście rozpoczęcie odżywiania dietą specjalnego przeznaczenia zależy od podjętej decyzji wspólnie z pacjentem. Prędkość podaży zawsze ustalana jest przez lekarza – zaczynamy od niewielkiej ilości i prędkości, aby dojść do prędkości i ilości tolerowanej przez chorego, tolerowanej przez jelito. Wiemy, że maksymalna prędkość podaży za pomocą jejunostomii to około max 150 ml na godzinę. Jest to prędkość zalecana ze względu na to, że jelito jest, jak sama nazwa, mówi cienkie i delikatne zarazem.



Rycina 2.3.
Mikrojejunostomia założona metodą operacyjną.

PEG założony jest za pomocą gastrokopu bezpośrednio do żołądka lub metodą zabiegu operacyjnego, jeśli nie można wykonać gastrokopii z powodu przeszkody w przełyku (rycina 2.4). Umocowany jest za pomocą krążka od wewnętrznej strony ściany żołądka. PEG na zewnątrz przechodzi przez nacięcie na skórze brzucha – nacięcie skóry wykonane jest w znieczuleniu miejscowym. Otwór po nacięciu powinien wygoić się w ciągu 14 dni od jego wykonania. W tym czasie wykonuje się opatrunki 1 × dziennie, używając środków dezynfekcyjnych, antyseptycznych i jałowych gazików. Po upływie 14 dni okolice dostępu należy utrzymywać w czystości, myjąc skórę i osuszając ją. Taki stan zapobiega uszkodzeniu skóry wokół PEG-a, a tym samym ewentualnemu zakażeniu skóry. Krążki wewnętrzny i zewnętrzny mają za zadanie utrzymać szczelność, stabilne ufixowanie w żołądku i zapobiegać przedostawaniu się diety na powłoki skórne oraz przedostaniu się diety do jamy brzusznej, co może grozić na przykład zapaleniem otrzewnej. Codzienna kontrola umiejscowienia PEG-a czy prawidłowego ułożenia krążków mocujących pozwala na bezpieczne jego używanie.



Rycina 2.4. Sztuczny dostęp typu PEG.

Pacjent z dostępem typu PEG może być odżywiany za pomocą diety kuchennej lub przemysłowej. My, medycy, promujemy jednak dietę kompletną, zbilansowaną, która ma wszystkie składniki odżywcze – makro- i mikroskładniki, witaminy rozpuszczalne w wodzie i tłuszczach, a także mikroelementy, pierwiastki śladowe i sole mineralne. To one w przypadku chorych onkologicznie mają ogromny wpływ na powodzenie leczenia czy utrzymania dobrej kondycji fizycznej i sprawności do codziennego funkcjonowania chorego. Przy użyciu PEG-a można podać posiłki płynne przygotowane samodzielnie. Jednak jest to bardzo trudne i pracochłonne działanie. Wymaga to dużej znajomości produktów i ich wartości odżywczych oraz zawartości makro- i mikroskładników. Wymaga również pewnych umiejętności i przestrzegania zasad przygotowania miksowanej porcji posiłku oraz obróbki produktów stałych. Musimy pamiętać również o odpowiedniej konsystencji porcji diety kuchennej, która może być podana za pomocą drenu do żołądka. Mając na uwadze badania naukowe potwierdzające skuteczność działania diety przemysłowej, proponujemy pacjentom dietę przemysłową, która jest gotowa do podaży, jest bezpieczna i stanowi integralną część leczenia onkologicznego. Stosowanie jej u pacjentów skutecznie może zapobiegać niedożywieniu, które może zaburzyć prawidłowy proces systemowego leczenia onkologicznego. Dieta przemysłowa jest przygotowana z produktów najwyższej jakości, z odpowiednio dobranych makro- i mikroskładników zbilansowanych dla osób ze sztucznym dostępem do żywienia dojelitowego. Dieta przemysłowa po prostu jest gotowa do użycia. Ułatwia to prowadzenie również obserwacji pacjenta pod kątem prawidłowego bilansu płynów i zaspokojenia odpowiedniej liczby kalorii niezbędnych dla organizmu pacjenta.

Pacjent ze sztucznym dostępem do żywienia dojelitowego przez czas pobytu w szpitalu powinien być przygotowywany do samodzielnej podaży diety, pielęgnacji i obsługi dostępu. Poprzez instruktaż i samodzielne wykonywanie czynności związanych z obsługą dostępu oraz praktyczną podażą diety przemysłowej pod nadzorem personelu pacjent jest praktycznie przygotowywany do opuszczenia oddziału szpitalnego i powrotu do domu.

Pielęgnacja sztucznego dostępu dotyczy nie tylko drożności drenu, ale i higieny ciała chorego, czystości najbliższego otoczenia pacjenta. Edukacja powinna obejmować następujące tematy: jak praktycznie podać samą dietę, w jaki sposób używać sprzętu (strzykawki, aparaty grawitacyjne) i jak obsługiwać pompę perystaltyczną.

Nasze działania zmierzają do tego, aby pacjent był świadomy, że jego wyuczone zachowania, prawidłowe nawyki, pielęgnacja i obsługa sztucznego dostępu może wpływać na jego życie oraz na jego przeżycie. Opanowanie prawidłowej pielęgnacji, obsługi i prawidłowej podaży diety przemysłowej jest gwarantem jego przeżycia, powodzenia leczenia onkologicznego, takiego jak radio- i chemioterapia. Jest gwarantem odzyskania niejednokrotnie siły fizycznej, poprawy wyników badań laboratoryjnych, a tym samym poprawy komfortu i podniesienia jakości życia pacjenta.

Edukacja pacjenta w zakresie obsługi i pielęgnacji sztucznego dostępu do żywienia medycznego

Jeśli masz jakiegokolwiek wątpliwości co do swojego sztucznego dostępu: mikrojejunostomii czy PEG-a, zapytaj o to personel.

Podczas edukacji pacjenta personel powinien przekazać informację na temat:

- działania układu pokarmowego człowieka; posiadanego przez pacjenta dostępu; celu leczenia żywieniowego; czym jest dieta przemysłowa i jakie są metody jej podaży; zasad przechowywania diety przemysłowej i sprzętu oraz utylizacji sprzętu po podaniu diety przemysłowej; zasad higieny całego ciała, a szczególnie skóry wokół dostępu, higieny jamy ustnej, bielizny osobistej/pościelowej; zasad higieny i czystości najbliższego otoczenia;
- sposobu obsługi jejunostomii/PEG-a i ich pielęgnacji; działalności poradni żywieniowej wraz z podaniem numerów telefonu (wybór należy do pacjenta/rodziny); sposobu zapobiegania wypadnięciu sztucznego dostępu, pielęgnowania zmian na skórze wokół przetoki odżywczej, reagowania i postępowania w przypadku wystąpienia niepokojących objawów: biegunki, zaparć, niedrożności dostępu, wymiotów, wysunięcia jejunostomii/PEG-a.

Edukacja to również instruktaż praktycznej obsługi dostępu do żywienia. Dlatego też w tym momencie omawiamy dedykowaną metodę podaży diety przemysłowej; dedykowany do tego sprzęt: aparaty grawitacyjne, pompa perystaltyczna, strzykawki do podaży diety przemysłowej; omawiamy sposób podaży metodą porcji, czyli bolusów; udzielamy informacji dotyczących temperatury podawanej diety, pozycji ciała w czasie podaży diety, szybkości podaży diety, podaży leków, obserwowania czy nie ma wycieku z okolicy dostępu, ewentualnie czy jest i jaki ma wygląd. Demonstrujemy zmianę opatrunku przy mikrojejunostomii/PEG-u. Omawiamy i pokazujemy, jak pielęgnować skórę i jakimi środkami wokół dostępu, pod jakim kątem obserwować zmiany na skórze, jak zapobiegać zmianom na skórze wokół dostępu. Demonstrujemy, jak utrzymać drożność dostępu i dlaczego jest ona ważna. Informujemy, w jaki sposób zapobiegać wrośnięciu dostępu typu PEG w ścianę żołądka (syndrom BBS) lub jak zapobiegać wypadnięciu drenu do żywienia.

Jak powinien się przygotować pacjent do żywienia dietą przemysłową w warunkach domowych i co powinien wiedzieć?

Pacjent, który zdecydował się na stosowanie diety specjalnego przeznaczenia drogą sztucznego dostępu, powinien wiedzieć, że wiąże się to z pewnymi zasadami czy regułami. Powinien wiedzieć o zaletach, wadach, trudnościach i zagrożeniach płynących z tej metody podaży substancji odżywczych. Powinien również mieć wiedzę oraz praktyczne umiejętności do wykorzystania ich, jeśli będzie taka potrzeba.

Pacjent powinien przygotować sobie stałe miejsce i sprzęt oraz materiały niezbędne do prowadzenia odżywiania drogą sztucznego dostępu. Wszystko powinno być w zasięgu ręki. Dlatego też poniżej mała ściągawka.

Przygotuj w stałym miejscu:

- Pudełko/koszyk, a w nim:
 - gaziki,
 - plaster na rolce – do umocowania opatrunku,
 - środek antyseptyczny,
 - środek do dezynfekcji skóry wokół PEG-a/jejunostomii,
 - ręcznik jednorazowy/ligninę do podłożenia pod końcówkę PEG-a/jejunostomii w czasie podaży diety (może dojść do wycieku diety i wydzieliny z żołądka/jelita).

.....
Pamiętaj! Aby zapobiegać zakażeniom, przed każdą porcją diety przez sztuczny dostęp należy umyć ręce i osuszyć je, należy też zastosować środek dezynfekcyjny na ręce. Jeśli masz potrzebę założyć, rękawiczki jednorazowe.

Upewnij się, czy PEG/mikrojejunostomia jest prawidłowo położony(-a)! Zapamiętaj położenie, jakie miał sztuczny dostęp w szpitalu po założeniu.

Dbaj zarówno o prawidłowe położenie dostępu, jak i o jego drożność!

.....

- Przygotuj dietę, powinna ona mieć temperaturę pokojową. Jeśli dieta jest na tyle zimna, że podaż może spowodować nietolerancję ze strony organizmu, należy ją wtedy ocieplić, stosując kąpiel wodą.

Rozpoczęcie podaży diety:

- Jeśli ma być podana bolusem, czyli porcją, to porcja diety ma ok. 200 ml maksymalnie jednorazowo, należy podawać ją powoli, ok. 20 minut (2 żanety – strzykawki cewnikowe/strzykawki stożkowe, o pojemność 100 ml).
- Jeśli ma być podana za pomocą aparatu grawitacyjnego, należy ustawić na aparacie prędkość podaży wg tabelki, np. 17 kropli na 1 minutę, to jest 50 ml/godzinę – i tak dieta w ilości 500 ml wchłonie się do przewodu pokarmowego w ciągu 10 godzin.
- Jeśli podaż ma być za pomocą specjalnej pompy perystaltycznej, należy ustawić prędkość na 1 godzinę – zawsze zaczynać od 15–20 ml/godzinę (14 kropli na 1 minutę to 42 ml/1 godz)

Zakończenie podaży diety:

- Dren przed porcją diety i po niej należy przepłukać, tak aby zachować drożność sztucznego dostępu. Dieta przemysłowa jest lepka, ma w sobie cukry i stanowi świetną pożywkę dla drobnoustrojów chorobotwórczych. Jednorazowo należy podać ok. 50 ml. PEG można przepłukać wodą mineralną lub przegotowaną. Jejunostomia wymaga jałowych płynów i dlatego do przepłukiwania używa się np. soli fizjologicznej (0,9% NaCl).

- Dren powinien być czysty bez zabrudzeń na zewnątrz i wewnątrz, bez śladów diety przemysłowej. Zabrudzony pozostałościami diety stanowi świetne miejsce do bytowania drobnoustrojów, a te mogą wywołać infekcję/zakażenie.
- Dren należy zawsze sprawdzić, czy nie jest uszkodzony i czy jest w odpowiednim miejscu.

Bądź uważny i przestrzegaj wszystkich zasad obowiązujących przy żywieniu dojelitowym za pomocą sztucznego dostępu!

Podawanie leków

Leki podawane przez PEG powinny być dobrze roztarte i rozpuszczone w ciepłej wodzie – podane po posiłku (chyba że inaczej zaleci lekarz), a następnie należy przepłukać dren. Podawać tylko te leki, które zleci lekarz, i te, które mogą być podane przez sztuczny dostęp.

Dopytaj lekarza, czy przyjmowane przez Ciebie leki można podawać w formie rozkruszonej i rozpuszczonej? Może należy zmienić lek i jego postać?

Przy jejunostomii nie podaje się leków przez dren, można poprosić lekarza o zamianę na leki w kropelkach lub podjęzykowe. Lekarz decyduje o podaży leków.

Pozycja podawania diety

Podaż diety za pomocą PEG-a powinna odbywać się w pozycji półwysokiej lub siedzącej przypominającej spożywanie posiłków przy stole. Po podaży diety odpoczynek powinien trwać w tej pozycji przez ok. 30–60 minut. Taka pozycja zapobiega refluksowi oraz zachłyśnięciu się dietą lub sokiem żołądkowym. Maksymalna ilość jednorazowa podana do żołądka to około 250–300 ml (wraz z porcją wody do przepłukania drenu przed podaniem i po podaniu), choć objętość porcji jest sprawą indywidualną pacjenta.

Przy mikrojejunostomii pacjent może przyjmować dietę w każdej pozycji. Jednak dren jest zanurzony w jelicie cienkim i może opierać się o ścianę jelita i tym samym utrudniać przepływ diety. Mikrojejunostomia jest dostępem bardziej wymagającym ze względu na to, że jelito jest delikatne – podaż diety jest tylko za pomocą aparatu grawitacyjnego lub za pomocą pompy perystaltycznej. Średnia prędkość podaży do jelita to ok. 130 ml/godzinę. Podaż ustalana jest indywidualnie przez lekarza po potwierdzeniu przez pacjenta jej tolerancji.

Jak postępować z dietą, jak ją przechowywać, jakie warunki trzeba jej zapewnić?

- Dieta powinna być przechowywana w temperaturze pokojowej bez ekspozycji na słońce – temperatura od +4 do +25°C.
- Jeśli temperatura w pomieszczeniu jest wyższa, powinno się to otoczenie schłodzić (lód, wiatrak, klimatyzacja)
- Diety nie wolno zamrażać ani gotować!
- Kontrolować datę ważności preparatu i czasu przydatności jej do spożycia.
- Po otwarciu opakowania zawartość powinno się zużyć w ciągu 24 godzin (najlepiej na opakowaniu napisać datę i godzinę otwarcia).
- Opakowanie po diecie oraz dreny do jej podaży czy strzykawki używane do przepłukiwania dostępu bezpiecznie można wyrzucić do pojemników na odpady plastikowe.

Co może zaniepokoić podczas przyjmowania diety specjalnego przeznaczenia?

Niepokojące objawy podczas stosowania diety przemysłowej

- W przypadku dolegliwości bólowych ze strony jamy brzusznej, np. przy zbyt dużej objętości diety – należy:
 - zmniejszyć objętość jednorazową diety/zmniejszyć prędkość podawanej diety przy podaży za pomocą pompy perystaltycznej lub należy wydłużyć czas między porcjami.
- W przypadku obstrukcji można:
 - stosować herbatki regulujące pracę jelit, np. Verdin, woda koperkowa, Espumisan w kropelkach – jeśli jest możliwość przyjęcia doustnie (należy ten problem zgłosić lekarzowi).
- W przypadku biegunki można zastosować:
 - dietę BRAT, w skład której wchodzi takie produkty, jak: banan, ryż ugotowany, jabłko ugotowane/prażone/pieczone, białe pieczywo. Jest to dieta stosowana okresowo do ustąpienia biegunek (trwa przeważnie do kilku dni – po konsultacji z lekarzem). Można ją zastosować w postaci stałej, jeśli pacjent przyjmuje cokolwiek doustnie. Natomiast jeśli pacjent ma PEG-a, można te produkty podać w postaci płynnej. Jeżeli biegunka nie ustępuje, można skonsultować z lekarzem zastosowanie środków farmaceutycznych.
- W przypadku pacjenta z mikroejunostomią, u którego występuje biegunka czy zaparcia, należy zwrócić się z tym do lekarza.
- W przypadku występujących niepokojących objawów i wątpliwości należy wszystko zgłosić lekarzowi lub pielęgniarce.

* * *

Dbaj o higienę ciała i skóry, a szczególnie jamy ustnej – myj zęby, płucz jamę ustną środkami dedykowanymi do tego celu.

Dbaj o higienę osobistą, higienę skóry, skóry wokół dostępu. Możesz brać prysznic – po prysznicu obowiązkowo należy zdjąć mokry opatrunek, zdezynfekować skórę wokół dostępu i założyć nowy, suchy. Pamiętaj, nie należy moczyć skóry w okolicy sztucznego dostępu!

Uważnie postępuj ze sztucznym dostępem!

Dzięki szczególnej trosce o dostęp i prawidłowemu z nim postępowaniu posłuży on tak długo, jak długo go będziesz potrzebował!

Można kąpać się w kąpieliskach, gdzie jest woda chlorowana lub ozonowana po wcześniejszym zabezpieczeniu dostępu nieprzepuszczalnym opatrunkiem lub specjalną folią dostępną w sklepach medycznych lub aptekach.

Ważne jest, aby obserwować swój organizm. Dlatego pamiętaj o:

- **regulacji wypróżnień** – jeśli brak jest perystaltyki jelit, nie odchodzą gazy – pilnie skontaktuj się z lekarzem; możesz przygotować sobie herbatkę regulującą delikatnie przewód pokarmowy (jeśli przyjmujesz cokolwiek doustnie); do posiłków można dodać trochę oleju, np. lnianego, 1–3 łyżki, można też zastosować czopki doodbytnicze lub wlewki (po konsultacji z lekarzem/pielęgniarką);
- **a jeśli wystąpią nudności/biegunki/uczucie pełnego brzucha** – zmniejsz prędkość podaży diety, diety nie powinno podawać się za pomocą strzykawki w przypadku mikroejunostomii.

WAŻNE

Jeśli w trakcie podaży diety/posiłku pacjent krztusi się, ma krótki oddech lub występuje ból brzucha – przerwij podaż diety.

Nie podawaj niczego, w przypadku wątpliwości co do położenia dostępu typu PEG/mikrojejunostomia lub Twoim zdaniem jest niepewne jego położenie – pilnie poproś o konsultację lekarza!

Niezbędnik pacjenta z PEG-iem/mikrojejunostomią

Czego potrzebujesz, aby sprawnie rozpocząć podaż diety i pielęgnację dostępu:

- Koszyk z niezbędnymi produktami do obsługi sztucznego dostępu: Octenisept aerosol, Octenisept krem – krem naprawczo-regenerujący; plaster na rolce, nożyczki, jałowe gaziki do codziennej zmiany opatrunku przy PEG-u/mikrojejunostomii, sprzęt do podaży diety przemysłowej; ręcznik papierowy (zabezpieczenie przed zabrudzeniem, zamoczeniem pościeli, odzieży osobistej).
- Zeszyt/notatnik do prowadzenia obserwacji, np. bilansu płynów, zapis daty zwiększenia/zmniejszenia prędkości podaży diety, do zapisywania daty wizyty, daty wymiany sztucznego dostępu, zapisu nazwiska lekarza i pielęgniarki opiekujących się pacjentem, numery telefonów do zespołu pielęgniarstwo-lekarskiego; zapisów pomiarów obwodu ramienia i łydki (pomiar obwodu łydki i ramienia jest dokonywany miarą krawiecką) w celu obserwacji, czy następuje spadek masy ciała. To może być sygnał, aby zasięgnąć porady dietetyka.
- **Karta bilansowa** – może być pomocna w prowadzeniu obserwacji organizmu podczas wprowadzania diety przemysłowej.

Czynności	Podaż diety – ile razy i objętość/ /lub prędkość podaży	Przełknięcie w mililitrach	Wypróżnienia	Wymiana dostępu	Inne (gorączka, podawane leki?)	Uwagi
Data						

Gdzie możesz znaleźć informacje na temat żywienia medycznego dietą przemysłową za pomocą sztucznego dostępu dojelitowego w warunkach domowych?

- ▶ Placówka medyczna i oddziały szpitalne, w których pacjent był hospitalizowany – lekarz, pielęgniarka.
- ▶ Lekarz POZ.
- ▶ Narodowy Fundusz Zdrowia.

Poradnia żywieniowa świadczy opiekę medyczną ambulatoryjną i w warunkach domowych chorym, którzy nie mogą odżywiać się doustnie, np. pacjentom z zaburzeniami połykania w przebiegu chorób neurologicznych, nowotworowych i innych. Opieką obejmowani są pacjenci niewymagający hospitalizacji, a mają wskazania do zbilansowanego i kompletnego żywienia – dietą przemysłową. Podaż diety medycznej następuje sztuczną drogą do przewodu pokarmowego. Usługa żywienia dojelitowego jest dla pacjentów nieodpłatna w ramach świadczenia refundowanego przez NFZ na podstawie skierowania do poradni specjalistycznej. Może je wystawić każdy lekarz. Poradnia żywieniowa jest poradnią funkcjonującą w ramach NFZ, dla pacjenta jej świadczenia są bezpłatne. W ramach poradni żywieniowej wizyty odbywają się u pacjenta co 3 miesiące – lekarskie i pielęgniarskie, co 3 miesiące pobiera się od niego materiał biologiczny: krew i mocz – pakiet 23 badań (tzw. pakiet żywieniowy), pacjent otrzymuje sprzęt do podaży diety oraz dietę zaleconą przez lekarza. Dieta, sprzęt i materiał opatrunkowy dostarczane są bezpłatnie do domu pacjenta przez kuriera. Sam pacjent we własnym zakresie powinien posiadać dodatkowo: środek antyseptyczny, dezynfekcyjny, plaster na rolce lub opatrunek z przylepcem, ręcznik papierowy, rękawiczki jednorazowe.

- Do specjalistycznej poradni żywieniowej można rejestrować się z użyciem kodu z e-skierowania przez infolinię, przez kontakt telefoniczny lub on-line przez stronę internetową poradni (jeśli taką poradnia ma).
- Poradnie żywieniowe mogą funkcjonować przy placówkach ochrony zdrowia (stacjonarnie) – lokalnie w danym mieście lub placówce medycznej, w ramach ubezpieczenia NFZ.
- **Poradnie Żywieniowe Mobilne: Nutrimed/Stomed – wszystkie województwa** oprócz podlaskiego, w ramach ubezpieczenia w NFZ.
- **Dom Medica** – województwa lubelskie, łódzkie, małopolskie, podkarpackie, śląskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie, w ramach ubezpieczenia w NFZ (stan na XII 2022).

Szukaj informacji na temat żywienia medycznego na sprawdzonych stronach w internecie!

Informacji na temat żywienia medycznego, organizacji i pracy poradni żywieniowych działających na terenie **Twojego** województwa możesz wyszukać, wpisując w wyszukiwarce internetowej hasła: żywienie medyczne, żywienie kliniczne, żywienie dojelitowe, dieta przemysłowa, poradnia żywieniowa, sztuczny dostęp, mikrojejunostomia, PEG, G-tube.



6

SZTUKA

ROZMAWIANIA

Jak rozmawiać z lekarzem

Bożena Winch

Najczęściej spotykanym sposobem wprowadzania pacjentów w leczenie jest krótkie i rzeczowe instruowanie, co i gdzie pacjent ma zrobić oraz o co ma zadbać rodzina. Lekarze często nie mają czasu, warunków i możliwości, by w spokoju usiąść, porozmawiać czy wyjaśnić, chociażby to, jakie badania zostaną przeprowadzone, co oznaczają tajemnicze skróty na skierowaniach. Nie zawsze pacjent i jego bliscy rozumieją specyfikę języka medycznego, a medycy nie zdają sobie sprawy z hermetyczności swoich wypowiedzi. Wiadomo, że jeśli coś w wypowiedzi lekarza jest niejasne dla pacjenta i jego bliskich, to podlega różnym interpretacjom. Brak orientacji i niejasności w komunikacji nasilają lęk, który i tak determinuje większość zachowań pacjentów. Wielu lekarzy wychodzi z założenia, że jeśli pacjent lub jego rodzina czegoś nie rozumieją z przekazywanych informacji, to zapytają. Otóż niekoniecznie. Po pierwsze nie zawsze wiedzą, że mogą pytać, po drugie nie zawsze wiedzą, o co i jak zapytać, a po trzecie od samego startu w kontakcie obawiają się źle wypaść i nie ujawniają swojej niewiedzy. Ani pacjent, ani jego rodzina nie chcą zrobić wrażenia niezorientowanych czy niezaradnych. Zdecydowanie łatwiej jest się porozumieć, gdy pacjent i rodzina mówią, że nie rozumieją, a lekarze znajdują cierpliwość do udzielania kolejnych wyjaśnień. Pacjenci często nie wiedzą, że mają prawo pytać o diagnozę, kierunki i następstwa leczenia, rokowanie (gwarantują to przepisy zawarte w Karcie Praw Pacjenta). Pytając, nie zawracają lekarzowi głowy, tylko wręcz przeciwnie, ułatwiają porozumienie.

Od pierwszego momentu ustalenia diagnozy w głowach pacjenta i jego rodziny pojawia się jedno zasadnicze pytanie: „ile TO potrwa?” Pacjenci, licząc na konkretną odpowiedź, jednocześnie bardzo się jej boją. Powszechne przekonanie mówi, że „z nowotworem się nie wygra”, czyli że nie da się z niego wyleczyć. Poszukiwanie odpowiedzi na pytanie: „jak długo pożyję z tą chorobą”, dla niektórych jest też pytaniem o to, czy warto się leczyć. Czasami pacjenci są bardzo wytrwali w poszukiwaniu odpowiedzi na to pytanie, ponieważ nie mogą uwierzyć, że lekarz naprawdę nie wie. Przecież już tylu chorych widział. A lekarz naprawdę nie wie, dzielenie się domysłami nie ma specjalnego sensu. Od strony pacjenta trochę wygląda to tak, że lekarz, który nie wie, ile pacjent może żyć, nie jest godny zaufania. Lekarze tej odpowiedzi naprawdę nie znają. Każdy choruje inaczej, a przede wszystkim leczy się inaczej i tego, jak pacjent zareaguje na konkretne leczenie, lekarz nie może wiedzieć. Niektórzy lekarze ulegają presji pacjentów, ich bliskich, sytuacji i podają jakiś termin przeżycia, czym wprawiają pacjenta i rodzinę w jeszcze większy lęk.

Aktualnie dostęp do informacji o chorobach i leczeniu jest właściwie nieograniczony. Dla osób niezwiązanych z medycyną odróżnienie informacji prawdziwych od fałszywych jest bardzo trudne, a czasami niemożliwe. Konfrontacja tego, co mówią lekarze, z tym, co można znaleźć w internecie, pogłębia chaos i niepewność, wywołując jeszcze większy lęk. Zarówno chorzy, jak i zdrowi różnią się potrzebą dostępu do informacji i posiadania informacji. Wiedza przywraca poczucie kontroli, czyli podnosi poczucie bezpieczeństwa i pewności siebie.

Niezależnie od tego, jakie są źródła wiedzy o chorobie i leczeniu, pacjent ma prawo pytać, wyrażać swoje opinie, nie zgadzać się na propozycje lekarza. Ważne, żeby pacjent

nie kierował się tylko emocjami, np. złością na los, lękiem przed operacją czy obawą przed obciążeniem rodziny. Jeżeli jakaś propozycja (np. amputacja piersi, amputacja macicy) wzbudza bardzo silne emocje i powoduje niemożność racjonalnego omówienia sytuacji, warto niezbędną rozmowę odłożyć na jakiś czas. Pacjent ma prawo poprosić o to lekarza.

Poprawieniu komunikacji sprzyja to, że lekarze uświadamiają sobie, iż pacjentami i ich rodzinami targają silne emocje, stąd warto je uwzględnić i uszanować. Może to przełożyć się na dopytanie, czy dla pacjenta wszystko jest jasne, na komentarz typu: „widzę, że jest pani zdenerwowana, może powtórzę jeszcze swoje zalecenia”. Silne emocje utrudniają zapamiętanie informacji, analizę tego, co lekarz mówi, i ograniczają możliwość rozmowy. Pacjent może powiedzieć, że „bardzo przeżywa tę wizytę” i prosi lekarza o wyrozumiałość i powtórzenie czegoś, czego nie zapamiętał. Pacjent ma prawo do towarzystwa osoby bliskiej w ważnych rozmowach z lekarzami.

Często silne emocje, niezrozumiałość komunikatów medycznych czy pośpiech powodują, że pacjent interpretuje słowa i zachowania lekarza jako coś skierowanego przeciwko sobie: „nie lubi mnie, nie obchodzi go moje zdrowie, miał już wiele takich przypadków i nie jestem interesującym chorym”. Obok lęku przed leczeniem pacjent zaczyna budować w sobie przekonanie, że lekarz nie będzie się starał go wyleczyć. Takie myśli mogą wywoływać napięcie i złość, generować postawy roszczeniowe i walczące.

Na kolejne spotkania z lekarzem pacjent powinien mieć przygotowane pytania, na które chce uzyskać odpowiedzi, może notować to, co lekarz mówi. Pacjent, notując, dba o siebie, by mieć się do czego odwołać, gdy po wyjściu z gabinetu okaże się, że niczego nie pamięta z rozmowy.

Pacjentom i ich bliskim nie zawsze wystarczy uwagi, by przyjrzeć się i zapamiętać, jak reaguje i zachowuje się lekarz, głównie dlatego, by móc lepiej się komunikować. Są lekarze, którzy bardzo unikają kontaktu pozawerbalnego (spojrzenie, mimika, brak gestów), są też tacy, którzy starają się skrócić dystans, rozładować atmosferę jakimś żartem czy uśmiechem. Jedni mówią krótko i rzeczowo, inni używają wielu długich zdań, by powiedzieć o czymś bardzo konkretnym. Warto zastanowić się, jaki typ komunikacji proponuje lekarz i zweryfikować swoje oczekiwania. Lekarz preferujący komunikację „ekspercką” z trudem zdobędzie się na wyrażenie zainteresowania emocjami pacjenta. Z kolei lekarz bardziej opiekuńczy może pomijać informacje, które jego zdaniem są trudne w odbiorze i wracać do nich po czasie, jakby na marginesie innych spraw.

Lekarz w swoim sposobie komunikowania się nie jest przeciwko potrzebom i oczekiwaniom pacjenta. Jak każdy ma swoje możliwości, ograniczenia i umiejętności. Ważne jest, by pacjent nie nastawiał się negatywnie, gdy jego potrzeby emocjonalne nie są zaspokajane.

Oczywiście lekarze, tak jak wszyscy ludzie, mają gorsze i lepsze dni, i nie zawsze są nastawieni w pełni na odbiór pacjenta, na odkrycie jego nastawienia czy oczekiwania.

W rozmowie o trudnych diagnozach pacjent ma prawo:

- ustalić cele takiej rozmowy – może spytać lekarza o to, czego będzie dana rozmowa dotyczyć, np. czy uporządkowania dotychczasowych informacji diagnostycznych, czy ustalenia sposobów działania, czy wyjaśnienia aktualnego stanu zdrowia;
- prosić o wyjaśnienie terminologii fachowej, która może być niezrozumiała i przez to wzbudzać lęk;
- zadawać pytania, korzystając z przygotowanych wcześniej notatek, notować otrzymane informacje;
- powiedzieć, że potrzebuje lub nie potrzebuje większej liczby szczegółowych informacji o chorobie czy jej leczeniu;

- odwoływać się do swoich emocji, np. że zawsze bał się chorób i szpitali, że w jego rodzinie dużo osób choruje przewlekle i wie, jak to jest, że ktoś z bliskich znajomych zmarł na raka; warto pamiętać, że lekarz może nie rozpoznać trafnie emocji pacjenta, a warto, żeby wiedział, co się dzieje;
- oczekiwać przedstawienia i ustalenia planu postępowania medycznego, a także jego uzasadnienia, np. ta metoda daje najlepsze wyniki, albo przy chorobach, które pani/pan ma, nie można zastosować niczego innego;
- analizować nie tylko treść tego, co lekarz mówi, lecz także formę, np. lekarz, który mówi wolno i cicho, może być przez pacjenta odbierany jako ktoś uważający na słowa, by nie powiedzieć za dużo, wycofany z kontaktu, czyli taki, który coś ukrywa, a inny, mówiący głośno i szybko, będzie odbierany jako autorytarny, niemający ochoty na rozmowę, niezainteresowany pacjentem; warto pamiętać, by swoje pierwsze hipotezy weryfikować podczas kolejnych kontaktów z lekarzem.

Całość kontaktu analizowana jest także poprzez część niewerbalną. Komunikacja niewerbalna to:

- mimika;
- postawa ciała;
- gesty, ruchy;
- kontakt wzrokowy;
- dotyk i kontakt fizyczny.

Szacuje się, że 80% informacji uzyskiwanych jest poprzez komunikację niewerbalną.

Obie komunikujące się strony mówią, słuchają i patrzą na swoje zachowania. Pacjent też pokazuje niewerbalnie, jak się boi, czego nie chce, na co naprawdę się godzi. Widać to m.in. po jego wyrazie twarzy, gestach czy sposobie siedzenia na krześle.

Rozbieżność między komunikacją werbalną i niewerbalną jest powodem kłopotów w budowaniu dobrego kontaktu, stanowiąc jedną z wielu przeszkód w porozumiewaniu się. Niezgodność obu części komunikacji wprawia w niepokój.

Do przekraczania barier komunikacyjnych potrzebna jest świadomość obu stron dotycząca:

- popełnianych błędów;
- swoich przyzwyczajzeń w komunikowaniu się;
- nastawienia emocjonalnego do chorowania i leczenia;
- umiejętności korzystania z informacji zwrotnych (informacja zwrotna to analiza i ocena tego, co zdarzyło się lub nie zdarzyło się w rozmowie).

Komunikowanie się jest dynamicznym procesem kierowanym przez emocje, wiedzę i informacje zwrotne. Od strony emocji przyjmowanie trudnych informacji przebiega w kilku fazach. Trudne informacje to takie, które niszczą dotychczasowy porządek życia, wymuszają zmianę planów życiowych, prowokują zmiany w funkcjonowaniu, wpływają na widzenie siebie i swojej przyszłość. W procesie leczenia kontakty z lekarzami są wypełnione trudnymi informacjami.

Fazy przyswajania trudnych informacji:

- szok – dominujące uczucia to niepewność, lęk, przerażenie, panika;
- zaprzeczenie – dominujące uczucia to złość i lęk;
- depresja – dominujące uczucia to smutek, rozpacz, lęk, bezradność;
- walka lub rezygnacja – dominujące uczucia to złość, lęk;
- akceptacja – dominujące uczucie to spokój.

Na przebieg komunikacji między pacjentem i lekarzem wpływają:

- mity i wyobrażenia związane z chorobą i leczeniem;
 - używanie przez lekarza języka zrozumiałego dla pacjenta;
 - znajomość zagadnień medycznych przez pacjenta;
 - interpretacja i ocena informacji;
 - postawy pacjenta wobec chorowania i leczenia;
 - kontakt werbalny i niewerbalny pacjenta z lekarzem.
- Dobra komunikacja z punktu widzenia pacjenta zależy od tego, czy lekarz:
- mówi językiem zrozumiałym dla pacjenta;
 - wyjaśnia wątpliwości pacjenta;
 - wykazuje zrozumienie dla oczekiwań pacjenta;
 - potrafi rozwiązać niepokoje pacjenta;
 - umie utrzymać równowagę między ilością i jakością informacji, które przekazuje pacjentowi, a empatią i troską o pacjenta.

Jak rozmawiać z osobami bliskimi

Bożena Winch

Podstawowy dylemat komunikacyjny zawiera się w pytaniu: „mówić czy nie mówić”, pojawiającym się na wszystkich etapach leczenia i dotyczącym każdego tematu związanego z chorowaniem i leczeniem. Sprawą zasadniczą jest „jak mówić”, a nie „czy mówić”. Przekazywanie czy nieprzekazywanie informacji najczęściej wynika z lęku przed reakcją osoby chorej na to, co usłyszy. Choć przecież i tak się dowie. Dowie się, że ma chorobę nowotworową, że jest w szpitalu onkologicznym, że będzie operacja, chemioterapia, radioterapia. Chory najczęściej tej sytuacji nie komentuje, nie pyta, nie zgłasza sprzeciwu. Prawdopodobnie pacjent chce sobie i bliskim oszczędzić trudnej i przykrej rozmowy. Zostaje sam z niewypowiedzianymi lękami, rozpaczą, przerażeniem.

W wielu relacjach nie ma doświadczeń w przekazywaniu trudnych informacji, w dzieleniu się uczuciami, w mówieniu o lękach. Nie ma też odwagi potrzebnej do zmiany stylu porozumiewania się. Skoro przez wiele lat nie mówiło się o uczuciach i potrzebach, to jak teraz zacząć w chorobie i z chorym? Często pacjenci i ich bliscy rozpoczynają w tym czasie trening w mówieniu z uśmiechem „będzie dobrze”, „nie martw się” itp. Każda ze stron relacji chce oszczędzić bliskim smutku, cierpienia, lęku, a także ochronić przed utratą nadziei. Bliscy się martwią, chory myśli o swojej niepewnej przyszłości i obie strony milczą na ten temat. Milczenie dotyczące emocji oddala bliskich od siebie i nie służy ani nadziei, ani lepszemu nastrojowi.

Chory i jego bliscy szukają informacji, które mają uciszyć ich obawy, pomóc poruszać się po nieoswojonym terenie służby zdrowia, czy też rozwiać mity o nieuleczalności choroby, o strasznych skutkach leczenia, o nieodczynnym cierpieniu fizycznym i psychicznym. Każda ze stron tych poszukiwań ma prawo do znajdowania swoich ścieżek informacyjnych. Kłopoty pojawiają się wtedy, gdy chory lub jego bliscy są nieustępliwi w nakłanianiu drugiej strony do przyjęcia swojej opcji zdobywania informacji i obchodzenia się z nimi. Znacznie łatwiej jest ustalić, kto czego i dlaczego poszukuje wtedy, gdy bliscy powiedzą sobie jasno, czego w tej kwestii potrzebują. Cenzurowanie tematów i kontrolowanie zakresu informacji odbywa się także w komunikacji między rodziną i pacjentem. Siła przekazu dotyczącego tego, że rak = śmierć, paraliżuje chęć do otwartej rozmowy o chorobie, leczeniu i obawach z tym związanych.

Oczywiście są pacjenci, którzy nie chcą wiedzieć, nie chcą słyszeć, nie chcą rozmawiać i łatwiej jest im, gdy wprost o problemie nie mówią. Sytuacja, w której wiadomo, że jedna ze stron nie chce komunikacji, jest jasna. Jednak szczerze mówienie wprost o tym, co się dzieje, o swoich uczuciach z tym związanych, jest podstawą do budowania poczucia bezpieczeństwa w sytuacji skrajnie niebezpiecznej.

Czasami rodzina mocno naciska na lekarza, by nie informował pacjenta o chorobie i o jego stanie. Pomijając aspekty prawne nakazujące przekazywanie informacji, niemówienie najczęściej mija się z celem. Chory i tak wie lub zaraz się dowie od innych pacjentów lub ich rodzin, usłyszy przypadkiem, przeczyta w dokumentacji medycznej. Są rodziny, które po miesiącach chorowania, przebywania ich bliskiego w szpitalu uważają, że chory nie wie,

nie zdaje sobie sprawy ze swojego stanu i proszą, by choremu nie przekazywać trudnych informacji, np. że leczenie zostało zakończone, tylko że np. muszą trochę się wzmocnić i wtedy znowu będą leczeni. Bywa i tak, że chory prosi, by rodzinie nic nie mówić o jego ciężkim stanie, obawiając się, że jego bliscy nie dadzą sobie rady z taką informacją.

Komunikacja ma dotyczyć nie tylko przekazywania informacji o sprawach, lecz także ujawniania lub nie swojego stosunku emocjonalnego do tych spraw. W komunikacji osób bliskich w sytuacji granicznej najczęstszym źródłem kłopotów są silne emocje związane z sytuacją bycia chorym i bycia w otoczeniu chorego. Sytuacja graniczna to nagłe doświadczenie, które popycha człowieka ku konfrontacji z jego dotychczasową egzystencjalną sytuacją w świecie. Bycie na granicy zdrowia i choroby, leczenia i nieleczenia, bólu fizycznego i psychicznego wzbudza silne emocje i nie może być inaczej. Kwestią dyskusji z sobą samym i bliskimi jest tylko to, ile i kiedy chory jest gotów odsłaniać ze swojego świata emocjonalnego, a rodzina jest gotowa wysłuchać i przyjąć emocje.

Każda rodzina wytwarza własny styl komunikacyjny dotyczący emocji. Jedni zwracają uwagę na precyzyjne dopytanie, o co chodzi, inni kładą nacisk na spontaniczne wyrażenie, a w niektórych rodzinach okazywanie emocji i mówienie o emocjach jest czymś wysoce niestosownym. Pojawiają się nowe zagadnienia, takie jak ból, lęk, śmierć, niepewność, zagrożenie, samotność, opuszczenie. W szeroko pojętym doświadczeniu społecznym o takich przeżyciach mówi się rzadko i mało. Nie ma wzorców, do których można sięgnąć. Owszem, bywają rodziny, w których ta tematyka pojawia się w rozmowach związanych z duchowością i w nich na pewno jest łatwiej podzielić się swoimi odczuciami.

Chorzy na różne sposoby wnoszą do kontaktu z bliskimi te trudne, ale ważne dla nich tematy. Istotną sprawą jest usłyszeć, że chory chce mówić o czymś innym niż bieżący stan zdrowia. Każda rodzina w nowej sytuacji testuje swój sposób porozumiewania się dotyczącego zaspokajania różnorodnych potrzeb i kontrolowania emocji. Najsilniejszą emocją doświadczaną przez chorego i jego bliskich jest lęk. Lęk przed cierpieniem, lęk przed bólem fizycznym, lęk przed bezradnością, lęk przed śmiercią. Rzadko, naprawdę rzadko, mam do czynienia z rodzinami, w których rozmawia się o tych lękach. A przecież są one obecne we wszystkich rodzinach od pierwszej chwili, od pierwszego podejrzenia diagnostycznego. Śmierć jako części życia, zagadnienia związane z bezsilnością, obawy przed cierpieniem swoim i bliskich są tematami tabu i niewiele jest okazji, by w rodzinie rozmawiać o tych kwestiach. Niebagatelnym uzasadnieniem milczenia o sprawie najważniejszej jest przekonanie, że takie tematy odbierają choremu nadzieję. Milczy rodzina, milczy chory, by rodziny nie dobijać. A jak wiadomo, niewypowiedziany lęk ma wielką moc oddziaływania.

Niektóre rodziny z lekkością zaczynają mówić „nowym językiem” o przemilczanych do tej pory sprawach, inne bronią swojego stylu jako przejawu tożsamości, narażając siebie i chorego na dodatkowe trudności. Naturalnie są też rodziny, które przed chorobą umiały rozmawiać na różne tematy i nie miały silnych tabu.

Nowym doświadczeniem chorego i jego bliskich jest doznawanie cierpienia. Jest to doświadczenie skrajnie subiektywne, każdy przeżywa je we właściwy sobie sposób. Cierpienie w chorobie wynika z bólu fizycznego, z lęku, z braku możliwości wpływu na swoją sytuację, z uprzedmiotowienia w relacjach leczniczych. Intensywne i przewlekłe cierpienie stawia pod znakiem zapytania sens życia. W trakcie leczenia choroby onkologicznej cierpienie dotyczy wszystkich członków rodziny, choć nie zawsze cierpią tak samo i z tych samych powodów. Warto spróbować pytać się wzajemnie o skalę cierpienia czy podzielić się swoimi doświadczeniami w tym zakresie. Bardzo często okazuje się, że najbliższe sobie osoby nigdy nie dzieliły się refleksjami o cierpieniu swoim, cudzym czy o cierpieniu jako zjawisku.

Z moich doświadczeń wynika, że rozmowy na takie tematy przynoszą ulgę, ponieważ dostarczają poczucia, że bliscy się rozumieją i są gotowi towarzyszyć sobie nawzajem w trudnych sytuacjach.

Inną emocją trudną do opisanie i zakomunikowania jest przerażenie, które pojawia się zarówno u chorego, jak i w rodzinie od pierwszego momentu zetknięcia się z oddziałem onkologicznym. Zresztą funkcjonowanie wielu oddziałów napawa przerażeniem – długie godziny oczekiwania w kolejkach, mało możliwości porozmawiania z lekarzem, brak informacji o tym, co będzie i kiedy będzie. Gdy leczenie jest już w toku, to źródłem przestrochu jest cała rzeczywistość szpitalna, opowieści innych chorych, nabywane doświadczenie. Powoli pojawia się świadomość, że leczenie będzie trwać bardzo długo, a skutki uboczne jeszcze dłużej. Jednym słowem i chory, i rodzina zaczynają rozumieć, jak wysoka jest cena walki o życie, o które są gotowi walczyć za każdą cenę. Pojawiają się także całkiem nowe sytuacje niezbędne do omówienia, o których do tej pory się nie mówiło, bo i po co, m.in. załatwianie potrzeb fizjologicznych, sposób odżywiania, ograniczenia ruchowe. Jeśli pacjent nie powie lub nie zasygnalizuje, że czegoś potrzebuje, rodzina ma minimalną szansę na domyślenie się, o co chodzi lub źle coś zinterpretuje.

Pojawienie się lęku, przerażenia i obaw wydaje się uzasadnione wszystkim przeżywającym leczenie onkologiczne, ale złość występująca w relacjach z bliskimi bywa dużym zaskoczeniem. Złość zaliczana jest do „uczuć niekochanych”. Każda choroba jest doświadczeniem utraty kontroli i wpływu. Człowiek, który zostaje pacjentem, staje się zależny od rodziny, lekarzy, instytucji leczących, czasami od aparatury. Ten rodzaj zależności może stać się źródłem złości. Wiele osób używa złości do zamaskowania przeżywanego lęku. Złosczenie się jest łatwiejsze niż okazanie bezradności, podzielenie się lękiem przed śmiercią jest łatwiejsze niż płacz. Wiele razy byłam świadkiem sytuacji, w których chory bez stawiania sobie granic złościł się na odwiedzających go bliskich, a w chwili, gdy przychodzili dalsi znajomi, był uosobieniem łagodności. Widziałam też, jak bliscy pokornie przyjmowali ataki na to, że kompot jest nie w tym kubku albo woda jest nie tej marki. Chory przyznaje sobie prawo do irytacji, bo jest chory, a rodzina z tego samego powodu uważa, że musi to unieść. Nie wątpię, że trudno czasami utrzymać w ryzach emocje, zwłaszcza gdy chodzi o to, by nie okazać innych emocji, trudniejszych do okazania. Warto jednak też powiedzieć „przepraszam”, a nie udawać, że nic się nie stało. Złość może przejawiać się w formie utarczek z personelem (zwłaszcza średnim). Niestety, stosunkowo często personel daje się wciągnąć w taką walkę.

Zdarzenia powodujące zachwianie równowagi życiowej oznaczają konieczność wprowadzenia zmian. Najczęściej wszystko jest nagłe i trudne do przewidzenia. Zmiany wywołane chorobą i leczeniem wpływają na wszystkie poziomy życia i funkcjonowania. Dotyczą potrzeb psychologicznych, fizycznych i społecznych. Trzeba na nowo ustalić podział obowiązków w rodzinie, trzeba rozważyć finanse, trzeba zorganizować funkcjonowanie domu, trzeba, trzeba, trzeba... Zarówno potrzeby, jak i możliwości ich zaspokajania gwałtownie się zmieniają. Choroba narusza wszystko to, co do tej pory stanowiło o tożsamości rodzinnej, czyli o tym, jak rodzina myślała o sobie, jak była postrzegana w otoczeniu, jak się rozwijała. Kontrolę i wpływ można odbudować przez mówienie o tym, co się dzieje, jakie myśli i emocje krążą między osobami zaangażowanymi w opiekę nad chorym, jakie potrzeby chce się zaspokoić na tu i teraz, a także w mniej lub bardziej przewidywalnej przyszłości. Chory nie musi być wyłączone z bieżących spraw rodziny, na zasadzie by nie martwić go lub nie obciążać. Warto zwyczajnie spytać, czy chory chce zajmować się danym tematem. Chory ze swojej strony też może jasno wyrazić zainteresowanie dla spraw spoza choroby lub postawić granice, których nie chce przekraczać w zdalnym angażowaniu

się w pozaszpitalną rzeczywistość. Nic nie zastąpi mówienia wprost o tym, kto i do czego ma chęci i na co możliwości.

Choroby onkologiczne powszechnie postrzegane jako trudno leczące się i z leczeniem nie gwarantującym sukcesu, stawiają pacjenta i jego rodzinę w obliczu zagadnień fundamentalnych dotyczących poczucia sensu życia, pytań o sens cierpienia, o istnienie Boga. Z pytaniami tymi chorzy i ich bliscy zwracają się do lekarzy, do księdza, do psychologa, do siebie nawzajem. W sytuacji, w której terażniejszość staje się nieprzewidywalna, przeszłość czasami dręczy, a czasami przestaje istnieć, a przyszłość widziana z perspektywy łóżka nie jest atrakcyjna. Zachorowanie jest wielkim znakiem STOP nie tylko dla spraw terażniejszych, lecz także dla przyszłości. Potrzeba rozmowy o SENSIE nie zadziwia, choć może przerastać możliwości otoczenia. Pacjent zaczyna bilansować swoje życie. Chorowanie sprzyja zastanawianiu się nad tym, co z przeszłości jest powodem do dumy, a co było nie tak. Pojawiają się pytania „czy warto”, „po co właściwie”, „do kiedy walka o życie jest uzasadniona”. Częściej mówią o tym pacjenci niż ich rodziny. A gdy pacjenci zwracają się z takimi kwestiami do rodziny, bardzo często są blokowani w swoich rozważaniach i wątpliwościach, bo rodzina nie jest w stanie unieść ciężaru tych tematów. Pytania „dlaczego ja”, „co takiego złego zrobiłem”, „ile to potrwa” kierowane są do wszystkich z otoczenia. Na niektóre z nich jedyną prawdziwą odpowiedzią jest „nie wiem”. Pacjenci czasami czują się nią rozczarowani, bo dlaczego lekarz lub ksiądz nie wiedzą? Próba odkrycia i zrozumienia, dlaczego wydarzyła się choroba, jak ją można wyleczyć i ile potrwa, są w pełni zrozumiałe. Każda niepewność przyczynia się do narastania lęku i poczucia zagrożenia. Warto mówić o tym, co się w nas dzieje. Mówić tyle, ile druga strona może i chce usłyszeć. Stroną, która wyznacza ile, kiedy i o czym mówi, jest zawsze strona słabsza i nie zawsze jest to chory (np. dzieci, nastolatki, inne osoby chorujące w rodzinie).

Szczególnym doświadczeniem dla chorego i jego rodziny jest moment, w którym leczenie przyczynowe zostaje zakończone, gdyż nie ma szansy na wyleczenie i pozostaje leczenie paliatywne. Dla wielu oznacza to konieczność rozmawiania o śmierci i umieraniu czy niemożności podjęcia tego tematu. Często też podsumowanie życia napawa przestrawem, ponieważ trzeba wrócić do starych spraw, być może celowo przemilczanych, ujawnić swoje uczucia przez lata starannie pomijane w rozmowach.

Ludzie unikają tematów związanych z umieraniem i śmiercią, ponieważ:

- w naszej kulturze śmierć jest tematem tabu;
- trudno jest znaleźć słowa adekwatne do opowiedzenia/opisania swojego stanu uczuć, myśli, fizyczności;
- trudno się rozmawia o jakichkolwiek uczuciach, a co dopiero o lęku przed trudnym umieraniem połączonym z cierpieniem, w którym nie można przynieść ulgi;
- niezwykle trudno jest przyjąć, że śmierć jest końcem wspólnego życia na zawsze;
- obawiają się przebudzenia lęku przed własną śmiercią;
- przez wiele lat nie odnosili się do swoich uczuć i emocji, więc nawiązanie do tych kwestii jawi się im jako bardzo trudne.

Wiele rodzin stara się jak najdłużej myśleć i przekonywać siebie wzajemnie, że jeszcze może się zdarzyć cud wyzdrowienia. Czasami takie myślenie posuwa się aż do zaprzeczania ewidentnym oznakom pogorszenia się stanu zdrowia. Celem tego działania, a raczej niedziałania, jest odsunięcie jak najdalej myśli o śmierci osoby chorej. Te osoby są przekonane, że gdy nie mówi się o śmierci, nawet wtedy, gdy chory sam mówi o tym, że to już bliskie wydarzenie, spowoduje, że i on będzie o tym myślał mniej. Czasami nawet zakładają, że w ten sposób odsuwają od siebie i od chorego to dramatyczne wydarzenie, a rozmowa

może przywołać śmierć. A przecież zarówno chory, jak i rodzina mają w sobie wiele pytań, o wspólne życie, o czas chorowania, o to, jak będzie wyglądał ostatni okres wspólnego życia. Najczęstszym powodem niepytania i niemówienia jest lęk przed trudnymi kwestiami i chęć ochrony bliskich („może jeszcze nie teraz”, „może nie warto”). W niemówieniu kryje się groźna pułapka izolacji. Oddziaływanie codziennej izolacji może być dwojakie – nie tylko powoduje ona, że zdrowi mają skłonność do unikania umierających, ale i często umierający przyłączają się do zmywy podtrzymującej izolację. Wybierają milczenie, żeby nie wciągać bliskich do swojego przygnębiającego świata, pozostają sami.

Z moich doświadczeń wynika, że najlepiej zacząć te ostatnie rozmowy od spraw najprostszyc: od wspomnień tego, co było dobre, od refleksji nad tym, co się udało. Słowa „dziękuję” i „przepraszam” mogą być kluczowe dla dobrego żegnania się. Chory może zainicjować bilansową rozmowę, a bliscy mają być uważni na sygnały mówiące o tym, że chory jest gotów na takie doświadczenie. To mogą być wstępy typu „a pamiętasz”, „a szkoda mi, że”. Nie warto zatrzymywać ich uwagami o aktualnych sprawach. Rodzina też może rozpoczynać wędrówkę przez bilansowe tematy, ale z wielką uwagą na reakcje chorego.

PODSUMOWANIE

Dobra rozmowa zależy od tego, czy osoby rozmawiające ze sobą:

- mówią językiem zrozumiałym dla siebie;
- udzielają sobie niezbędnych, ale potrzebnych informacji;
- nie obawiają się zadawania pytań;
- odpowiadają na pytania, mówiąc „nie wiem”;
- wykazują zrozumienie dla oczekiwań drugiej strony;
- dają sobie wzajemnie czas;
- zwracają uwagę na emocjonalny kontekst wypowiedzi.

Dobra rozmowa to możliwość nazwania doznawanych uczuć, których często do siebie nie dopuszczamy, np. bezradności, ambiwalencji, bólu, żalu, rozpacz, smutku czy przerażenia, a także przeżycie bliskości, akceptacji, zrozumienia, wdzięczności, troski i miłości. Czasem trudno jest mówić o dobrych emocjach. Czasem trudno wrócić do smutnych spraw, bo może nie warto. Moim zdaniem warto chociażby po to, by nadać sens i znaczenie własnym przeżyciom i doznaniom. Czyż jest coś ważniejszego dla każdego z nas?

Jak rozmawiać z ludźmi z dalszego otoczenia

Bożena Winch

Każdy ma doświadczenie kontaktowania się z osobą chorą onkologicznie lub jej rodziną i bliskimi. Zapewne wielu z nas doświadczało trudności w kontakcie zarówno z chorym, jak i z osobami z jego otoczenia. Bez wątpienia osoby chorujące miały trudności w porozumieniu się z życzliwymi bliskimi, z zatroskaną rodziną, z gotowymi do pomocy kolegami z pracy, z personelem leczącym. Każdy z uczestników dialogów miał jak najlepsze intencje, by się porozumieć, by zrozumieć, by wesprzeć.

Informacja, że ktoś z grona znajomych czy współpracowników ma rozpoznany nowotwór, w bardzo zaskakujący sposób dzieli otoczenie: jedni zaczynają uruchamiać informacje o tym, kto, kiedy i jak się leczył i wyleczył lub nie i chcą się dzielić posiadanymi informacjami i doświadczeniami, a inni zwiększają dystans między sobą a chorującym, bo nie chcą się narzucać, bo nie wiedzą, co powiedzieć, bo się boją. I wcale niekoniecznie aktywnie pomagają są tymi, z którymi osoba chora była najbliżej. Czasami dalsi znajomi, sąsiedzi czy dalsza rodzina są bardziej chętni i gotowi do uczestniczenia w tym trudnym doświadczeniu niż ci uznawani za najbliższych. Zapewne linia podziału wynika ze stosunku do chorób nowotworowych i doświadczeń w tej dziedzinie. Są osoby, w których wizja czyjegoś cierpienia wyzwala potrzebę ratowania i pomagania. Niezależnie od tego, co wiedzą o schorzeniach onkologicznych, ile razy stykały się z osobami chorymi, jakie mają wyobrażenia o leczeniu i szansach na przeżycie, są gotowe uczestniczyć w zmaganiach leczniczych. Są też inni, którzy nawet niekoniecznie mieli do czynienia z osobami chorymi, ale wiedzą (od znajomych, ze środków społecznego przekazu), że chorujący onkologicznie nie ma szans na długie przeżycie, że będzie cierpieć i że oni w związku z tym nie dadzą rady kontaktować się z nim w takiej sytuacji.

W moich kontaktach z osobami chorującymi przewlekłe i ich bliskimi zauważyłam, że bardzo trudno jest im korzystać z podstawowych zasad asertywności – trudno uznać swoje elementarne prawo do mówienia „tak” lub „nie”, proszenia, ale i odmawiania, do stawiania granic przez mówienie „stop”, nie chcę lub nie zgadzam się, do reagowania na krytykę lub atak, do wyrażania własnych opinii i przekonań, do wyrażania uczuć pozytywnych, a także trudnych, jak lęk, przerażenie, rozpacz, zakłopotanie czy smutek. Zapewne nie dotyczy to wszystkich chorujących, ale mam wrażenie, że potężną przeszkodą w traktowaniu asertywnym siebie i osób z bliższego i dalszego otoczenia jest nagromadzenie silnych emocji związanych z byciem osobą chorą. Poczucie winy za „spowodowanie” choroby, poczucie krzywdy w związku z chorobą, doświadczanie utraty wpływu i kontroli, uprzedmiotowienie w instytucjach leczących, lęk i poczucie osamotnienia utrudniają obronę swoich praw także w komunikacji.

Chorzy i ich bliscy nie muszą odpowiadać na pytania, korzystać z pomocy, towarzyszenia i gotowości do działania wszystkich, którzy się do nich zgłaszają. Mogą mieć własne oczekiwania co do kształtu, rozmiaru i charakteru tej pomocy. Jak wiem z wielu rozmów z pacjentami, bardzo trudno jest sformułować i wyrazić granice czyjegoś udziału w tym etapie życia.

Podstawą stawiania granic w udzielaniu informacji czy korzystaniu z pomysłów na leczenie jest przyznanie sobie prawa do dzielenia się wiedzą o sobie. Wiedza o zdrowiu czy chorobie jest rodzajem wiedzy intymnej, którą chory może chcieć przekazywać osobom zaufanym. Zaufanym, czyli takim, o których wie, że nie muszą dzielić się posiadanymi informacjami z innymi, którzy nie będą komentowali jego sytuacji życiowej w sklepie osiedlowym, którzy jak mówią, że są gotowi pomagać, to zrobią nawet małą rzecz ważną dla chorującego. Mimo ostrożności i uważności w dzieleniu się informacjami chory i jego najbliżsi mogą przeżyć rozczarowanie, bo ktoś rozpowie coś, o czym miał milczeć, bo ktoś skomentuje wygląd, bo nie dotrzyma danej obietnicy. Sądzę, że rozczarowania ludźmi bliższymi i dalszymi są wpisane w sytuację bycia chorym onkologicznie, ponieważ ludziom trudno jest utrzymać w sobie myśli i emocje dotyczące przewlekłego chorowania, leczenia i zagrożenia życia.

Chory ma prawo prosić, mówiąc wprost o tym, czego potrzebuje. Po pierwsze dlatego, że wszyscy są w nowej sytuacji i nie bardzo udaje się odgadnąć, w jaki sposób zaspokoić potrzeby chorego. Po drugie w ogóle trudno jest odgadywać, w jaki sposób sprawić ulgę czy przynieść pomoc. Chory, prosząc, musi się liczyć z odmową.

Powszechnie przekonania o chorobach nowotworowych głoszą, że po ciężkim leczeniu musi nastąpić porażka. Żadne dane statystyczne czy opowieści osób wyleczonych nie zmieniają szybko tego mitu. Stąd obcesowe pytania, np. „to ile ci dają lekarze?”. Są chorzy, którzy radzą sobie dobrze w tego typu sytuacjach, ale są też tacy, którzy długo potem przeżywają lęk, złość czy własną niemoc. Uważam za w pełni uprawnioną odpowiedź w stylu „wiesz, nie pytam o to lekarzy, bo nikt tego tak naprawdę nie wie” lub „nie chcę o tym mówić, ten temat mnie dużo kosztuje” albo „dlaczego mnie o to tak pytasz”. Żaden chory nie musi wyrażać zgody na tematy rozmów, które są dla niego przykre, trudne czy przekraczające jego gotowość do wymiany zdań, przykładowo: „a jaka była ta twoja operacja”, „co ci wycieli”, „jaki będzie dalsze leczenie”. Każdy pytający powinien założyć, że nie otrzyma odpowiedzi na każde swoje pytanie, że chory nie ma obowiązku odpowiadać i opowiadać.

Chorzy bardzo często czują się zobowiązani, by odpowiadać nawet na pytania dla nich intymne, ponieważ zakładają, że pytający kieruje się dobrą wolą, chęcią pomocy, zainteresowaniem. Zapewne tak jest (choć nie zawsze), ale to nie zobowiązuje chorego do mówienia tego, czego nie ma ochoty powiedzieć. Z moich kontaktów z osobami chorującymi i ich bliskimi wynika, że szybkim sposobem na wygaszenie takich nieprzyjemnych sytuacji jest powiedzenie wprost „przepraszam cię, ale nie chcę o tym mówić” albo „to dla mnie zbyt trudne”. Chory może postawić granice, odwołując się do swoich uczuć, zasad, potrzeb. Uważam, że nie da się zawsze powiedzieć wprost o swoich uczuciach, ale można ustalić sobie samemu granicę, przy której swój własny wewnętrzny stan jest ważniejszy niż spokój innej osoby. Czasami warto użyć żartu, coś spointować dowcipem, by nie dać się zaprosić do rozmowy, której tematyka jest zbyt odślanająca lub obciążająca.

Mogą się zdarzyć sytuacje, w których pomoc bliskich będzie niezbędna, by ochronić chorego przed ciekawością innych osób. Zazwyczaj jestem przeciwna rozwiązaniom, w których jedna osoba odpowiada za drugą (np. matka za dorosłą córkę), ale w odniesieniu do osób chorych, gdy mają gorszy dzień i bardziej cierpią, gdy ktoś atakuje je dobrymi radami dotyczącymi np. cudownych skutków leczenia niekonwencjonalnego, uznaję za dobre rozwiązanie stanowcze wkroczenie kogoś z otoczenia i zamknięcie tematu. I znowu nie wątpię w dobre intencje osób dających dobre rady, ale chory ma prawo nie słuchać, nie być bombardowanym argumentami, nie tłumaczyć się, dlaczego woli chemioterapię od zastrzyków z pokrzywy.

Osobną kategorią kontaktów są kontakty ze znajomymi i przełożonymi z pracy. Nie ma konieczności opowiadania o diagnozie czy metodach leczenia. Szefowie mają prawo pytać o przewidywany powrót ze zwolnienia, ale też muszą przyjąć do wiadomości, że nie wiadomo, kiedy to nastąpi. Jeżeli zdarzy się tak, że operacja będzie miała wpływ na możliwość wykonywania dotychczasowej pracy, to na pewno warto o tym porozmawiać z przełożonymi. Oczywiście nie w momencie planowania zabiegu, ale wtedy, gdy chory będzie już miał na to siły i psychiczne możliwości. Wydaje mi się, że łatwiej jest zainicjować taką rozmowę samemu w dobrym dla siebie momencie, niż wystawiać się na działanie przypadku i decyzji przełożonych. W wielu miejscach pracy jest w tej chwili gotowość do stwarzania warunków ochronnych dla powracających ze zwolnienia, np. bardziej elastyczne godziny pracy, zrozumienie dla konieczności brania dni wolnych na wizyty lekarskie. Zapewne bywa i tak, że jeżeli leczenie trwa wiele miesięcy, chory w dobrej remisji nie będzie mógł wrócić do swoich dawnych obowiązków. Sądzę, że w kontekstach zawodowych warto mówić rzetelnie o swoich możliwościach i ograniczeniach, które w miarę upływu czasu będą się zmieniać.

Najtrudniejszym rodzajem komunikacji z dalszymi znajomymi są tzw. ciekawscy, którzy pytają po to, by nasycić swoje potrzeby, dotyczące tego, co u kogo się dzieje, a choroba nowotworowa, obok wielkiego strachu, budzi też wielką ciekawość. Moim zdaniem nikt nie ma obowiązku odpowiadania na niewygodne dla siebie pytania – asertywność świetnie temu służy.

Komunikacja otwarta na mówienie o trudnych sprawach, szczerza w mówieniu o ograniczeniach, jednoznaczna wtedy, gdy chcemy postawić granice zapewnia większy spokój pacjentowi, a osobom z jego otoczenia daje poczucie bycia potrzebnym i bycia w realnym kontakcie z chorym.

Jak rozmawiać z dziećmi o chorobie i śmierci?

Aleksandra Gąsior

Wiadomość o chorobie jednego z członków rodziny zwykle jest czymś nagłym i niespodziewanym. Zdarzenie to powoduje zaburzenie dotychczasowej równowagi i w pewnym stopniu destabilizuje system rodzinny, w którym żyjemy. Niezależnie od tego, czy osobą chorującą jest dziecko, czy dorosły, doświadczenie choroby jest źródłem silnego stresu, wielu emocji, myśli i przekonań, które towarzyszą każdemu z członków rodziny, niezależnie od jego wieku. Jako dorośli zadajemy sobie wiele pytań, na które nie zawsze znajdujemy odpowiedź. Podobnie jest z najmłodszymi członkami rodziny. Rozmowa z dzieckiem na temat choroby, cierpienia i śmierci budzi u dorosłych duży niepokój. Pytania dzieci są często trudne, choć sformułowane w najprostszy sposób: Czy mama jest chora? Czy ona umrze? Ich bezpośredniość i nieprzewidywalność budzi w nas dorosłych strach, a delikatna struktura dziecka dodatkowo go potęguje.

Aby nieco zminimalizować lęk przed tymi trudnymi, ale tak bardzo niezbędnymi rozmowami, zachęcam do przeczytania „Dekalogu dla Dialogu”, który został stworzony w oparciu o potrzeby najmłodszych i moje doświadczenie zawodowe w pracy z dziećmi doświadczającymi choroby przewlekłej (swojej/ bliskiej im osoby) lub śmierci w rodzinie.

Od czego tu zacząć?

BEZPIECZEŃSTWO

Zanim rozpoczniesz rozmowę o tym, co trudne, zadбай o bezpieczną i spokojną przestrzeń oraz odpowiednią ilość czasu. Zwróć uwagę, by podczas takiej rozmowy nie było w niej pośpiechu. To niezwykle ważne. Pamiętaj także o tym, że jeśli w tej chwili sam/sama doświadczasz trudnych emocji lub po prostu nie czujesz się najlepiej, by poprowadzić dziś rozmowę, możesz poprosić o wsparcie drugą osobę (np. innego członka rodziny lub przyjaciela), z którą dziecko łączy bezpieczna relacja i z którą będzie czuło się komfortowo, rozmawiając o tym, co dla niego ważne.

AUTENTYCZNOŚĆ

Pozwól dziecku na autentyczność w nazywaniu i wyrażaniu swoich emocji. Nie zapominaj o tym, że trudne zachowania dziecka, szczególnie w wieku nastoletnim, nie są skierowane przeciwko Tobie, lecz są jego sposobem na poradzenie sobie z trudną sytuacją. W sytuacji doświadczenia choroby w rodzinie dziecku często towarzyszą takie stany i emocje, jak: lęk, smutek czy złość. Obserwując zachowania i reakcje emocjonalne dziecka, pytaj i zachęcaj je do rozmowy o tym, co czuje. Uznaj oraz nazywaj jego emocje i dopytaj o ich powód. Jednocześnie bądź autentyczny w swoim odczuwaniu. Jeśli sam/sama aktualnie czujesz

smutek (tak jak teraz dziecko), także możesz go nazwać i zaproponować dziecku, abyście teraz przez chwilę posmucili się razem. W ten sposób podkreślisz ważność emocji dziecka, dasz przestrzeń do wspólnego jej odczuwania i wyrażania oraz zniwelujesz poczucie osamotnienia i wzmocnisz Waszą relację. Nie zapominaj jednak o tym, że wspólna rozmowa ma służyć budowaniu wspólnej bliskości, ale przede wszystkim ma być bezpieczną przestrzenią dla przeżyć dziecka. Dlatego pamiętaj, aby w kontakcie z dzieckiem nadmiarowo nie przelewać swoich emocji.

OTWARTOŚĆ I CIERPLIWOŚĆ

Zwykle dla nas samych tematyka choroby i śmierci jest niezwykle trudna. Jako dorośli zadajemy sobie wiele pytań, na które nie zawsze znajdujemy satysfakcjonującą odpowiedź. Jednakże na tyle, na ile to możliwe, zapewnij dziecko o swojej otwartości i zachęcaj do zadawania pytań. Jako dorośli także je zadawaj – pytaj o to, co czuje Twoje dziecko lub co myśli o danej sytuacji, jak to rozumie? W ten sposób dowiesz się, jak dziecko postrzega i rozumie dane zagadnienie, a tym samym adekwatniej odpowiesz na jego aktualne potrzeby, uznając jego emocje i przemyślenia. Postaraj się pamiętać także o tym, by nie kreślić scenariuszy przyszłości, jeśli dziecko o nie pyta. Jednocześnie nie zapomnij o tym, aby szanować granice dziecka i podążać jego tempem. Zdarzają się bowiem sytuacje, w których mimo naszej otwartości na rozmowę dziecko na tę chwilę nie chce lub nie jest gotowe podjąć z nami dialogu. Wówczas uszanuj jego decyzję, nie naciskaj i pozwól na to, aby samo dyktowało tempo, co jakiś czas przypominając mu o swojej gotowości.

KOMUNIKATYWNOŚĆ

Dostosuj język do wieku i możliwości dziecka. To niezwykle ważne, by Twój sposób nazywania różnych sytuacji i zjawisk był dla dziecka zrozumiały. Świadomość powszechności i nieodwracalności choroby i śmierci kształtuje się około 9. roku życia. Mimo że dziecko w wieku wczesnoszkolnym pojmuje te zagadnienia w sposób zbliżony do tego, jak rozumie je dorośli, pamiętaj o tym, że Twoim rozmówcą nadal jest dziecko.

SZCZEROŚĆ

Naturalna jest potrzeba chronienia dziecka przed tym, co trudne i bolesne. Obawiamy się, że podejmując temat choroby lub śmierci, dziecko „nie zrozumie” lub „załamie się”. Pamiętaj jednak, że o wiele bardziej krzywdzące może być unikanie rozmowy. To my, dorośli, mamy w sobie egzystencjalny lęk dotyczący tajemnicy życia i śmierci, niewytłumaczalności sensu choroby i cierpienia. Nasza trudność w zrozumieniu, odnalezieniu sensu i uznaniu kruchości ludzkiego życia powoduje, że w kontakcie z dzieckiem stosujemy przemilczenia, półprawdy, drobne kłamstewka. A niekiedy zapewniamy je nawet o tym, że „wszystko będzie dobrze”. Pamiętajmy o tym, że najmlodszy członek rodziny są doskonałymi obserwatorami i mimo utrudnionej komunikacji sami interpretują widziane zdarzenia. Szczera rozmowa z dzieckiem wzmacnia w nim poczucie bycia ważnym, niweluje poczucie osamotnienia i niezrozumienia oraz usprawnia konstruowanie swoich interpretacji w oparciu o fakty, nie zaś o domysły.

UWAŻNOŚĆ

Monitoruj potrzeby i stan emocjonalny dziecka. Z czułością i uważnością towarzysz mu w jego drodze w kształtowaniu swojego świata, którego elementem jest także doświadczenie

choroby lub śmierci w rodzinie. Zachęcaj do dzielenia się jego emocjami, przeżyciami oraz przemyśleniami i z zaciekawieniem poznawaj jego świat, zarówno ten zewnętrzny, jak i wewnętrzny. Pozwól sobie i dziecku na bycie razem, nie tylko podczas zabawy, lecz także w trudnej rozmowie i trudnym czasie. W ten sposób wzmocnisz w nim poczucie bezpieczeństwa i poczucie, że nie mierzy się z trudnościami samodzielnie.

Bądź uważny nie tylko na potrzeby emocjonalne dziecka, lecz także te dotyczące innych sfer. Pamiętajmy o tym, że dzieci inaczej postrzegają perspektywę czasową. Zarówno dla dzieci, jak i niektórych nastolatków najważniejsza jest teraźniejszość i to, co jest tu i teraz. Przyszłość ma dla nich drugorzędne znaczenie. Dlatego tak ważne jest, by wykazać zrozumienie dla potrzeb i emocji dziecka, które (samo) doświadcza choroby i silnie się złości, ponieważ dziś miało uczestniczyć w klasowej wycieczce, na którą bardzo czekało, a tymczasem spędza ten czas w szpitalu, przyjmując kolejną chemię.

KOMUNIKACJA POZAWERBALNA

Niezwykle ważnym aspektem komunikacji jest przekaz pozawerbalny. Poza tym, jakich słów używamy, znaczenie ma również to, jaką przyjmujemy postawę ciała, mimikę, jakimi posługujemy się gestami etc. Siadając do rozmowy z dzieckiem, ważne jest, aby przybrać taką postawę, która pozwoli na nawiązanie „równorzędnego” kontaktu wzrokowego (np. w rozmowie z mniejszym dzieckiem możemy kucnąć lub usiąść na dywanie, tak aby wzrok dorosłego i dziecka były na tym samym poziomie).

Drugim ważnym aspektem jest spójność naszej mimiki z treścią, jaką dzieli się z nami dziecko i którą my kierujemy do niego (np. gdy dziecko mówi o swoim smutku, możemy wyrazić go na swojej twarzy – w ten sposób dajemy wyraz dla zrozumienia emocji dziecka i uczymy je wyrażania smutku przy pomocy swojego ciała).

Podczas rozmów z dzieckiem duże znaczenie ma także gestykulacja. To niezwykle narzędzie pomaga nam w budowaniu bliskości i daje dzieciom ukojenie, zwłaszcza po trudnej rozmowie (np. głaskanie dłoni dziecka lub jego przytulanie).

SPRAWCZOŚĆ I POCZUCIE KONTROLI

Niezależnie od wieku, w jakim jest dziecko, doświadczenie choroby w rodzinie budzi poczucie zagrożenia i utraty kontroli. Młodszym dzieciom, z uwagi na ich adekwatny do wieku rozwojowego egocentryzm, towarzyszyć może także poczucie winy i myśli pod tytułem: „Mama choruje przeze mnie”, „Gdybym była grzeczna, tatę nie rozbolełaby głowa i nie musiałby jechać do szpitala”. Gdy dziecko dzieli się z nami takimi przemyśleniami, warto jest poświęcić mu chwilę i zaprosić do wspólnej rozmowy. Zachęcajmy, by wyraziło swoje myśli i związane z nimi uczucia. Uznajmy je i nazwijmy, a następnie wyjaśnijmy, że choć rozumiemy punkt widzenia dziecka, to jednak jego zachowanie z całą pewnością nie jest przyczyną powstania choroby i że jest to coś, co zdarza się niezależnie od tego, jak ono postępuje.

Dzieci, podobnie jak dorośli, poszukują sposobów na odzyskanie kontroli w sytuacji, w której czują się zagrożone. Zależnie od wieku i indywidualnych cech dziecięcej osobowości dzieci z większym lub mniejszym natężeniem chcą angażować się w proces zdrowienia osoby dotkniętej chorobą, oferując swoją pomoc. Włączając najmłodszych członków systemu rodzinnego w ten proces, oswajamy ich z tematyką choroby, pomagamy im odbudować poczucie kontroli i wzmacniamy poczucie własnej wartości i bycia ważnym. Należy jednak pamiętać, by nie narzucać dziecku obowiązków związanych z tzw. opieką nad chorym i nie angażować go w proces zdrowienia w nadmierny sposób. Aby znaleźć odpowiedź na

pytanie „jak to zrobić?” – warto obserwować i pytać dziecko, czy chciałoby w czymś pomóc (np. podać mamie szklankę wody do popicia leków) i niezależnie od jego odpowiedzi uszanować wybór, jakiego dokonało.

CODZIENNOŚĆ

Życie rodziny, w której pojawiła się choroba, często koncentruje się na osobie chorego, zwłaszcza na początkowym etapie. Centralnymi aspektami stają się codzienna pielęgnacja, leczenie, rehabilitacja oraz inne oddziaływania mające na celu powrót do zdrowia osoby doświadczającej choroby. Pamiętajmy o tym, że aby zadbać o bliską Ci osobę, należy również zadbać o swój dobrostan psychiczny. Zarówno osoba dorosła, jak i dziecko potrzebują doświadczać zwykłej codzienności, wytchnienia i radości. Pozwól zatem, by życie najmłodszych członków rodziny, którzy tak intensywnie przeżywają tę trudną dla nich sytuację, obfitowało w jak najwięcej ich zwyczajnej codzienności i radości. Zachęcaj dziecko, by nadal spotykało się z przyjaciółmi i aby spędzało czas na aktywnościach, które lubi i które sprawiają mu przyjemność. Pytaj, proponuj i zachęcaj do tego, by spędzić ten czas razem, np. grając w ulubioną grę planszową czy wychodząc wspólnie na lody. Staraj się nie oceniać i nie umniejszać jego potrzebom. W ten sposób wzmocnisz w dziecku poczucie normalności i zniwelujesz poczucie winy, którego mogłoby doświadczyć.

WSPARCIE

Jako dorośli dysponujemy różnorodnymi strategiami i zasobami, które pomagają nam w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami, jakich doświadczamy w życiu. Jednym z nich jest także sieć wsparcia, czyli zbiór osób, do których możemy zwrócić się o pomoc. Zarówno strategie, zasoby, jak i sieć wsparcia kształtujemy i modyfikujemy w sobie na przestrzeni czasu. Nie inaczej jest z dziećmi. Zwykle im starsze jest dziecko, tym szerszy jest jego krąg osób, do których może zwrócić się o pomoc. Autorytetami i osobami, które są pomocne małemu dziecku i dzieciom w wieku przedszkolnym, są głównie rodzice lub starsze rodzeństwo. W wieku wczesnoszkolnym i nastoletnim krąg ten poszerza się o grupę rówieśniczą oraz wybranych nauczycieli. Starsi zaś adolescenti i młodzi dorośli włączają w swoją sieć partnerki/partnerów, inne bliskie im osoby lub profesjonalistów. Doświadczenie choroby lub śmierci w rodzinie jest niezwykle trudnym doświadczeniem dla dziecka w każdym wieku. Uczestnicząc w jego życiu i poznając świat zewnętrzny i wewnętrzny, możemy zaobserwować, jakie są jego zasoby i jakim systemem wsparcia dysponuje. Prowadząc rozmowy z dzieckiem w oparciu o powyższe wskazania, z dużym prawdopodobieństwem nasze dziecko będzie czuło się przez nas zaopiekowane. Nie zapominajmy jednak, że nie musimy być jedynym powiernikiem jego przeżyć i przemyśleń. Dlatego pozwólmy dziecku, aby korzystało także ze wsparcia innych osób, w taki sposób, w jaki tego aktualnie potrzebuje. Pamiętajmy także o tym, że może również skorzystać z pomocy profesjonalisty, tj. psychologa dziecięcego lub psychoonkologa.

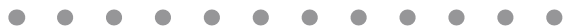
* * *

Powyższy rozdział nie wyczerpuje tematyki dotyczącej komunikacji z dzieckiem. Jest jednak zbiorem najważniejszych wskazówek, które mogą być pomocne w zrozumieniu sposobu funkcjonowania dzieci w rodzinie dotkniętej chorobą oraz w prowadzeniu rozmowy na temat choroby i śmierci. Jednocześnie należy pamiętać o tym, by uwzględniając wiek dziecka, do każdej z takich rozmów podejść w sposób zindywidualizowany i dopasowany do potrzeb

małego/młodego człowieka. Niech refleksją, na zakończenie tego rozdziału będzie myśl Roberta Braulta: „Dziecko rzadko potrzebuje dobrego mówcy, częściej dobrego słuchacza”.

Poniżej zamieszczam propozycje bajek terapeutycznych o tematyce choroby, umierania i żałoby, które mogą być pomocne w prowadzeniu rozmowy z dzieckiem:

- dla najmłodszych:
Benji Davies, *Cudowna wyspa dziadka* (od 3. roku życia);
- dla dzieci w wieku przedszkolnym:
Oliver Jeffers, *Serce w butelce*;
Justyna Bednarek, *Pan Stanisław odlatuje*;
Isabel Minós Martins, *Dokąd idziemy, kiedy znikamy*;
Ulf Nilsson, *Żegnaj Panie Muffinie*;
Ewa Zawisza-Wilk, *Plasterki na tęsknotę*;
Pimm von Hest, *Wszędzie i we wszystkim*;
Ulf Stark, *Czy umiesz gwizdać Joanno?*;
- dla dzieci w wieku szkolnym:
Michael Rosen, *Książka o smutku*;
Jane Chapman, *Żegnaj niedźwiadku*;
Monika Kamińska, *Tajemnice niebieskich drzwi*;
Håkon Ørreås, *Brune*;
Angela Nauetti, *Mój dziadek był drzewem czereśniowym*;
- pozycja polecana dla dorosłych:
Joanna M. Chmielewska, *Bajki bez barier*, część XX, *Karmelka*.



7

ZADBAJ O WZMOCNIENIE

WŁASNYCH ZASOBÓW

I SIŁ PSYCHICZNYCH

Krystyna de Walden-Gałuszko

.....

*W życiu nie ma rozwiązań. Jest tylko działanie sił.
Siły trzeba umieć stworzyć, a rozwiązanie przyjdzie samo.*

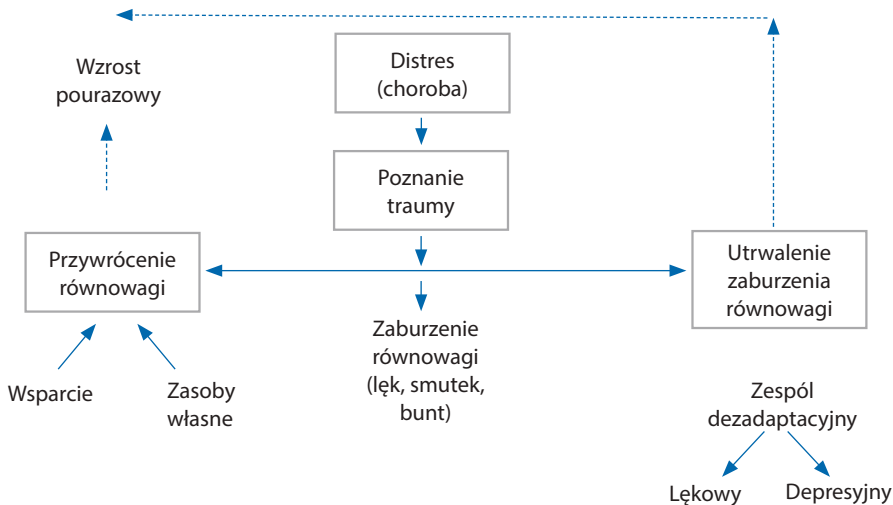
Antoine de Saint-Exupéry

.....

Nigdy nie unikniemy stresu, bo stres to są różne wyzwania, które pojawiają się przed nami w ciągu życia i wymagają naszej mobilizacji.

Decyzje o porannym wstawaniu z łóżka, przygotowaniu śniadania, pójściu do pracy – wszystkie wymagają mobilizacji i są stresem mieszczącym się jednak w granicach naszych zwykłych możliwości. Mówimy, że jest to tzw. stres dobry: eustres, uruchamiający i podtrzymujący w nas pozytywną energię. W życiu każdego człowieka pojawiają się też czasami sytuacje trudne, ograniczające możliwości samodzielnego poradzenia sobie z nimi. Do takich należy np. zachorowanie na raka, kolejny etap leczenia, a czasem problemy pojawiające się po zwycięzeniu choroby.

Jak sobie wówczas poradzić z tym zbyt dużym stresem, określanym jako distres? Na początku trzeba jasno powiedzieć, że wszelkie rady i propozycje przywrócenia sobie równowagi psychicznej zakłóconej przez distres będą skuteczne wtedy, gdy potraktujemy je poważnie i cierpliwie oraz konsekwentnie będziemy je wprowadzać do codziennej praktyki. Poza tym warto poznać pewną najbardziej ogólną zasadę, która tłumaczy mechanizm powstawania naszych reakcji na różne traumatyczne wydarzenia – patrz rycina 4.1.



Rycina 4.1. Mechanizmy powstawania reakcji na traumatyczne wydarzenia.

Rycina 4.1 tłumaczy różnorodność reakcji poszczególnych osób na to samo wydarzenie. W odpowiedzi na uświadomienie sobie zaistnienia traumy pojawiają się negatywne emocje (lęk, bunt, rozpacz) świadczące o zakłóceniu równowagi psychicznej. Człowiek czuje się z tym źle, dlatego próbuje sam uspokoić się, zmniejszając nasilenie przykrych emocji. Sięga wówczas po własne zasoby, które pomagają mu w przezwycięzeniu efektów distresu. Posiadane zasoby pozwalają nie tylko przywrócić sobie zachwianą równowagę (stan sprzed traumy),

lecz także czasami człowiek może je wykorzystać do tego, aby traumatyczne wydarzenie przyczyniło się do osiągnięcia wyższego poziomu funkcjonowania psychicznego, który nazywamy **wzrostem potraumatycznym** (pourazowym). W szczególnie sprzyjających okolicznościach wzrost taki może pojawić się także w następstwie przerobienia przeżywanego zespołu dezadaptacyjnego, choć dzieje się tak raczej rzadko.

Zasoby stanowią częściowo wrodzone wyposażenie człowieka – u jednych bogatsze, u innych słabiej rozwinięte. Zasoby te w ciągu życia albo są rozwijane, stanowiąc bogactwo człowieka i zabezpieczając go przed załamaniem, albo w sytuacji zaniedbania ich rozwoju czynią człowieka bezbronny wobec nowych zawirowań życiowych.

Spośród wielu zasobów, które okazują się szczególnie przydatne dla osób stykających się z chorobą nowotworową lub z problemami pojawiającymi się po jej szczęśliwym zakończeniu, należy wymienić optymizm, nadzieję, poczucie kontroli i własnej skuteczności, odwagę i dzielność, ciekawość i kreatywność, a także poczucie humoru i duchowość.

Rycina 4.1 ujawnia także odmienne możliwości przebiegu reakcji na distres. Niedostateczne zasoby własne, brak wsparcia i różne inne niekorzystne okoliczności mogą utrwalić zaburzenia równowagi ujawniające się w formie zespołów dezadaptacyjnych (depresji, lęku). O nich będzie można przeczytać w następnym rozdziale.

Optymizm i pesymizm

Piękno jest w oku tego, który patrzy.

Oscar Wilde

Napisałam wcześniej, że to, jak reagujemy na określoną sytuację i jak się zachowujemy, zależy przede wszystkim od tego, jak o niej **myślimy**.

W każdym z nas znajduje się wewnętrzny tłumacz, z którym przez cały czas prowadzimy rozmowy, który „podpowiada” nam sposób widzenia różnych zdarzeń, zarówno ważnych, jak i zupełnie zwykłych, codziennych. Właśnie od tego tłumaczenia sytuacji zależy, czy zaliczymy się do grona pesymistów, czy optymistów. Pamiętajmy przy tym, że bardzo rzadko mamy do czynienia z przedstawicielami „czystej opcji” – zwykle jesteśmy mieszanką z przewagą tendencji pesymistycznej bądź optymistycznej.

W zetknięciu się z każdą życiową sytuacją automatycznie zaczynamy ją oceniać. Oceny te dotyczą m.in. czasu – w terażniejszości optymiści w przeciwieństwie do pesymistów skłonni są docenić głównie strony pozytywne, sięgając do przeszłości, pomniejszając to, co było złe lub przykre, spodziewając się także od przyszłości zdarzeń pomyślnych. Są bardziej niż pesymiści skłonni do dostrzegania dobra w ludziach i w świecie, a znajdując się w trudnej sytuacji, mówią sobie często, że ta nie będzie trwała długo, że zawsze można znaleźć jakieś rozwiązanie, trzeba go tylko poszukać. Takie nastawienie sprawia, że optymiści mniej stresują się np. faktem choroby i lepiej zazwyczaj sobie z nią radzą, wierząc w pomyślny przebieg.

Pesymiści częściej uciekają od problemu, przyjmując postawę bierną, fatalistycznie zdają się na innych i nie podejmują aktywnej współpracy z lekarzem, częściej też znieczulają się alkoholem lub nadmierną ilością środków uspokajających.

Należałoby zastanowić się, czy optywizm jest zawsze lepszy od pesymizmu?

Zdarza się czasami, że optywista zaczyna oceniać sytuację mało realistycznie, co może okazać się groźne, np. przez lekceważenie niebezpieczeństwa: „nie zgłaszam się na badanie, bo wierzę, że nic złego nie może mnie spotkać”. Bywa też, że w sytuacji choroby optywista zaczyna zaklinać rzeczywistość: „to leczenie musi się udać, nie wyobrażam sobie, żeby mogło być inaczej”. Warto wtedy osłabić moc takiego myślenia, wprowadzając szczyptę tzw. pesymizmu ochronnego: „wiemy, że to leczenie pomoże, ale gdyby okazało się nie w pełni skuteczne, trzeba pomyśleć o rozwiązaniu alternatywnym”. Mała dawka pesymizmu może zaoszczędzić bolesnego rozczarowania i uodpornić na ewentualne niepowodzenie.

Porównując obie postawy, należy jednak przyjąć, że generalnie optymiści są szczęśliwsi i lepiej radzą sobie z życiem. Wobec tego jawi się kolejne pytanie – czy można zmienić pesymistę w optymistę? Odpowiedź nie jest prosta. Przede wszystkim zależy od tego, czy pesymista chce takiej zmiany.

Pesymizm i optywizm to względnie trwałe cechy osobowości, częściowo wrodzone, a częściowo nabyte w ciągu życia (duży wpływ rodziców i okresu dzieciństwa). Dokonanie zmiany funkcjonowania wewnętrznego tłumacza wymaga pewnego wysiłku, czasu i konsekwencji! Najlepiej zabierać się za to, korzystając z pomocy specjalisty. Szczególnie korzystną w tym zakresie jest psychoterapia poznawczo-behawioralna (ang. cognitive behavioral

therapy, CBT). Leczenie tego rodzaju zaleca się „zdeklarowanym pesymistom”, którzy z tego powodu źle sobie radzą z życiem. Częściej jednak pesymistyczne nastawienie przeszkadza osobom należącym do typu pośredniego i wtedy warto im polecić „terapię własną”⁸. Jest ona szczególnie wskazana w pewnych specyficznych sytuacjach, np. wtedy gdy:

- trudna aktualna sytuacja życiowa będzie trwała dłużej i wiąże się z zagrożeniem zdrowia;
- w przeważającej części dnia odczuwamy przygnębienie, ogólnie złe samopoczucie;
- planujemy osiągnięcie czegoś trudnego, stajemy przed nowymi wyzwaniami (np. zmiana zawodu).

Praktyczne ćwiczenia zmierzające do powiększenia optymizmu sprowadzają się do trzech grup działań:

- zmiany sposobu interpretacji trudnej sytuacji;
- ucieczki od pesymistycznych myśli związanych z trudną sytuacją;
- próby zrealizowania sposobów zmiany sytuacji.

Metoda zmiany interpretacji zmierza do wyuczenia naszego wewnętrznego tłumacza nowego sposobu wyjaśniania konkretnej sytuacji. Metoda ta opiera się na tzw. modelu ABC znanego psychologa Alberta Ellisa, który w klarowny sposób wyjaśnia zależności między naszymi reakcjami uczuciowymi a wydarzeniami, które nas spotykają. Dla naszych rozważań przyjmujemy, że są to wydarzenia niekorzystne, na które reagujemy w niekorzystny dla nas (pesymistyczny) sposób.

Wyobraźmy sobie, że podjęłam decyzję odchudzenia. Po 2 tygodniach ścisłego przestrzegania diety zdarzył się **Fakt (A)**: zrezygnowałam z diety, zjadając pół semika znajdującego się w lodówce. **Interpretacja wewnętrznego tłumacza (B)**: Katastrofa. Jestem wstrętnym obżartuchem, nie umiem niczego doprowadzić do końca. **Reakcja uczuciowa (C)**: Jestem na siebie zła, jednocześnie odczuwam smutek i poczucie wstydu. Przekonania wyrażone w punkcie B mają tendencję do powtarzania się, towarzyszą mi natrętnie w ciągu dnia, podtrzymując przykry nastrój i podpowiadając rezygnację z całego przedsięwzięcia, bo i tak nic z tego nie będzie, nie potrafię stracić tych kilogramów.

Powyższy przykład pokazuje wyraźnie, że przykre reakcje uczuciowe skłaniają do rezygnacji z przyjętego celu, ale nie wynikają z samego faktu wpadki w procesie odchudzenia, ale zależą od jego interpretacji przez wewnętrznego tłumacza.

Podejmując zatem próbę przemiany, na początek musimy zdystansować się wobec własnych przekonań – to są nasze myśli, a nie fakty, dlatego mogą być mylne i dlatego możemy je zmienić. Kolejnym krokiem jest sprawdzenie, czy nasza interpretacja konkretnego wydarzenia jest prawdziwa, oparta na faktach.

Czy przekonanie „jestem wstrętnym obżartuchem, nie umiem niczego doprowadzić do końca” jest prawdziwa? Nie, gdyż jest uogólnieniem bazującym na jednym potknięciu – fakt, że przez 2 tygodnie mogłam wytrzymać na diecie, przeczy zarówno opinii, że jestem obżartuchem, jak i przekonaniu, że nie potrafię zrealizować swojego celu.

Taki sposób dystansowania się ze swoim wewnętrznym tłumaczem, jeśli będzie prowadzony konsekwentnie i dostatecznie długo w każdej trudnej sytuacji, pozwoli stopniowo na przemianę wcześniejszego sposobu myślenia.

⁸ Przy przygotowaniu metod przemiany sposobu interpretacji zdarzeń niekorzystnych korzystałam z książki M. Seligmiana, *Optymizmu można się nauczyć*. Media Rodzina, Poznań 1990.

Dodatkową metodą wzmacniającą naszą motywację nad zmianą funkcjonowania wewnętrznego tłumacza jest uwzględnienie kryterium przydatności. Dotyczy to zwłaszcza przypadku, gdy wypowiedane przez nas pesymistyczne przekonania mogą mieć bardzo niekorzystne następstwa praktyczne. Przykładowo powracające wciąż myśli, że jestem słaba, nie potrafię niczego doprowadzić do końca, mogą skutkować decyzją zarzucenia programu odchudzania, bo i tak się nie uda.

Może się zdarzyć, że zwłaszcza na początku nasilenie i częstość pesymistycznego myślenia są bardzo duże i towarzyszą im głęboki smutek i niewiara w siebie – wówczas lepiej zacząć od metody ucieczki od pesymistycznych myśli i dopiero po uspokojeniu się przejść do dyskusji z wewnętrznym tłumaczem. Metoda ta polega na odwracaniu uwagi od tematu smutnych myśli. Można realizować ją, podejmując różne czynności, które lubimy i które ograniczają naszą uwagę. Czasem to się udaje, czasem nie. Wtedy można np. wziąć jakiś zwyczajny przedmiot (pudełko, jabłko) do ręki, badać go, dokładnie mu się przyglądać, uruchamiając wszystkie możliwe zmysły (dotyku, węchu, smaku, sprawdzić, jaki wydaje dźwięk podczas stukania itp.). Innym razem można odsunąć przykre myśli, wypowiadając głośno (lub cicho): „Stop! Pomyśl o tym o godzinie X”. Można także zapisywać wewnętrzne pesymistyczne myśli wraz z wyznaczeniem odroczonego terminu (godzina X) ich przemyślenia.

Kolejną metodą wyjścia z kręgu jałowych pesymistycznych myśli jest zastanowienie się, czy i ewentualnie jak można zmienić sytuację, która była zdarzeniem niekorzystnym. W omawianym przypadku byłoby to zastanowienie się, jak zapobiec wpadce ulegania pokusie zjedzenia czegoś słodkiego (np. usunąć z domu zapasy słodczy, przygotować dopuszczalne namiastki itp.).

Na koniec ważna uwaga – każdy człowiek musi sam decydować o swojej postawie. Nie-dopuszczalne jest nakłanianie kogokolwiek do zmiany w tym zakresie. Rady typu „musisz myśleć pozytywnie – od tego zależy przebieg Twojej choroby” przynoszą zwykle więcej szkody niż pożytku. Puczany człowiek może się tylko zdenerwować albo, co gorsze, możemy wytworzyć w nim poczucie winy w sytuacji, gdy choroba postępuje, a on nie ma w sobie dość siły, by zmienić sposób myślenia.

Poza tym trzeba pamiętać, że opcje pesymizm i optymizm nie są sobie w pełni przeciwstawne. One są dwoma aspektami jednego problemu. Psycholodzy mówią, że najkorzystniejsza jest proporcja $\frac{2}{3}$ optymizmu i $\frac{1}{3}$ pesymizmu – tego się trzymajmy.

O nadziei

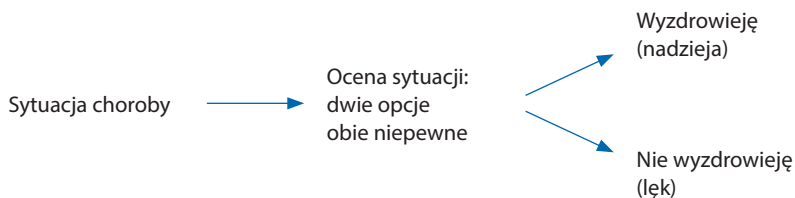
*Nadzieja to takie coś z piórami co przysiada
na naszej duszy i śpiewa. I nigdy nie przestaje. Nigdy.*

Emily Dickinson

Na temat nadziei napisano całe tomy, ale też najczęściej w nich sprzeczności i fałszywych opinii. Najczęściej nadzieja jest mylona z optymizmem, tymczasem, mimo podobieństw, wiele ją od niego odróżnia. Czym zatem jest nadzieja i jak powstaje?

Można z pewnym prawdopodobieństwem powiedzieć, że nadzieja jest optymizmem ulokowanym w ważnym, konkretnym wydarzeniu; że jest oczekiwaniem spełnienia ważnego, upragnionego celu (np. nadzieja na wyzdrowienie). Trzeba ją odróżnić od oczekiwania na spełnienie celu niezbyt ważnego, które nazywamy spodziewaniem się (np. podwyżki).

Nadzieja powstaje w sytuacji niepewności. Mechanizm jej powstawania przedstawiono na rycinie 4.2.



Rycina 4.2. Mechanizm powstawania nadziei.

Przyjmijmy, że dwóch ludzi ujawnia u siebie guz. Optymista powie: „pójdę do lekarza, ale to na pewno nic groźnego”. Pesymista powie: „to na pewno rak”. Po uzyskaniu rozpoznania nowotworu i zaleceniu terapii u optymisty pojawi się nadzieja, wyrażona przez deklarację „mam siły do walki z chorobą, będę ściśle współpracował z lekarzem, na pewno się uda”. W tej deklaracji są: wiara w osiągnięcie celu oraz przeświadczenie o własnej sile i skuteczność działania: „wiem, jak to zrobić, będę postępować zgodnie z zaleceniami lekarza, zastosuję dietę itp.”. Pesymista w podobnej sytuacji powie: „nie mam siły do walki z chorobą, nie mam wpływu na jej przebieg, wiem, że to nieuleczalna choroba i nie ma na to rady, na pewno umrę, jestem wiecznym pechowcem”. W tym oświadczeniu widzimy brak wiary w osiągnięcie celu oraz przekonanie o własnej bezradności, pojawia się też uogólnienie „jestem wiecznym pechowcem”, czyli „nie mogę oczekiwać niczego dobrego w przyszłości”. Taka postawa określana jest jako „bezradność, beznadziejność” lub „wyuczony model bezradności” i kształtuje się w ciągu życia przez niewłaściwe reagowanie na pojawiające się niekorzystne zdarzenia.

W rozważaniach o nadziei musimy brać pod uwagę dwa jej rodzaje: nadzieja „ku” i nadzieja „od”. W pierwszym przypadku nadzieja jest oczekiwaniem uzyskania konkretnego dobra. Chory z rozpoznaniem raka ma nadzieję „ku” – wierzy, że się wyleczy. Z kolei

w przypadku nadziei „od” pojawia się przeświadczenie, że „zło” zostanie oddalone, np. chory cierpiący na silny ból po podaniu środka przeciwbólowego myśli: „ten lek mi na pewno pomoże – ból odejdzie”. Gdyby natomiast pomyślał: „wątpię, czy on mi pomoże, a do tego jeszcze te objawy uboczne”, wówczas nadzieja się nie pojawia i można z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że reakcją pacjenta będzie przygnębienie podbarwione lękiem.

Nadzieja jest niezwykle siłą, pozwalającą przetrwać największe trudności. Stąd jest ogromna rola w różnych poważnych, traumatycznych sytuacjach, których rozwiązanie jest niepewne.

Wiele wyników badań wskazuje jednoznacznie na ogromny pozytywny wpływ nadziei na stan fizyczny i psychiczny człowieka. Poprawia ona jakość życia, motywuje do prozdrowotnych zachowań, a jednocześnie sprawia, że ludzie cierpiący na różne dolegliwości, znoszą je znacznie lepiej niż chorzy pozbawieni nadziei.

Wiadomo także, że osoby prezentujące w trudnych sytuacjach postawę tzw. hopeless and helpless (beznadziejność, bezradność) potrzebują pilnie wsparcia psychicznego ze względu na duże ryzyko kompletnego załamania w wyniku nieprzystosowania do sytuacji. Takie skrajne wypadki zdarzają się na szczęście rzadko.

Czasami nadzieja staje się szkodliwa. Dotyczy to tzw. nadziei fałszywej, która pojawia się wówczas, gdy człowiek odczuwa silny lęk. Przykładowo chory ze strachu nie chce podjąć agresywnego leczenia onkologicznego, a swoją nadzieję na wyzdrowienie lokuje w tzw. medycynie niekonwencjonalnej.

Nadzieja jest tak wielką siłą psychiczną, że uruchamia się w trudnych zdarzeniach niemal automatycznie. Dotyczy to zwłaszcza optymistów oraz osób, które prezentują w miarę zrównoważony typ proporcji cech optymizmu i pesymizmu. Bardzo trudno powstaje u głębokich pesymistów. Czy można wobec tego wypracować w sobie postawę nadziei?

Z samej definicji nadziei wynika, że bezpośrednio nie można. Jest to bowiem swoista reakcja poznawczo-emocjonalna na konkretną trudną i niepewną sytuację, a takich w naszym życiu jest bardzo wiele, i to rozmaitych. Można natomiast wypracować pewne predyspozycje do reagowania nadzieją na prawdopodobieństwo osiągnięcia upragnionego celu. Można to osiągnąć przez zmianę nastawienia do niekorzystnych zdarzeń oraz umocnienie siebie w procesie sprawowania kontroli nad sytuacją.

Poczucie kontroli – poczucie skuteczności

*Życie nie jest przewiązane kokardą, ale jest wspinałym prezentem.
Nie chcę być wolnym słuchaczem... będę stawiać czoło w pozycji pionowej.*

Regina Brett

Czym jest poczucie kontroli? Przypomnijmy sobie jakąś sytuację, w której odczuwaliśmy ból. Większość z nas próbuje różnych metod, aby sobie ulżyć – dobieramy odpowiednią pozycję, masujemy bolące miejsce, ochładzamy, ogrzewamy itp. Przeważnie czujemy się lepiej, kiedy coś możemy z tym zrobić. Najgorzej znosimy sytuację pełnego unieruchomienia, w której nic od nas nie zależy. To samo dotyczy aktywności psychicznej i relacji z ludźmi. Z natury rzeczy wrodzoną potrzebą jest sprawowanie kontroli nad sobą i otoczeniem. Najprościej można określić poczucie kontroli jako przeświadczenie, że nasz los, życie lub pojedyncze wydarzenie zależą od naszej własnej aktywności i decyzji.

Mimo że poczucie kontroli jest cechą wpisaną w naturę człowieka, różni ludzie posiadają ją w różnym stopniu. Dobrze rozwinięte poczucie kontroli wpływa bardzo pozytywnie na różne aspekty życia. Ludzie z silnie wyrażonym poczuciem kontroli mniej stresują się niekorzystnymi wydarzeniami, bo wiedzą, że sobie z nimi poradzą. Z zaangażowaniem podchodzą do rozwiązania problemów, dlatego łatwiej przystosowują się do zmienionych, nawet niekorzystnie, warunków. Bardziej konsekwentnie realizują też działania prozdrowotne (zmiana diety, ćwiczenia fizyczne, rezygnacja z używek) i szybciej podejmują decyzję o rozpoczęciu leczenia. Takie nastawienie sprzyja utrzymywaniu dobrostanu – ludzie czują się lepiej i są bardziej zadowoleni z życia.

Poczucie kontroli oznacza przeświadczenie, że sprawujemy kontrolę nad życiem, sobą i otoczeniem. Bardziej szczegółowo psycholodzy opisują je jako cechę psychiczną, która składa się z dwóch elementów:

- umiejscowienia poczucia kontroli;
- poczucia własnej skuteczności.

Umiejscowienie poczucia kontroli oznacza, że wybieramy jakieś miejsce najbardziej odpowiadające naszemu przekonaniu na linii między dwoma biegunami (ryc. 4.3).



Rycina 4.3. Ocena poczucia kontroli (szczegóły w tekście).

Osoby zakreślające na linii miejsce bliżej bieguna zewnętrznego wyrażają przekonanie, że ich los, życie i różne wydarzenia, w których uczestniczą, są przede wszystkim spowodowane przez czynniki zewnętrzne (los, innych ludzi, przypadek itp.). Ich właściwy wpływ na wszystkie te sprawy jest minimalny. Osoby bliższe biegunowi wewnętrznemu widzą

natomiast siebie jako przyczynę sprawczą wielu zdarzeń, mając poczucie odpowiedzialności za swój los – wiedzą, że bieg ich życia w dużym stopniu zależy od nich.

Nie trudno zgadnąć, że osoby z wewnętrznym poczuciem kontroli łatwiej i lepiej radzą sobie z życiem, z jednym wszakże wyjątkiem – w sytuacji traumatycznej, której już nie można zaradzić, w przypadku np. nieuleczalnej choroby własnej lub osoby bliskiej, akceptacja tego stanu rzeczy przebiega u nich trudniej i bardziej dramatycznie.

Poza umiejscowieniem poczucia kontroli drugim elementem składowym tego pojęcia jest poczucie własnej skuteczności. Można je opisać jako przekonanie, że możemy uzyskać to, czego chcemy (nasz upragniony cel), dzięki własnej aktywności, a także że potrafimy sami, bez pomocy, poradzić sobie ze swoimi problemami. Osoba z wysokim poczuciem własnej skuteczności w obliczu problemów powie: „wiem, co trzeba zrobić, żeby poradzić sobie z tą trudną sytuacją”. Taka osoba nie tylko zdaje sobie sprawę z posiadania różnych kompetencji, lecz wie także, w jaki sposób te kompetencje zorganizować i wykonywać.

Wysokie poczucie skuteczności jest składową poczucia kontroli, która w największym stopniu przyczynia się do dobrego przystosowania do życia i pełnego jego wykorzystania.

Zatem postawmy sobie pytanie: co zrobić, aby wzmocnić w sobie poczucie kontroli? Przeświadczenie o własnej możliwości wpływania skutecznie na swoje życie i bieżące wydarzenia opiera się m.in. na samoobserwacji i przeżywanych doświadczeniach. Bazując na tym, najprostsze formy zwiększenia poczucia kontroli wymieniono poniżej:

- Stawianie sobie wyzwań – angażowanie się w sytuacje wymagające wykorzystania pomysłów, energii i „konsumowanie” uzyskanych sukcesów.
- Doświadczenie zastępcze – metody z wykorzystaniem filmów, uczestnictwa w seansach lub psychodramach, w których znane osoby rozwiązują efektywnie swoje problemy, przewyżczając lęk, przystosowują się do trudności, co stanowi praktyczny wzór do naśladowania. Przykładem takiej pomocy są ochotniczki ze stowarzyszenia Amazonki, które dzieląc się swoim doświadczeniem z kobietami czekającymi na operację raka piersi, tworzą specyficzne i bardzo skuteczne doświadczenia zastępcze. Takich doświadczeń można szukać też u znajomych lub przyjaciół, którzy poradzili sobie z problemem.
- Doświadczenie wyobraźni – mając w perspektywie jakąś trudną sytuację, przedstawiamy ją sobie w miarę dokładnie, wyobrażając siebie jako osobę odważną, zdecydowaną gotową na przyjęcie wyzwania. Czasem można przygotować sobie na zapas konkretny scenariusz zachowań lub reakcji, z których można będzie w przyszłości skorzystać (dość skuteczna metoda dla osób nieśmiałych).
- Perswazja werbalna – osoby, które chętnie korzystają z pomocy innych osób (bliskich lub profesjonalistów) uzyskują korzyść z rozmowy, w której ich rozmówcy podkreślają określone walory i zapewniają, że wierzą w ich możliwości.
- Troska o stan emocjonalny i fizyczny – istnieje niewątpliwy związek między silnym poczuciem kontroli a korzystnym stanem emocjonalnym i fizycznym. Troska o dobrostan fizyczny i psychiczny przyczynia się więc pośrednio do zachowania lub umocnienia poczucia kontroli. Działanie to zaznacza się także w odwrotnym kierunku.

W życiu nierzadko występują zdarzenia, które stawiają nasze poczucie kontroli pod dużym znakiem zapytania. Są to sytuacje, w których z przyczyn obiektywnych nie ma szans na realizację założonego celu. Musimy sobie wówczas odpowiedzieć na kolejne pytanie: co można zrobić, żeby zachować w sobie poczucie kontroli?

W sytuacji zagrożenia poczucia kontroli istnieją trzy zasadnicze strategie, którymi posługują się ludzie, gdy osiągnięcie celu okazuje się niemożliwe:

- Zmiana celu i zastąpienie go celem możliwym w danych warunkach do osiągnięcia.
- Stworzenie sobie nowej drogi do realizacji sprawowania kontroli. Przykładowo w sytuacji przewlekłej choroby kontrolować jej przebieg, zbierając informacje o możliwości uzupełniania zaleceń medycznych o konkretne sposoby żywienia czy aktywność fizyczną, a potem wcielić je w życie.
- Wypracowanie akceptacji nawet niekorzystnych zmian (strategia wykorzystywana przy braku możliwości realizacji opisanych powyżej), oznaczające m.in. próbę znalezienia ich sensu, próbę odkrycia korzyści z doznanej utraty i podjęcia nowych aktywności nastawionych na nowe zadania.

Odwaga i dzielność

*Życie jest jak tor wyścigowy.
Zakręty nadają mu znaczenia.*

Regina Brett

Temat odwagi jest obecnie dość niewygodny. W powszechnym modelu kulturowym mieści się bowiem opis życia, które powinno być łatwe, a wszelkie cierpienia i niedogodności z czasem, wraz z postępem wiedzy i techniki zostaną usunięte. W takim opisie pojęcia dzielności i odwagi nie znajdują zastosowania. Tymczasem nic nie wskazuje na realność takiego punktu widzenia. Nie da się wyeliminować całkowicie z życia trudności ani cierpienia. Sama akceptacja tego faktu, a zarazem konsekwencje z niej płynące, już wymagają odwagi. Czym zatem jest odwaga? Można ją określić jako wewnętrzną siłę ukierunkowaną na osiągnięcie celu wbrew zewnętrznym i wewnętrznym barierom, albo prościej – jako siłę pozwalającą przezwyciężyć instynkt strachu przez inny, silniejszy bodziec płynący np. z miłości, honoru, religii, a także z poczucia odpowiedzialności.

Można wymienić różne rodzaje odwagi:

- fizyczną – przezwyciężenie strachu wywołanego napaścią, wypadkiem itp.;
- moralną – przejawiającą się wiernością zasadom moralnym, prezentowaną w obliczu społecznego sprzeciwu;
- psychologiczną – obserwowaną u osób zmagających się z niekorzystnymi sytuacjami, np. chorobą czy niepełnosprawnością.

Przyjrzyjmy się bliżej tej ostatniej. Dotyczy ona m.in. osób stających bezpośrednio przed ryzykiem obiektywnym, np. rozpoznaniem choroby lub koniecznością dokonania radykalnych zmian (np. zawodu) po chorobie. W takiej sytuacji możemy prześledzić kolejne etapy odważnego zachowania:

- spokojne przyjęcie do wiadomości wydarzenia, dostrzeżenie zawartego w nim ryzyka;
- świadomy namysł będący oceną zysków i strat („co osiągnę lub co mogę stracić, jeśli podejmę ryzyko lub z niego zrezygnuję”);
- podjęcie decyzji – gotowość działania („angażuję się w proces leczenia lub przekwalifikowanie zawodowe”);
- przewidywanie pozytywnych efektów podjętego działania („uruchamiam nadzieję”).

Pojęciem będącym istotnym uzupełnieniem odwagi jest dzielność. Stanowi ona praktyczne wpisanie odwagi do konkretnych sytuacji dnia codziennego. Cecha ta warunkuje sposób, w jakim człowiek ocenia traumatyczne wydarzenie („trauma to wyzwanie stawiane mi przez życie”), jak radzi sobie z tą traumą i jaki wpływ to wydarzenie na niego wywiera (w myśl zasady „co nas nie zabije, to nas wzmocni”).

Cechy dzielności to zaangażowanie, wytrwałość i wiara w siebie. Zaangażowanie wynika z pragnienia osiągnięcia konkretnego celu (zdrowia, spełnienia zawodowego). Wytrwałość jest niezbędnym warunkiem skuteczności podjętych działań mimo zewnętrznych, a czasem i wewnętrznych oporów. Wiara w siebie i własną skuteczność stanowi dodatkową siłę ułatwiającą pozostanie przy raz obranym kierunku.

Dzielność ujawnia się zwykle w sytuacjach:

- zagrożenia;
- trudności;
- przeciwności.

Sytuacja zagrożenia to np. rozpoznanie choroby, perspektywa utraty bliskiej osoby lub innej ważnej straty. Dzielność w tej sytuacji ilustruje wypowiedź pacjentki R.B.: *Mam raka piersi, ale chciałabym, żeby mi nie przeszkadzał w realizacji moich marzeń. Czasem chciałabym żeby był trampoliną do pełnego życia.*

Sytuacja trudna to taka, która wymaga szczególnego wysiłku w trakcie realizacji celu. Dzielność to wtedy pełna mobilizacja sił w kierunku przezwyciężenia bierności. Ilustracją jest wypowiedź chorej J.S. w trakcie chemii: *Jest bardzo byle jak. Postawiłam sobie granicę – tydzień. Muszę się odłapać do piątku. Tydzień później: Postanowiłam tydzień temu, że po tygodniu się ogarnę i wstanę. Dziś postanowiłam, że słowa dotrzymam.*

Przeciwności to kolejne przeszkody utrudniające osiągnięcie celu (postęp choroby, ograniczenie sprawności). Dzielność przejawia się tu w konsekwentnym kontynuowaniu działań albo zmianie ich na inny, bardziej osiągalny cel. Ogólny ton takiego nastawienia wyraża się w wypowiedzi chorej J.S.: *Ciało i pierś do przodu. Nie ma co kulić się po kątach. Bracia i siostry, przyjmujemy życie z dobrodziejstwem inwentarza.*

Zacytowane wypowiedzi dotyczą dwóch kobiet. Jedna z nich wyszła z choroby zwycięsko, drugiej się nie udało, lecz nawet zdając sobie sprawę z nieuchronności odejścia, przekazała nam kolejny przykład dzielnej postawy: *Nie żywię do nikogo pretensji, wybierałam sama, najlepiej jak umiałam mimo świadomości czekającej mnie przegranej. Dokonywałam, dokonuję wyborów, najlepiej jak potrafię – a przynajmniej staram się (J.S.).*

Powyższe wypowiedzi podnoszą poprzeczkę niezwykle wysoko. Mimo to, a może właśnie dlatego, powinno się odpowiedzieć sobie na pytanie: jak rozwijać i umacniać w sobie cechy odwagi i dzielności?

Opanowanie lęku wzmacnia odwagę. Nasz mózg jest fabryką strachu, a więc czując strach, należy włączyć odpowiedni hamulec myśli:

- strach nie zabija;
- strach nie trwa wiecznie – osiągając „szczytowe nasilenie”, zaczyna stopniowo opadać, więc jeśli spokojnie przetrzymamy fazę strachu, sam minie;
- strach można kontrolować – próby sprawowania kontroli nad strachem warto zawczasu poćwiczyć przez np. ćwiczenia oddechów (powolne, głębokie), relaksację mięśniową, a także dopasowane do swoich preferencji ćwiczenia odwracania uwagi od strachu przez np. włączanie muzyki, przygotowanie listy alarmowej telefonów do przyjaciół, oglądanie zdjęć czy rysowanie swojego strachu.

Powyższe zachowania angażują nie tylko uwagę, lecz także inne funkcje psychiki (uczucia, wyobraźnię, kreatywność), przez co są takie skuteczne. Ważne, żeby ćwiczyć regularnie, a przy pierwszych oznakach zmęczenia lub zniechęcenia zachęcać się do pociągnięcia jeszcze trochę.

Dobrze również spróbować poćwiczyć w sobie cechę otwarcia się na zmiany (gotowość zaakceptowania nowych propozycji) i nawyk rozmowy z sobą we właściwy sposób („uda mi się, to nic strasznego, na pewno to pokonam”).

Ważne jest zastąpienie narzekania i biadolenia (jeśli takie są) skojarzeniami pozytywnymi – optymiści są zwykle odważniejsi).

Na koniec kilka luźnych rad (choć oczywiście nie można z nich czynić reguły):

- Miej odwagę postępować inaczej – mimo że ludzie mogą na to dziwnie patrzeć.
- Wyjdź czasami poza logikę i rozum, zachowując się nierozsądnie.
- Jeśli tylko jest okazja, ciesz się i czasem trochę sobie poszalej.
- Spróbuj podjąć ryzyko zejścia z utartych szlaków, żeby spotkać nieprzewidziane.

Ciekawość

*Świat jest pełen ogromnych światła i tajemnic,
a człowiek zasłania się przed nimi swoją małą dłonią.*

Z. Baal Szem Tow

Zanim zaczniemy zastanawiać się nad tym, co to jest ciekawość, proponuję, żebyśmy sięgnęli myślą wstecz, do wspomnień swojego dzieciństwa. Przypomnijmy sobie, jacy wtedy byliśmy.

Po pierwsze, bardzo często dziwiliśmy się, uczestnicząc w różnych wydarzeniach: „dlaczego grzmi, dlaczego błyska, dlaczego lód się topi” – mnóstwo było wówczas tych „dlaczego”.

Po drugie, z wielką uwagą obserwowaliśmy wszystko to, co nas otacza: ślimaka pełzającego po liściu, pająka rozwijającego pajęczynę czy mrówki niosące większe od nich żdźbła trawy.

Świat był tajemniczy, trochę straszny, ale też zachwycający. W miarę upływu lat, w wieku dojrzałym, weszliśmy w inny świat. Inne przeżycia i doświadczenia wyparły dawną świeżość zdziwienia, wyobraźnię i gotowość obserwacji otoczenia.

Dziecięcą aktywność i przyjemność, jaką z niej wówczas czerpaliśmy, zastąpiliśmy satysfakcją z pracy i realizacji wielu zadań, które stawia przed nami życie. Mamy mniej wolnego czasu i chętnie przeznaczamy go na odpoczynek przed telewizorem, spotkania ze znajomymi lub korzystania z innych form rozrywki. Jest to zjawisko powszechne i zrozumiałe, choć może nie zawsze korzystne. Natura ludzka jest tak skonstruowana, że najlepsze są dla nas zachowania umiarkowane, mieszczące się w środku linii między dwoma biegunami – biernego spędzania czasu (co oczywiście jest bardzo potrzebne!) i odpoczynku aktywnego, dostosowanego do indywidualnych upodobań (zwiedzanie nowych miejsc, poznawanie nowych ludzi, uprawianie hobby).

W biegunie aktywności mieści się właśnie ciekawość. Można ją określić jako działanie będące czerpaniem przyjemności z poznawania czegoś nowego, otwarcia się na nieznaną.

Umiejętność tę każdy z nas posiadał w dzieciństwie, należałoby ją tylko sobie przywrócić.

Wydaje się z pozoru, że ciekawość jest mało przydatna, nie da się na niej zarobić. W rzeczywistości stanowi wielkie bogactwo człowieka. Osoby posiadające wysoki stopień zainteresowania otaczającą rzeczywistością i bardziej otwarte na nowe doświadczenia lepiej radzą sobie z problemami i mają lepsze kontakty z ludźmi (są ich ciekawe, a zarazem same mają zwykle wiele do powiedzenia). Lepiej czują się także w samotności, nie odczuwają nudy i łatwiej przystosowują się do nowych warunków. Postawa taka ułatwia wzrost osobowy – odnalezienie sensu i celu w życiu. Doznawanie pozytywnych uczuć towarzyszących przeżywaniu nowych doświadczeń sprawia, że ludzie czują się lepiej – odczuwają satysfakcję i zadowolenie – są szczęśliwsi.

Jak przywrócić w sobie ciekawość? Wydaje się, że nie ma innej rady niż ćwiczyć ciekawość. Oznacza to wygospodarowanie sobie w ciągu dnia (tygodnia?) trochę wolnego czasu na uważną obserwację tego, co nas otacza. Obserwację wykorzystującą różne zmysły (wzrok, słuch, węch itp.). Ten czas może być uzupełniony zdobywaniem nowych informacji dzięki książkom, czasopismom, programom czy filmom (tym „trudniejszym”). Czasem podczas

odbioru czujemy zniecierpliwienie lub wręcz niechęć, jednak po przewyciężeniu pewnego oporu wewnętrznego otrzymana treść zaczyna w nas pracować – myślimy o niej, porównujemy, zapada nam w pamięć, „owocuje”, natomiast rozrywka łatwiejsza dostarcza nam przyjemnych chwil, nie wymaga większego zaangażowania umysłu, dlatego nie pozostawia w psychice głębszego śladu.

Innym sposobem rozwijania ciekawości jest otwarcie się na ludzi. Zainteresowanie ich życiem, poznawanie życiorysów (skłonić ludzi do opowiedzenia o sobie), wgląd w ich problemy (nie mylić z plotkami). Każdy człowiek to „osobna książka” i „przeczytanie” jej bardzo ubogaca.

Wielu Polaków spędza wakacje za granicą lub wyjeżdża w atrakcyjne miejsca w kraju. Nawet ci z nas, którzy preferują odpoczynek siedzący lub leżący, mają okazję, żeby zwiedzić coś interesującego w najbliższej okolicy. Dużo osób wybiera formę aktywną, odwiedzając coraz to nowe miejsca. Byłoby dobrze, żeby wtedy pobudzić dodatkowo swoją ciekawość, przygotowując się odpowiednio do zwiedzania, przeczytać coś na temat wybranych okolic, popytać znajomych, pomyśleć, co byłoby dla nas w tych miejscach szczególnie ciekawe. Taka postawa sprawi, że zmienimy bierny odbiór zwiedzania w bardziej aktywny i wzbogacający.

Wysiłek włożony w przywrócenie sobie dobrej ciekawości może wydawać się trudny, satysfakcja pojawia się zwykle po jakimś czasie. Praktycznym sposobem ułatwiającym te starania może być wytworzenie w sobie przyzwyczajenia robienia każdego wieczoru specjalnego „rachunku sumienia” wyrażającego się udzieleniem sobie odpowiedzi na pytania:

- co nowego dzisiaj poznałem/poznałam;
- co ciekawego zobaczyłem/zobaczyłam;
- co smacznego zjadłem/zjadłam;
- jaki zapach dziś zapamiętałem/zapamiętałam;
- czego miłego dziś doznałem/doznałam.

Zwyczaj ten ogromnie motywuje następnego dnia do uważnej obserwacji wszystkiego, co nas otacza.

Na koniec pamiętajmy, że troszcząc się o ciekawość, my jej w sobie nie tworzymy od nowa, lecz powinniśmy odkrywać w sobie to, co dawno zostało zapomniane.

Kreatywność

Pomyślcie o pierwszym przykazaniu.

Nie zabijajcie czasu.

Erich Kästner

Czy kreatywność jest bogactwem? Z całą pewnością można odpowiedzieć twierdząco. Kreatywność dodaje życiu smaku i dostarcza dużo radości, przywraca zdolność do przeżywania miłych chwil, trochę na wzór dziecięcy. Oznacza więc otwarcie się na nowe doświadczenia, łatwość dziwienia się, chęć do zabawy, dopuszczenie do głosu tłumionej zwykle wyobraźni.

Praktykowanie kreatywności zapobiega nudzie, jest receptą na puste niedziele lub inne okazje smętnego spędzania wolnego czasu.

Człowiek kreatywny to człowiek interesujący, pożądaný w towarzystwie, a przy tym zaradny, bo dostrzegający różne aspekty tej samej sprawy. Zapytajmy wobec tego, co to jest kreatywność?

Kreatywność to właściwość psychiczna częściowo wrodzona, choć jej rozwój w dużym stopniu zależy od wpływów środowiskowych. Jest zdolnością podjęcia takich zachowań, które wychodzą poza utarte szlaki i konwenanse, poprzez rezygnację z rutyny człowiek rusza odważnie w nieznaną, zachowując się inaczej niż zwykle. Jest to więc realizacja własnych pomysłów bez obawy o to, co powiedzą inni i bez chęci przypodobania się innym w każdej sytuacji.

Myśląc o kreatywności, odnosimy się zwykle do tzw. dużej kreatywności, wyrażającej się twórczością artystyczną lub naukową. Tymczasem o wiele ważniejsza jest dla nas mała kreatywność, rozwijająca się w życiu codziennym. To właśnie o nią należy zadbać, chcąc ubogacić swoje życie.

Jak rozwijać kreatywność? Istnieje wiele prostych propozycji, z których każdy może coś dla siebie wybrać. Trzeba tylko pamiętać o dwóch zasadach:

- wybrane propozycje będą skuteczne, jeśli nie będą stosowane zbyt długo, w przeciwnym razie przestaną działać, stając się rutyną; do niektórych z nich można ewentualnie wracać po pewnym czasie;
- z samej definicji kreatywności wynika, że powinna to być aktywność wynikająca z własnych pomysłów; stąd też proponowane tu odpowiedzi powinny być punktem wyjścia do dalszej własnej aktywności.

Wśród propozycji rozwijania kreatywności mieszczą się np. propozycje zmiany utartej trasy, którą codziennie zmierzamy z domu do pracy, wprowadzenie zmiany swego wyglądu zewnętrznego (ubioru, fryzury) czy zmiana wystroju pokoju (niekoniecznie remont całego mieszkania, bo to raczej trauma).

Inne propozycje to wyobrażenie sobie życia ludzi obserwowanych na ulicy lub wyraźna obserwacja zmian w przyrodzie i tworzenie w myśli obrazów z natury (np. zmieniających się obłoków na niebie).

Dużą paletą możliwości są wyczyny kulinarne: tworzenie nowych zestawów smaków, potraw, estetyki, urozmaicanie przebiegu spotkań towarzyskich przez wprowadzanie nowych

atrakcji. Osoby posiadające działkę lub ogródek mogą w sposób naturalny rozwijać swoją kreatywność, realizując własne pomysły w zakresie estetyki lub planowania upraw.

Rodzice lub dziadkowie dzieci mają z kolei niepowtarzalną okazję wykorzystywania coraz to nowych pomysłów podczas uczestnictwa w zabawach lub w trudnym procesie wychowania nastolatków.

Czasami warto pomyśleć o bardziej wyrafinowanych sposobach rozwijania swojej kreatywności przez sięganie do wspomnień własnych upodobań z okresu dzieciństwa czy młodości (rysowanie, fotografowanie, robótki ręczne, majsterkowanie itp.).

Pozornie nieważne działanie w zakresie małej kreatywności w rzeczywistości mogą nam nie tylko ubarwić codzienność, lecz także pomóc w różnych trudnych chwilach.

Poza kreatywnością skoncentrowaną na wyobraźni i myśleniu wyróżnia się także inny bardzo ważny jej rodzaj, nazywany kreatywnością emocjonalną. Jest to szczególny rodzaj kreatywności wyrażający się oryginalnością w zakresie indywidualnego sposobu wyrażania emocji. Inaczej jest to twórczość w obszarze emocji. Osoby obdarzone tą właściwością są z natury dość uczuciowe – przypisują duże znaczenie sferze uczuć. Może dlatego przeżywają je inaczej, niż jest to typowe dla wielu ludzi. Sprawia to, że łatwo udaje im się wyrazić swoje uczucia niekonwencjonalnie. Zazwyczaj przypisuje się tę właściwość ludziom zakochanym, jednak zdecydowanie możliwe jest poszerzenie pola jej działania na rodzinę, przyjaciół czy nawet znajomych. Przykładem mogą być zindywidualizowane prezenty odwołujące się do upodobań czy cech charakterystycznych obdarzanych osób lub sytuacji, w których one się znajdują. Innym razem mogą to być spersonalizowane życzenia zamiast standardowych „życzę ci przede wszystkim zdrowia”.

Osoby, które chcą bardziej poważnie pomyśleć o rozwoju kreatywności, mogą skorzystać z sesji psychoterapeutycznych poświęconych tej aktywności. Z doświadczenia wiadomo, że kreatywność szczególnie łatwo ujawnia się podczas spotkań grupowych w odpowiedniej atmosferze, sprzyjającej powstawaniu nowych pomysłów (znany efekt „burzy mózgów”).

Kreatywność się opłaca – dostarcza dużo radości zarówno kreatorowi, jak i tym, którzy mu towarzyszą.

Poczucie humoru⁹

*Świat nie jest piłką footballową,
świat się podbija głową! głową! głową!*

Antoni Słonimski

Proponuję na początek przyjrzeć się kilku historiom:

- Żona przejęta pokazuje mężowi przemeblowany pokój: „Widzisz, jak ładnie to wymyśliłam?” Mąż: „Phi... przecież to ja wymyśliłem”. Wybucho awantura, żona wybiega do drugiego pokoju, trzaskając drzwiami. Za chwilę powolutku drzwi się otwierają, mąż wsuwa głowę, patrzy na żonę i mówi: „ciebie też wymyśliłem”.
- Dwie pacjentki po mastektomii, starsza, widząc, jak jej koleżanka w rozmowie wciąż podkreśla, że nigdy nie zaakceptuje usunięcia piersi, mówi: „Wiesz, ja już tak się przyzwyczaiłam do tych moich piersi, że nawet nie wiem, która jest która, no może ta adoptowana jest chłodniejsza, ale i tak lubię ją jak własną”.
- Rozmawiają dwie koleżanki. Jedna opowiada, jaką awanturę urządził jej dzisiaj klient. Jak ją obrażał, wymyślał, krzyczał na całą salę. Koleżanka dziwi się: „I ty to tak spokojnie opowiadasz. Nie zdenerwowałaś się?”. Tamta odpowiada: „Wiesz, na początku trochę tak, ale za chwilę, patrząc na tego eleganckiego, modnie ubranego pana, wyobraziłam go sobie jako małego chłopczyka w krótkich spodenkach wymachującego groźnie łopatką. I mi przeszło”.
- Znajoma wraca z biura. Jest zdenerwowana. Opowiada, jak została zlekceważona w pracy i nie doceniono jej zasług ani dokonań. Nagle uspokaja się i uśmiecha. Zapytana, co spowodowało taką zmianę nastroju, odpowiada: „Po prostu spojrzałam na siebie z boku i zobaczyłam duży, nadymający się balon. I mi przeszło”.

Zacytowane historie są przykładem wykorzystania tzw. humoru sytuacyjnego w celu rozładowania negatywnych emocji pojawiających się w przypadkach konfliktów, urażonej dumy lub innych trudności. Reakcje na takie sytuacje zależą od naszego sposobu widzenia, od interpretacji wydarzenia dokonanej przez naszego wewnętrznego tłumacza – trzeba zatem podejmować próby nauczania się posługiwania humorem.

Zastanówmy się, co to jest humor i jak powstaje. Najprościej można powiedzieć, że poczucie humoru ujawnia się w chwili szybkiego dostrzeżenia różnicy między dotychczasowym spostrzeganiem jakiegoś wydarzenia a nowym skojarzeniem, co w następstwie daje nagrodę – przyjemne rozbawienie ujawniające się przez śmiech. Przykładem mechanizmu powstania tego procesu jest odwołanie się do znanych mądrości ludowych. Gdy ktoś powie „kto pod kim dołki kopie”, odpowiadamy automatycznie „ten sam w nie wpada”. Ale może być inne skojarzenie, np. „kto pod kim dołki kopie, ten awansuje”. Taka nowa interpretacja wywołuje zwykle rozbawienie i śmiech.

⁹ W opracowaniu tego rozdziału korzystałam z artykułu Dominika Gawędy, *O trudnej sztuce używania humoru w terapii*. Psychoterapia 2017; 3: 93–100.

Istnieją różne źródła humoru, m.in. wyrażone przez dowcipy, karykatury, filmy czy kabarety. Poczucie humoru jest nieodłącznie związane ze śmiechem – w zależności od rodzaju dowcipu może być to śmiech związany z poczuciem wyższości (dowcipy o niezbyt mądrych blondynkach), może mieć walor terapeutyczny (dowcipy uwypuklające skrzywienie zawodowe psychologów, nauczycieli, lekarzy itp.). Mogą także zawierać sens edukacyjny zwalczający stereotypowy sposób myślenia. Przykładem tego rodzaju edukacji może być dowcip o koniu:

Barman z kolegą rozmawiają. Nagle do baru wchodzi koń i mówi: – Poproszę setkę wódki. Otrzymuje ją, wypija i wychodzi. Kolega barmana pyta: – Czy nic cię nie zdziwiło? Barman odpowiada: – A wiesz, rzeczywiście – on zawsze zamawia piwo.

Pośród wszystkich wymiarów poczucia humoru najbardziej owocne jest odkrywanie własnej śmieszności – przeciwstawianie obserwacji siebie, z nadętej, wyniosłej pozycji swojego „ja”. Ten rodzaj humoru nazywany bywa autoironią, przy czym należy robić to umiejętnie, czyli śmiejąc się z siebie – nie pogardzać sobą, nie poniżać – odnosić się do siebie z uśmiechem i sympatią. Wyrazem dobrej autoironii jest wewnętrzna narracja, którą prowadzimy ze sobą cały czas. Nasz mózg myśli w sposób werbalny. Praktycznie cały czas rozmawiamy ze sobą. Chodzi o to, żeby w tej narracji zamiast narzekań, obwiniania się lub nadmuchiwania sztuczną powagą spraw, które na to nie zasługują, wprowadzić sympatyczną autoironię. W jej rozwijaniu i umacnianiu mogą nam posłużyć następujące zasady:

- Nie należy traktować siebie i swoich problemów zbyt poważnie (popatrzeć na siebie z boku).
- Nie powinno się uznawać własnych opinii za jedynie słuszne. Trzeba dopuszczać możliwość spojrzenia na problem z różnych punktów widzenia.
- Trzeba próbować nie nadymać się uczuciowo.
- Gdy wydarzenie wydaje się STRASZNE, należy pomyśleć, jak na nie spojrzymy za kilka miesięcy lub rok.
- Powinno się próbować zachowywać postawę pogodną i życzliwą. Niedopuszczalne i szkodliwe są złośliwe przejawy humoru, które ranią innych.

W zależności od osobistych upodobań mogą one rozładować napięcie i poprawić nastrój, ale nie są najważniejsze. Najbardziej efektywne praktycznie jest posługiwanie się humorem sytuacyjnym, którego nie można się dosłownie nauczyć, bo nie da się przewidzieć, w jakich sytuacjach będzie potrzebny. Warto jednak pamiętać o takiej możliwości i przeprowadzać dyskusję na ten temat ze swoim wewnętrznym narratorem – uczyć go innego spojrzenia na sytuację.

Radość

Co to jest radość?

Zazwyczaj opisujemy ją jako intensywne uczucie zadowolenia, satysfakcji, spełnienia – niektórzy utożsamiają ją z poczuciem szczęścia. Zwykle kojarzymy radość z ulotną chwilą, która pojawia się, gdy wszystko układa się po naszej myśli – i znika.

Zastanawiamy się, czy można jakoś „zatrzymać” tę radość – nawet w obliczu życiowych trosk – „utrwalić ją”, czyniąc swoim stylem życia? Wiemy przecież dobrze, że nie jesteśmy w stanie wyeliminować z życia cierpienia i wszelkiego typu niepowodzeń – i co wtedy z radością? Neuropsycholodzy odkryli w naszym mózgu cztery rodzaje połączeń nerwowych, które są odpowiedzialne za poczucie zadowolenia. Wzmacnianie ich wpływa na trwałe poczucie zadowolenia. Są to: 1) zdolność pozytywnego interpretowania sytuacji, 2) zdolność regeneracji po negatywnych przeżyciach, 3) zdolność skupiania uwagi i kontrolowania sposobu myślenia, 4) zdolność do „hojności” (pomaganie innym).

Ad 1) Pozytywna ocena sytuacji nie oznacza naiwnego oglądania spraw przez różowe okulary Pollyanny – to raczej spoglądanie z szerszej perspektywy na problem: oglądanie go z różnych stron, co pozwala zauważyć zarówno jego złe, jak i dobre strony.

Ad 2) Zdolność regeneracji oznacza „sprężystość psychiczną”: tzw. rezyliencję, czyli „odbicie się” z upadku, wykorzystanie swoich zasobów psychicznych i nabytych metod radzenia sobie ze stresem celem powrotu do równowagi.

Ad 3) Zdolność skupiania uwagi i kierowania biegiem myśli wymaga treningu – nie tworzy się spontanicznie, lecz można ją wypracować przez odpowiednie ćwiczenia (medytacje, kontrolowane oddychanie itp.).

Ad 4) Hojność to nic innego jak wykraczanie poza własny egocentryzm – nastawienie na świadczenie dobra innym ludziom.

To są ogólne warunki wypracowania pozytywnej postawy życiowej sprzyjającej przeżywaniu radości. A teraz przechodzimy do konkretów praktykowania radości.

Zaprojektuj radość w swoim otoczeniu zewnętrznym

Przyjmujemy założenie, że materialne przedmioty mogą wywoływać radość – łądować nas energetycznie. Szczególnie mocno taka uwidoczniiona energia znajduje się w kolorach jasnych, ciepłych i żywych: żółtym, pomarańczowym, czerwonym. Nie oznacza to, że powinniśmy się nimi stale otaczać, ale dobrze pomyśleć o ich wprowadzeniu choćby w formie jasnych akcentów w pomieszczeniu, w którym długo przebywamy, lub w codziennym ubraniu.

Kolejny ważny element: oświetlenie. Radosne otoczenie tworzymy, stosując różnicowane, ciepłe światło sączące się z różnych stron. W żadnym razie jarzeniowe! W różnych badaniach ankietowych pytano, z czym kojarzy się ludziom radosny kształt. Zwykle wskazywano na kule, okrąg – symbol harmonii. Lubimy symetrię, dlatego że jest symbolem wewnętrznej harmonii – wprowadzamy ją, czasem intuicyjnie dekorując np. potrawy na półmiskach lub wieszając balony jako dekoracje miejsca zabawy. Próbuje wprowadzić elementy harmonii do pomieszczeń, w których często przebywamy.

Radość kojarzy się także z rogiem obfitości, co pozwala nam zrealizować wielorakie doznania zmysłowe: wzrokowe, zapachowe, dotykowe itp. Wolimy przecież bogate łąki, lasy czy bioróżnorodne parki od ubogich terenów piaszkowych lub pustynnych. Przedkładamy zielone mieszkania wzbogacone różnymi roślinami nad sterylne laboratoria mieszkalne. Po to, żeby dobrze wykorzystać bogactwo otoczenia, trzeba pamiętać o właściwym jego odbiorze – Jest nim spokojna, wielozmysłowa percepcja rzeczywistości – potrzebujemy uważnie patrzeć, słuchać, wąchać, dotykać, jeśli można – smakować. I przенosić następnie to wrażenie do wspomnień.

Zaprojektuj radość w zachowaniu

W każdym z nas mieszka troje ludzi: Dziecko – Rodzic – Dorosły. Dziecko jest tą częścią naszej osobowości, która przetrwała z okresu dzieciństwa: jest ona rezerwuarem energii, żywiołowego śmiechu, uczuć, pragnień otwarcia się na świat i nowe doświadczenia. Rodzic jest częścią ukształtowaną w nas przez rodziców – złożoną z naśladowania ich zachowań oraz dostosowania do „wdrukowanych” w nas wymagań. Często wyraża się np. wewnętrznym głosem („powiniennem/powinnam”, „muszę”, „nie wypada”). Dorosły to nasza najbardziej dojrzała psychicznie składowa osobowości wypracowana przez nas w ciągu życia: autonomiczna w myśleniu i decyzjach, kierująca się racjonalnym wyborem wartości, przemyślaną postawą wobec świata, ludzi i siebie. W każdym z nas funkcjonują te trzy części naszej osobowości przy czym Dorosły odgrywa w niej zwykle rolę dominującą – i tak powinno być.

Ale praktykując radość, powinniśmy czasem pomyśleć, żeby uwolnić w sobie Dziecko, np. podczas zabawy. Mądrzy ludzie mówią, że zabawa jest jedyną czynnością, którą podejmujemy specjalnie po to, żeby przeżyć radość! W tej dziedzinie jest nieprzebrana ilość możliwości: beztroski luz na plaży, na łące, bieganie, mocowanie się, gry, przebieranie, robienie głupich min itp. Bardzo angażujące są zabawy z prawdziwymi dziećmi: korzystanie z pomocy form kulistych: piłek, balonów, bąbelków, zabawy w kółko graniaste itp.

Szczególna uwaga należy się poza tym zwierzętom domowym. Są osoby, które nie lubią zwierząt i mają do tego pełne prawo – większość jednak lubi zwierzęta, i to dostarcza im dodatkowych możliwości praktykowania radości przez wspólne zabawy, spacer, obserwację ich śmiesznych zachowań itp.

Bardzo skuteczne w zakresie pomnażania radości są spotkania towarzyskie, szczególnie odpowiednio przygotowane zarówno pod względem wystroju otoczenia, jak i planowanej aktywności (muzyka, taniec, zaaranżowane scenariusze spotkań towarzyskich itp.). Warto także zwiększyć liczbę okazji do świętowania: oprócz rocznic i jubileuszy (które wcale nie muszą być nudne!), można znaleźć inne, dostosowane do własnych upodobań i wyobrażeń. Bardzo podoba mi się zwyczaj w Japonii, gdzie dwa razy w roku urządzone są święta radości z przyrody (oficjalnie dni wolne od pracy!). Jest to święto kwitnienia wiśni na wiosnę i czerwienienia klonów jesienią. Większość Japończyków wyjeżdża wtedy za miasto lub udaje się do parków, biwakują, przyglądają się pięknym drzewom, fotografują itp.

Inne możliwości ofiarowuje pobudzający wyobraźnię świat fantazy i science fiction, tak niesamowicie przedstawiany przez Sapkowskiego, Lema, Pratchetta i innych.

A co z niespodziankami? Za mało i za rzadko korzystamy z możliwości sprawiania sobie nawzajem szczerą radość przez zaskoczenie nieoczekiwaną przyjemnością.

Praktykowanie radości może także przejawiać się przeżyciem z pogranicza transcencji. Kiedy obserwujemy uważnie w ciszy wędrujące po niebie obłoki, wpatrujemy się

w płynącą wodę lub płomienie ognia, kiedy zagubimy się w nich lub zidentyfikujemy na chwilę z ogromem gór, gwiazd, morza – w takich chwilach możemy także przeżyć radość – trochę inną, wyciszoną, a przez to może głębszą.

Jak umieścić radość w czasie?

Powiedzieliśmy, że radość to bardzo intensywne uczucie przyjemności i zadowolenia przeżywane tu i teraz – w czasie teraźniejszym. Jeśli się zastanowimy, co to jest czas teraźniejszy – to dojdziemy do wniosku, że jest to chwila – kilka sekund – nie dłużej. A zatem, co zrobić, żeby tą naszą radość jakoś zachować? Utrwalić?

Sprawa jest prosta. Trzeba ją zapisać we wspomnieniach. Innymi słowy, praktykowanie radości oznacza tworzenie dobrych wspomnień. Wspomnienie określamy jako powrót myśli do przeszłości dotyczącej fragmentów naszego życia. Jest to zarazem „klej”, który pozwala doświadczyć siebie jako wciąż tej samej osoby. Wspomnienia są naszym skarbcom, z którego w każdej chwili możemy skorzystać.

Wystarczy wydobyć z magazynu pamięci wybrany fragment naszej radoszej przeszłości i umieścić go w obszarze uwagi. A zatem powinniśmy bardzo dbać o jakość naszego skarbcza – „zapracować” na dobre wspomnienie.

Jak tworzyć dobre, radosne wspomnienia?

Mamy na to odpowiednie „przepisy”, które mogą nam to ułatwić. Zapewniam, że sukces gwarantowany! Oto one:

1. Być otwartym/otwartą na świat, nowe doświadczenia, gotowość i pragnienie przeżycia radości.
2. Angażować w przeżywanych chwilach różne zmysły (im więcej tym lepiej).
3. Być uważnym/uważną – obserwować.
4. Podkreślać emocje, uwalniać Dziecko.
5. Opowiadać o przeżytych chwilach radości.
6. Zapisywać: nagrywać, fotografować, zbierać przypominajki.

Chcąc utrwalić przeżywaną radośnie chwilę – w momencie jej trwania próbujemy skoncentrować na niej uwagę – obserwować (pamiętając o różnicy między patrzeniem, czyli ślizganiem się oczami mechanicznie, a obserwowaniem angażującym uwagę zarówno na całość, jak i na różnych ciekawych detalach). Podczas obserwacji angażujemy w miarę możliwości wszystkie zmysły: zapachy, smak, melodie, kolory (czasem np. zasłyszana przypadkowo melodia może wywołać spontanicznie radosne wspomnienie szczęśliwych zdarzeń, którym towarzyszyła).

Uważna obserwacja nie tylko dotyczy okoliczności zewnętrznych i ludzi, którzy w niej uczestniczyli. To także oznacza wgląd w siebie, smakowanie przeżytego wtedy uczucia radości z intencją, żeby go zapamiętać. Wspomnienia są szczególnie intensywne, gdy dotyczą: bliskich relacji z ludźmi, łączności z naturą, więzi z przyrodą. Czasem wiążą się ze spełnieniem marzeń, czasem z nagłym dostrzeżeniem sensu jakiegoś wydarzenia.

Niektórzy – w obawie przed utraceniem radosnych chwil – starają się je utrwalić: zapisując, fotografując, zbierając pamiątki (skuteczne wtedy, gdy się do nich od czasu do czasu powraca).

Wpływ radosnych wspomnień zależy nie tylko od umiejętności ich tworzenia, ale i od częstości ich powtarzania! Powinniśmy wspominać swoje szczęśliwe chwile – odtwarzać w pamięci ze wszystkimi szczegółami – przeżywać je raz jeszcze z uczuciem wdzięczności, że były naszym udziałem. Ponadto postępując w ten sposób, ćwiczymy odpowiednie połączenia międzyneuralne mózgu uruchamiające się podczas wspomnień – podobnie jak ćwiczymy mięśnie, powtarzając różne sekwencje ruchowe – po to, by nam nie zanikły. Dobrym sposobem na wykorzystanie radości jest tworzenie tzw. banku radosnych chwil. Utwórzmy swój własny magazyn wspomnień szczęścia i radości, do którego możemy sięgnąć w sytuacjach smutku lub zniechęcenia.

Trzeba też pamiętać, że nasz mózg jest w dużym stopniu narządem samodzielnym, który działa według sobie znanych reguł. Przykładowo stwierdzono, że wspomnienia i marzenia uruchamiają te same ośrodki w mózgu. Stąd możemy przypuszczać, że dobre wspomnienia z przeszłości mają wpływ na naszą przyszłość – kształtując marzenia i nadzieje!

I pamiętajmy zawsze o zasadzie, że smutek zamyka, a radość otwiera!

Duchowość

.....
*Nie można człowieka niczego nauczyć
Można mu tylko pomóc, aby to coś odkrył w sobie.*

Galileusz
.....

Życie duchowe jest najwyższą formą aktywności psychicznej. Trzeba je w sobie rozwijać, pamiętając, że rozwój ten nie jest równoznaczny z rozwojem umysłowym. Wyższe wykształcenie nie gwarantuje wcale dojrzałości duchowej, którą nabywamy, rozwijając istniejące w każdym z nas załóżki duchowości wyrażające się dążeniem do wyższych, niematerialnych wartości. Dążenia te nazywa się inaczej potrzebami. I tu pojawia się pierwszy próg trudności, gdyż łatwiej zaspokoić potrzebę przyjemnego spędzenia czasu na rozmowie przy kawie z ciastkiem, niż zdobyć się na pewien wysiłek obejrzenia trudnego filmu lub uczestnictwa w koncercie. Oczywiście oba rodzaje potrzeb są dobre i nie należy się ich wyrzekać – chodzi o to, aby nie zadowalać się wyłącznie przyjemnościami doznaniowymi, zewnętrznymi.

Przyjemności doznaniowe (np. smakowo-węchowe) są naturalne, wrodzone, nie musimy do nich dorastać. Radość płynąca z zaspokojenia potrzeb duchowych wymaga pracy, która przynosi owoce po pewnym czasie. Podobnie dzieje się z innymi potrzebami wymagającymi wysiłku, np. przyjemność zjeżdżania z góry na saneczkach można zastąpić większą, pojawiającą się u tych, którzy zadają sobie uprzednio trud nauki jazdy na nartach.

Spośród wielu potrzeb duchowych należy wymienić kilka najważniejszych. Są to: potrzeba przeżywania piękna i realizowania dobra (miłości), potrzeba rozumienia sensu (działania i życia), potrzeba wolności, potrzeba przebywania z sobą (w samotności) oraz potrzeba nieśmiertelności. W odniesieniu do ostatniej potrzeby konieczne jest rozróżnienie między osobami wierzącymi i niewierzącymi. Generalnie różnice są mniejsze, niż może się wydawać. Obie grupy posiadają takie same załóżki życia duchowego i w podobny sposób mogą dążyć do wyższych wartości. Różnią się dostrzeganiem ich źródła. Osoby niewierzące uznają wartości duchowe jako wyraz ewolucji, a swoją potrzebę miłości lokują zazwyczaj w ludziach lub w ideach. Ludzie wierzący dostrzegają Boga jako źródło wartości, rozwijając dodatkowo potrzebę kontaktu z Nim w formie potrzeby religijnej.

Jak wobec tego rozwijać potrzeby duchowe? Stosunkowo prosto – można zrealizować potrzebę przeżywania piękna, dopasowując ją do indywidualnych upodobań, choć należy pamiętać, żeby uprawiać ją regularnie. Może to być np. uważny kontakt z pięknem przyrody podczas spokojnego spaceru lub oglądanie programów przyrodniczych. Dla innych osób będzie to słuchanie muzyki, czytanie książek (może poezji), a czasem po prostu bezmyślne przyglądanie się płonącemu ognisku lub płynącej leniwie rzece. Jest wtedy szansa, że harmonia i piękno otaczającego świata wejdą do naszego wnętrza i je ogarną.

Z pozoru proste jest także zaspokojenie potrzeby realizacji dobra. Niestety w tym zakresie łatwo pomylić dobro przełożone na korzyść własną z dobrem świadczonym innym, zwanym miłością. Miłość jest pojęciem najbardziej zdevaluowanym i opacznie rozumianym. Tymczasem jest to po prostu życzenie i świadczenie dobra ludziom, zwierzętom i otaczającemu

światu. Łatwo to zrozumieć, trudniej wykonać, ale to już zależy od chęci i determinacji każdego z nas. Bardzo ważną potrzebą jest zrozumienie sensu życia, cierpienia i własnego działania. Człowiek czuje się bardzo źle, gdy nie widzi żadnego sensu w tym, co robi. Dotyczy to zarówno pracy zawodowej, jak i życia prywatnego.

Poczucie sensu pozwala nam osiągnąć sytuację, w której chce się chcieć. Jeżeli tego nie ma, pojawia się bardzo groźna nuda. Wszystko wydaje się bezbarwne, monotonne, beznadziejne. Taki objaw może występować w depresji i wtedy trzeba go po prostu leczyć. Natomiast jeśli towarzyszy nam jako wyraz wewnętrznej pustki, staje się sygnałem do natychmiastowego działania poprzez nawiązanie kontaktów z ludźmi, podjęcie aktywności, która wcześniej nas angażowała, sięgnięcie do dawniejszych zamiłowań lub zainteresowań. Absolutnie nie wolno pozostawać w apatycznej bierności, gdyż bardzo tym sobie zaszkodzimy.

Inną ważną potrzebą, dobrze znaną każdemu człowiekowi, jest potrzeba wolności. Dotyczy ona nie tylko pragnienia życia w wolnym kraju, ale przede wszystkim wyraża się potrzebą sprawowania kontroli nad wydarzeniami dnia codziennego. To jest zrozumiałe i łatwe, trudniejsze bywają sytuacje, w których mamy poczucie zniewolenia przez siebie, przez własne uczucie. Nie tak rzadko zdarzają się tzw. toksyczne związki, w których jedna osoba jest całkowicie podporządkowana woli drugiej, bez której nie może żyć, chociaż jednocześnie cierpi z powodu braku wolności. Dość często zdarza się także, że ograniczenie wolności wynika z braku krytycznej postawy wobec swoich uczuć. Odczuwanie niechęci lub czasem nieuzasadnionej antypatii w stosunku do jakiegoś człowieka dyktuje nam zachowania lub reakcje zupełnie pozbawione uzasadnienia i szkodliwe dla obu stron.

Uczucie przygnębienia również bywa złym doradcą, podpowiadając decyzje, których w warunkach równowagi psychicznej i spokoju nigdy byśmy nie podjęli. Nie oznacza to oczywiście, że powinniśmy zawsze tłumić swoje uczucia lub nie dopuszczać ich do głosu. Warto jednak, pamiętając o ich nie zawsze dobrym wpływie na naszą wolność, nabrać zwyczajny refleksyjnej oceny decyzji podejmowanych pod wpływem uczuć.

Zniewolenie może pojawiać się pod postacią presji otoczenia z podporządkowaniem się nakazom będącym zaprzeczeniem własnych przekonań lub pragnień.

Kolejna potrzeba, najrzadziej przez nas uświadamiana, ale bardzo ważna, to potrzeba samotności, czyli umiejętność przebywania ze sobą sam na sam. Stosunkowo niewiele osób, tzw. samotników, dobrze czuje się we własnym towarzystwie. Większość zaczyna odczuwać niepokój, dyskomfort i próbuje szybko zapełnić pustkę, włączając radio, telewizor czy telefon. Wiele osób mieszkających samotnie bardzo źle znosi samotność. Tymczasem samotność dawkowana w dostosowaniu do indywidualnego zapotrzebowania jest bardzo istotną częścią duchowego życia. Staje się okazją przeżywania wewnętrznej wspólnoty z ludźmi i światem, a także możliwością refleksji czy po prostu doświadczenia ciszy, w której zaczynają pobrzmiewać myśli, wspomnienia lub pomysły, które w innych warunkach by się zapewne nie pojawiły. Samotnością trzeba zarządzać. Jeśli są to okresy wygospodarowane z czasu aktywności i przebywania z ludźmi, warto pomyśleć o wykorzystaniu ciszy podczas ćwiczeń medytacji, mindfulness itp. Jeśli natomiast samotność jest rzeczywistością codzienną, a zwłaszcza towarzyszy osobom mało aktywnym życiowo (np. niepracującym zawodowo), wówczas bardzo potrzebne są tzw. rytuały ustanowienia pewnego porządku dnia, który trzeba sobie opracować, a następnie go przestrzegać.

Najtrudniejsza jest potrzeba nieśmiertelności. Wydawałoby się, że w tym wypadku osoby wierzące nie mają z tym problemu ze względu na wiarę w życie wieczne po drugiej stronie. Tymczasem w praktyce potrzeba ta, poza pragnieniem wieczności, wyraża się dość

powszechnym pragnieniem, żeby coś po mnie zostało, żeby zostawić po sobie na ziemi jakiś ślad. Stąd tak często ludzie pod koniec życia spisują wspomnienia, piszą listy, gromadzą pamiątki. Biorąc pod uwagę ten rodzaj potrzeb, organizowane są dla ludzi w każdym wieku warsztaty, których celem jest np. odpowiedź na pytania „Co chciałbyś po sobie zostawić?”; „Jakie najważniejsze słowa chciałbyś przekazać swoim bliskim?”; „Jak chcę, żeby ludzie mnie zapamiętali?” lub „Jaki ślad zostawię po sobie, przechodząc przez życie?”

Nie są to pytania stawiane na starość lub w trakcie choroby – powinny brzmieć wyraźnie w uszach ludzi w pełni sił i życia!



8

DAJ SOBIE

POMÓC

Przeżywanie choroby z bliskimi i organizacja codziennego życia

Anna Wyszadko

W jaki sposób chcesz przeżywać chorobę i z którymi bliskimi

„Przeżywanie” – jakże wieloznaczne...

Kiedy mówi się, że ktoś coś przeżywa, potocznie ma się na myśli, że się tym czymś mocno emocjonuje (np. „Och, to takie straszne, co cię spotkało! Nie wiem, jak to się mogło stać! To niesprawiedliwe!”). Można też myśleć o przeżyciu (w przeciwieństwie do śmierci) oraz o doświadczeniach, które stają się częścią naszych życiowych dróg i historii. Przeżyć = przejść przez chorowanie i leczenie jak przez inne wydarzenia w życiu.

Kto jest „bliski”

Czy bliski jest ten, kto blisko mieszka, jest blisko spokrewniony, czy ma podobne do nas zdanie na większość tematów, a może ten, kogo zapraszamy do swoich najgłębszych i najprawdziwszych uczuć, doświadczeń, myśli... Kto jest Ci bliski?

Jak choroba wpłynęła na Twoje relacje z bliskimi? Jak choroba wpłynęła na Twoje relacje z tymi, którzy są najbliższymi Ci fizycznie (dzielisz z nimi dom, codzienność), z którymi jest Ci blisko duchowo? Czy to są te same osoby?

Z kim dzielisz miejsce, w którym mieszkasz? Z kim dzielisz uczucia (rozmawiasz o uczuciach)? Z kim dzielisz swoje plany, nadzieje, obawy? Z kim dzielisz swoje myśli na temat życia?

Daj sobie czas i odpowiedz szczerze na pytania:

- do kogo Ci teraz blisko;
- kto umie być z Tobą również w czasie chorowania i leczenia, różnorodnych zmian i niepewności;
- kogo potrzebujesz nauczyć, jak teraz być blisko Ciebie;
- czy chcesz/potrzebujesz, by ktoś inny nauczył Twojego bliskiego, jak teraz ma być przy Tobie w dobry sposób?

Pamiętaj, że nawet najlepsi i najbardziej oddani przyjaciele, mogą nie wiedzieć, co i jak zrobić, by Cię nie urazić, i dlatego mogą wydawać się zdystansowani. Pewnie, że najlepiej by było, gdyby bliscy potrafili być blisko zawsze. Wiedz, że czasami pewnego rodzaju instrukcja (np. „proszę, rozmawiaj ze mną o tym, co się teraz dzieje”, „pamiętaj, że to cały czas ja, a nie tylko choroba”, „możesz mnie raz na tydzień zapytać, jak się czuję, ale częściej nie wytrzymam...” czy jakakolwiek inna, jednak jasno pokazująca, czego potrzebujesz) może być bardzo pomocna. W końcu jakość bliskich relacji zależy od obu stron.

Najbliższymi siebie... masz siebie. Czy jesteś dla siebie dobrym bliskim? Czy takiego bliskiego życzyłbyś swojemu przyjacielowi, rodzicom, dziecku, bratu lub innej osobie, której dobrze życzysz? Czas na relację ze sobą samym. To ze sobą przechodzisz przez życie w 100%.

Bliscy dzielą je z Tobą w innej części. Siebie masz zawsze przy sobie. Jakim bliskim chcesz być dla siebie?

W bliskości istotne jest spotkanie

Przypomina mi się historia o wędrowcu, który szedł przez górzysty kraj, od wielu dni nie spotykając nikogo. Tęsknił za ludźmi, rozmową. Pewnego dnia zauważył dom i ogień z kominą gdzieś daleko na szczycie i pomyślał ucieszony: „Tam musi ktoś mieszkać!“. A w tym domu na szczycie wzgórza samotny człowiek zauważył wędrowca i ucieszył się: „Tak miło będzie spotkać kogoś, spędzić trochę czasu razem!“. Za chwilę jednak pomyślał: „Skoro tak wędruje samotnie, pewnie potrzebuje samotności i ją wybrał... Nie będę mu przeszkadzał. Usiądę na ławce przed domem i jeżeli mnie zagadnie, z radością go zaproszę. Jeśli jednak się nie odezwie, zrozumie, że nie chce, by mu ktokolwiek przeszkadzał“. Wędrowiec natomiast pomyślał: „Jeśli ktoś tutaj mieszka, pewnie cieszy się spokojem i raczej nie ma ochoty na towarzystwo. Jeśli zaprosi mnie do siebie z radością przyjmę to zaproszenie. Jeśli jednak nie będzie szukał mojego towarzystwa – nie będę się narzucał“. Kiedy zbliżał się do gospodarstwa, zauważył milczącego mężczyznę, który spoglądał w jego stronę. Mieszkaniec widział milczącego wędrowca, który szedł przed siebie. I tak wędrowiec minął gospodarstwo, myśląc: „Szkoda, nie mogę jednak narzucać swojej obecności“. Takie same myśli miał gospodarz...
Jaki z tego morał? Nie wystarczy wiedzieć, czego się chce. Nie wystarczy także zauważać okazji. Trzeba jeszcze coś zrobić, by pomóc sobie osiągnąć własne cele.

Choroba i leczenie to jedynie część Twojego życia. Musisz pamiętać o równowadze. Wyobraź sobie siebie za 5–10 lat. Pomyśl, jak chcesz przejść przez czas choroby i leczenia. Jakie mieć myśli, jakie rozmowy, na co mieć czas, a na co czasu nie przeznaczать? Wiele wymiarów Twojego życia może ulec zmianie pod wpływem choroby. Czy zauważasz takie obszary, których choroba i leczenie nie zmieniły?

Organizacja życia codziennego

Często nie zdajemy sobie sprawy, jak wiele zadań i spraw z rozmaitych obszarów udaje nam się załatwić każdego dnia. Czas chorowania i leczenia często pokazuje z nowej perspektywy codzienne czynności i obowiązki. Choroba i leczenie mogą spowodować coś w rodzaju rewolucji w Twoim domu.

Oceń sytuację i potrzeby

Sprawdź, jakie obowiązki czy działania stały się aktualnie niemożliwe. Zastanów się, z czego możesz zrezygnować. W tym, z czego nie można zrezygnować, kto Cię może zastąpić? Jakie dodatkowe wymagania nakłada na Ciebie choroba? Czy trzeba gdzieś pojechać, gdzie być? A jakie stwarza szanse? Może masz więcej czasu dla bliskich, a może więcej czasu na bycie ze sobą samym? Na ile choroba zmieniła Twoje życie codzienne?

Na ile się da, zaproś do swojego życia spokój. Usiądź, połóż się lub pójdz na spacer (jak wolisz, jak teraz możesz) i spotkaj siebie. Czego tak naprawdę chcesz? Czego możesz się nauczyć z tego życiowego doświadczenia? Ustal cele. Kto Ci dobrze życzy? Kto potrafi cieszyć się Twoimi sukcesami i radościami? Porozmawiaj z tą osobą o swoich celach.

Możesz zacząć od marzeń. Marzenie, wizja to konieczny początek. Potem trzeba działać.

Czasami nawet najprostsze czynności mogą wydawać się zbyt trudne. Szczególnie w sytuacjach, gdy jesteśmy osłabieni chorobą. Najważniejsze jest nauczyć się siebie samego uspokajając i godzić się na swoje tempo. Możesz to zrobić, planując wcześniej swój dzień, w którym zrównoważysz czynności łatwe i te, które wymagają więcej wysiłku. Rezerwuj sobie dużo czasu na zrealizowanie zaplanowanych działań, tak by móc czuć spokój bez presji. Przykładowo, jeśli zauważasz, że potrzebujesz więcej czasu, żeby wstać z łóżka, ubrać się i pojechać do przychodni, weź to pod uwagę, umawiając się na wizytę. Być może uda się umówić konsultację na dogodną dla Ciebie godzinę.

Planuj

Ustalaj priorytety – koniecznie! Najpierw rzeczy najważniejsze. Pomyśl, co jest teraz dla Ciebie naprawdę ważne. Potem wszystko to zapisz i zrób plan, jak zrealizować ważne cele. Pozwól sobie pomóc.

Każdy z nas ma pamięć roboczą. To obszar mózgu, w którym przetwarzane są nowe informacje, których jesteśmy świadomi i decydujemy, co z nimi zrobić dalej. Przez lata uważano, że możemy utrzymywać w tej pamięci siedem elementów informacji jednocześnie, jednak najnowsze badania pokazują, że tylko trzy–cztery. Kiedy chcemy coś pamiętać i o tym myślemy, a np. telefon czy SMS odwrócić naszą uwagę, często później potrzebujemy czasu na przypomnienie sobie, o czym myśleliśmy wcześniej. Z tego powodu, aby jak najbardziej skorzystać z swoich pomysłów, warto je zapisywać. Jest to ważne szczególnie wtedy, gdy jesteśmy bombardowani natłokiem informacji, spraw do załatwienia. W dużym stresie czasem trudno się skupić nawet na jednej sprawie. Dzięki zapisywaniu pozwalasz swojemu mózgowi zająć się dobrze tym, co aktualnie trzeba zrobić. Często powtarzane przekonanie na temat wartości robienia wielu rzeczy naraz nie jest potwierdzone przez badania naukowe. Rób jedną rzecz, a po jej skończeniu przejdź do następnej.

Tak zwana wielozadaniowość (ang. multitasking), mocno promowana w ostatnich latach, okazuje się kiepskim rozwiązaniem. Badania naukowe pokazały, że osoby wykonujące kilka zadań naraz w rzeczywistości przeważnie przełączały się między wykonywaniem jednego i drugiego zadania, a czas wykonania tych zadań był dłuższy niż u osób, które wykonywały najpierw zadanie pierwsze, a potem drugie.

Dobrze ilustruje to dowcip, krążący w internecie: „jestem wielozadaniowy: mogę słuchać, ignorować i zapominać jednocześnie”.

Po to, by nie obciążać pamięci i mózgu niepotrzebnie, wyznacz jedno miejsce, w którym będziesz przechowywać dokumentację medyczną. Dzięki temu oszczędzisz czas i nerwy przed wizytami u lekarzy. Niektórzy wolą przechowywać dokumentację w wersji papierowej, inni w wersji elektronicznej. Jak Tobie jest wygodniej zapisywać wszystkie sprawy do załatwienia, pomysły itp.?

Pozwól sobie pomóc i śmiało proś o pomoc

Wybierz zaufanego członka rodziny lub przyjaciela, który będzie miał dostęp do Twoich opłat, rachunków, numerów telefonów do lekarzy, listy leków, który będzie wiedział, co robić na wypadek, gdybyś gorzej się poczuł/poczuła i nie mógł/nie mogła sam/sama załatwić tych spraw lub też wyrazić swojej woli. Niech to będzie osoba, do której masz zaufanie i wierzysz, że będzie szanować Twoją wolę.

Jeżeli ktoś chce Ci pomóc, pozwól mu na to. Większość osób ucieszy się, kiedy będzie mogła pomóc. W czasie choroby i leczenia, kiedy ciało jest słabe, wyzwaniem może być wyjście lub pojechanie gdzieś, zrobienie zakupów, gotowanie dla siebie i bliskich. Kto może w tym pomóc? Od kogo przyjmiesz pomoc? Pozwalając sobie pomóc, także coś dajesz, okazję do zrobienia czegoś dla Ciebie właśnie. Pamiętaj, jak to miło, gdy ktoś się cieszy z tego, że zrobisz dla niego coś pożytecznego?

Możesz skorzystać z udogodnień ostatnich lat, takich jak np. zakupy przez internet.

Pamiętaj o wszystkich sferach życia

Definicja zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) mówi o bio-psycho-społeczno-duchowym dobrostanie (czyli dobrym samopoczuciu). Kiedy w chorobie pewna ustalona wcześniej równowaga została naruszona, warto pamiętać, że każdy ma wszystkie cztery obszary swojej ludzkiej osoby.

Na co pozwala Twoje ciało? Czego ono potrzebuje? Na co teraz zwraca uwagę? Być może potrzebne okaże się przeorganizowanie albo przemeblowanie Twojego mieszkania – zależnie od Twoich potrzeb. Może to być m.in. ułatwienie dostępu do toalety czy zapewnienie wygodnego i odpowiedniego łóżka.

Daj sobie czas na sen, odżywianie, ruch, czułość, troskę o zdrowie, estetykę.

Co masz do zrobienia (w domu, w pracy)? Co teraz możesz zrobić, w czym potrzebujesz pomocy, a co może poczekać albo co można odpuścić?

Utwórz coś w rodzaju centrum zarządzania – w jednym miejscu trzymaj wszystkie informacje: co jest do zrobienia i kto co robi. Możesz użyć aplikacji na smartfonie albo tradycyjnej metody. Najważniejsze, aby wszystkie informacje znajdowały się w jednym miejscu. Dzięki temu oszczędzisz czas i zachowasz spokój, a także zwiększysz szanse na to, że wszystko co potrzebne, zostanie zrobione.

Możliwe, że na czas leczenia będziesz musiał/musiła wycofać się z pracy, wziąć zwolnienie lekarskie, być może będziesz potrzebował/potrzebowała zmiany stanowiska albo miejsca pracy. Niektóre osoby na czas leczenia mogą pozostać w pracy i decydują się na to. Wybierz opcję, która dla Ciebie jest możliwa i najlepsza.

Z kim chcesz mieć kontakt? Które relacje Ci służą, a które wprowadzają więcej chaosu? Czy w relacjach nie oczekujesz wyłącznie opieki, bez dawania innym tego, co mimo choroby lub dzięki niej możesz im dać? A może przeciwnie, wszystko chcesz robić sam/sama, odsuwając od siebie tych, którzy mogliby Ci pomóc w tym, co dla Ciebie naprawdę potrzebne.

Z kim chcesz mieć kontakt? Z kim musisz mieć kontakt (np. lekarz)?

Zrób pożytek, skorzystaj z informacji zawartych w rozdziale o stresie i rozmowach z bliskimi. Zadbaj o to, by relacje, jakie masz, były dla Ciebie dobre.

Co myślisz o świecie, życiu? Jaki nadajesz mu sens? Jakie znaczenie nadajesz chorobie, z którą się mierzysz? Jakie są Twoje myśli dotyczące przyszłości? Czym zajmujesz się w swojej wyobraźni? Jak się z tym czujesz?

Ktoś powiedział, że kiedy zawsze robimy to, co możemy, wtedy jesteśmy dokładnie tym, kim mamy być. Takie myślenie może pomóc przebaczyć sobie to, że czasami w chorobie mamy mniej siły, niż byśmy chcieli. Wtedy wystarczy zrobić to, co jest możliwe. Nie mniej. Tyle, ile się da.

Asertywność

Dorota Grabowska

Na początku spróbujmy zastanowić się, czym jest asertywność, jaką rolę odgrywa w codziennym życiu oraz co sprawia, że jest istotna. Chociaż w powszechnej opinii asertywność często jest utożsamiana z umiejętnością powiedzenia „nie”, zarówno jej definicja, jak i rola są dużo bardziej skomplikowane.

Asertywność jest to zdolność do otwartego wyrażania własnego zdania, emocji i poglądów, z równoczesnym okazaniem szacunku sobie i innym oraz z wzajemnym poszanowaniem granic. Postawa asertywna zakłada, że własne potrzeby i prawa są tak samo ważne jak innych osób, więc każdy ma prawo do bycia sobą, podejmowania osobistych decyzji, okazywania uczuć i prezentowania postaw. Będąc asertywnymi, komunikujemy się z ludźmi, zachowując własną odrębność, ale równocześnie nie narzucamy nikomu naszego zdania. Bycie osobą asertywną nie oznacza bycia aroganckim. Można stanowczo wyrażać swoje opinie i emocje, będąc jednocześnie życzliwym i uprzejmym dla drugiego człowieka.

Warto mieć świadomość, że nikt z nas nie rodzi się asertywny. Asertywność jest cechą nabytą, która w różny sposób, lepiej bądź słabiej, kształtuje się w ciągu naszego życia w toku relacji z innymi osobami. Tym samym ludzie różnią się między sobą poziomem zdolności do bycia asertywnymi. Niektórzy, umniejszając szacunek do samych siebie, stają się nadmiernie ulegli. Inni, mający tendencję do przekraczania cudzych granic, stają się nadmiernie roszczeniowi, a niekiedy agresywni.

Asertywność idzie w parze z pewnością i zadowoleniem z siebie, a także większą świadomością i zrozumieniem własnych mocnych i słabszych stron. Stąd wpływa na wzrost akceptacji siebie. Dzięki dostrzeganiu swoich niedoskonałości i daniu sobie wewnętrznego przyzwolenia na popełnianie błędów i uczenie się na nich osoby asertywne mniej uzależniają swoją samoocenę od chwilowych porażek bądź sukcesów.

Asertywność jest powiązana z lepszą umiejętnością współpracy i negocjacji, skuteczniejszym rozwiązywaniem konfliktów i łatwiejszym dochodzeniem do kompromisów, a także większym zadowoleniem z nawiązywanych relacji z innymi. Asertywność to także zdolność do przyjmowania i wyrażania krytyki, chwaleń, przyjmowania pochwał i okazywania wdzięczności oraz dzielenia się swoimi opiniami i poglądami.

Najważniejszym krokiem do stania się osobą asertywną jest nabranie pewności, że to, co myślę i czuję, jest ważne. Na równi ważne z tym, co myślą i czują inni ludzie. Ponadto osoba asertywna to taka, która umiejętnie stawia swoje własne, psychologiczne granice. To właśnie od nich zależy, jak bardzo ktoś inny może się do danej osoby zbliżyć i jak bardzo może ingerować w jej indywidualny świat. Granice psychologiczne kształtują się wraz z rozwojem człowieka, podobnie jak osobowość, pod wpływem relacji z osobami ważnymi dla danej jednostki. Szczególną rolę w tym procesie odgrywają opiekunowie z dzieciństwa. Jeżeli potrafią stawiać jasne granice, przesuwać je elastycznie do przodu wraz z rozwojem dziecka, a także swoimi postawami okazują szacunek innym ludziom, wtedy dorastająca osoba uczy się budowania podobnych granic w odniesieniu do samej siebie. Zdrowe granice psychologiczne są granicami elastycznymi. To, na ile pozwalamy na wymianę myśli, emocji,

doświadczeń i wsparcia z innymi ludźmi, powinno być zależne od konkretnej sytuacji, od naszego samopoczucia, chęci i ciekawości. Jeżeli postrzegamy coś za korzystne dla nas, jesteśmy tym zainteresowani, otwieramy swoje granice i dopuszczamy to do siebie, a w sytuacji odwrotnej, kiedy oceniamy sytuację jako zagrażającą, nasze granice powinny się zamykać. Niekiedy ludzie zanadto usztywniają swoje granice, co może skutkować nieumiejętnością dzielenia się swoimi przekonaniem, odczuciami, czy też trudnością w sięgnięciu po pomoc lub jej przyjęciu. Konsekwencją stawiania zbyt luźnych granic psychologicznych jest z kolei zagrożenie poczucia bezpieczeństwa. Osoby, których granice są zbyt łatwe do przekroczenia, częściej stają się ofiarami przemocy.

Poza nabraniem pewności siebie, że moje przekonania i uczucia są ważne, asertywność wymaga poniekąd także odwagi i przełamania wewnętrznych obaw, które wielu ludzi nosi w sobie. Często jest tak, że obawiamy się niezrozumienia lub tego, że drugi człowiek wyda na nasz temat krzywdzącą opinię. Konsekwencją tego lęku jest zrezygnowanie z mówienia o swoich potrzebach, a tym samym odebranie naszym bliskim możliwości zaspokojenia ich. Nie mniej często obawiamy się urażenia cudzych uczuć, nie wiemy, w jaki sposób odmówić drugiemu człowiekowi, jak zwrócić mu uwagę, że jego słowa wcale nie są dla nas wspierające, mimo iż z taką intencją zostały wypowiedziane (np. „wszystko będzie dobrze”). Obawiamy się, że taka osoba może poczuć się źle, obrazić się lub może nawet przestać nas lubić. Nauka asertywności pomaga w przewycięzeniu tych lęków. Ucząc się, jak być asertywnym, jak stawiać bezpieczne granice, człowiek uczy się także, że wyrażanie własnych próśb i opinii oraz uprzejma odmowa nie muszą być odbierane przez otoczenie jako negatywne.

W chorobie nowotworowej bardzo istotne jest, aby pacjent umiał dać sobie przyzwolenie na bycie zmęczonym, osłabionym, na spędzanie czasu po swojemu i z tymi osobami, z którymi ma ochotę. Pacjent ma pełne prawo do tego, aby odmówić odwiedzin lub spotkania z kimś bez poczucia winy. Osoba chora ma też prawo do tego, aby nie mówić o swoich dolegliwościach każdemu napotkanemu znajomemu czy w odpowiedzi na każdy telefon. To od pacjenta powinno zależeć komu z krewnych czy przyjaciół, kiedy i jak dużo opowie o swojej chorobie – postawienie w tym miejscu odpowiedniej psychologicznej granicy jest bardzo istotne w procesie adaptacji do sytuacji choroby i leczenia. Asertywna i empatyczna zarazem komunikacja z bliskimi może znacząco poprawić jakość opieki, wpłynąć korzystnie na współpracę z chorym, a także mobilizować do przestrzegania zaleceń. Bliscy, komunikując się ze sobą asertywnie, stają się nawzajem wrażliwsi na swoje potrzeby, są wobec siebie bardziej otwarci i wyrozumiali, łatwiej im współodczuwać, koncentrują się na swoich przeżyciach, a nie tylko na objawach choroby, i potrafią wzajemnie uszanować swoje opinie i granice.

Asertywność może także wpływać korzystnie na komunikację między osobą chorującą na nowotwór a personelem medycznym. Warto mieć na uwadze, że w procesie komunikacji zawsze uczestniczą dwie strony, które na zmianę w toku rozmowy są nadawcami i odbiorcami różnych komunikatów. Za sukces w komunikacji można uznać moment, w którym obie strony rzeczywiście rozumieją, co druga osoba chciała powiedzieć. Aby go osiągnąć, potrzebne są starania obydwu stron (zarówno pacjenta, jak i specjalisty). Istnieją liczne czynniki mogące utrudniać nawiązanie dobrej komunikacji, jak na przykład stres i trudne emocje (lęk, bezsilność, żal), które odciągają uwagę pacjenta o tego, co mówi lekarz, utrudniając zrozumienie i zapamiętanie jego słów. Przeszkodą może być też założenie, że lekarz sam domyśli się, jaki problem nurtuje pacjenta, i z góry będzie znał odpowiedzi na niezadane jeszcze pytania. Bariery komunikacyjną może się także okazać fachowe słownictwo. Pacjent ma pełne prawo nie znać terminologii medycznej, ale jeżeli nie poprosi o wytłumaczenie, doprecyzowanie czy powtórzenie, lekarz może się nie zorientować, że sposób, w jaki mówi, jest niezrozumiały

i nawet nie dostanie szansy na omówienie spraw bardziej przystępnym językiem. Utrudnieniem dla nawiązania dobrej, empatycznej komunikacji jest także brak wzajemnego zaufania, zarówno lekarza do pacjenta, że ten będzie odpowiadał szczerze i nie zatai żadnych istotnych faktów związanych ze swoimi dolegliwościami, objawami, przebiegiem terapii oraz tym, czy stosuje się do zaleceń, jak i pacjenta do lekarza, że ten w zgodzie ze współczesną wiedzą medyczną zaproponuje mu możliwie jak najkorzystniejszą metodę badania czy leczenia. Asertywna komunikacja daje obydwu stronom szansę na dobrą rozmowę i bycie zrozumianym.

Komunikując się asertywnie, należy opierać swój komunikat na faktach: „ostatnio zauważyłem u siebie powiększony węzeł chłonny”; nazywać swoje uczucia: „bardzo się boję, że to rak”, i dzielić się swoimi potrzebami: „panie doktorze, proszę mi pomóc”. Do rozmowy z lekarzem warto się przygotować. Można przed wizytą na spokojnie wynotować niepokojące nas kwestie, obserwacje i pytania. Dobrym pomysłem jest też pójście na konsultację z kimś bliskim, potrafiącym wesprzeć chorego.

Osoba asertywna jest świadoma posiadanej wiedzy, dopuszcza do siebie, że na jakimś temacie może znać się gorzej i go nie rozumieć. Dzięki temu bez umniejszania swojego poczucia własnej wartości będzie dopytywała o wątpliwe dla niej sprawy, aby możliwie jak najlepiej zrozumieć swoją sytuację i perspektywę dalszego postępowania oraz się do nich zaadaptować, obniżając tym samym poziom odczuwanego lęku i dystresu. Człowiekowi asertywnemu łatwiej też będzie określić swoje potrzeby, w zgodzie ze sobą poprosić drugą osobę o wsparcie i z wdzięcznością je przyjąć. Mniejszym problemem będzie dla niego także odmówienie przyjęcia pomocy, którą postrzegał za nieadekwatną, a odmowa ta nie będzie generowała dużego poczucia winy.

Umiejętność bycia asertywnym może się okazać bardzo pomocna w poradzeniu sobie z chorobą nowotworową i z kryzysami, które są naturalnie wpisane w jej dynamikę, poczynszy od momentu dostrzeżenia niepokojących objawów, przez stres i poczucie bezsilności towarzyszące diagnostyce, następnie obawę przed efektami ubocznymi terapii, a skończywszy na silnym lęku przed progresją choroby, przerzutami i śmiercią. W większości przypadków choroba onkologiczna nie będzie dotyczyła jedynie pacjenta. Nowotwór potrafi na długie miesiące, a niekiedy lata, wpisać się w życie rodziny, odcisnąć swoje piętno na życiu osobistym i zawodowym chorego i jego opiekunów. Nierzadko bywają momenty, kiedy poza walką z rakiem pacjent zmaga się także z innymi trudnościami. Wtedy mogą pojawiać się chwile, gdy dotychczas stosowane metody radzenia sobie przestają być skuteczne. Dzięki byciu asertywnym chory nie będzie traktował gorszego momentu w przebiegu choroby w kategoriach osobistej porażki. Będzie potrafił lepiej nazwać dręczące go uczucia i zrozumieć, dlaczego się pojawiły. Asertywny pacjent z większą akceptacją będzie poszukiwał fachowej pomocy specjalistów – psychoonkologa, psychiatry czy psychoterapeuty. Konsultując się z nimi, nie będzie nadmiernie odczuwał wstydu i poczucia winy, bo jego uwaga będzie skupiona na tym, aby pomóc sobie przezwyciężyć trudności. Rozmowa z odpowiednim specjalistą, a niekiedy także włączenie leków poprawiających nastrój lub obniżających poziom lęku, pomaga w zredukowaniu natężenia przykrego dla pacjenta napięcia, ułożeniu myśli i spojrzeniu na swoją sytuację z innej perspektywy. To z kolei może znacząco ułatwić proces adaptacji do sytuacji przewlekłej choroby i długotrwałego leczenia, a także odbudować nadzieję i wpłynąć na chorego mobilizująco.

Jak już wspomniano, asertywność nie jest cechą wrodzoną, kształtuje się w interakcjach z innymi ludźmi w toku życia. Bycie dorosłym nie oznacza równocześnie bycia asertywnym. Wiele osób uczy się stawiania elastycznych granic i przyjmowania postawy asertywnej dopiero w dorosłym życiu. Niekiedy bywa tak, że to właśnie choroba pomaga w osiągnięciu tej umiejętności.

Jeżeli wydaje Ci się, że nie jesteś osobą asertywną, zastanów się w pierwszej kolejności, co Cię hamuje. Różne Twoje doświadczenia z przeszłości wpływają na to, jak zachowujesz się obecnie. Jeżeli czujesz się niekomfortowo ze swoimi przekonaniem i emocjami oraz z tym, jak reagujesz w różnych sytuacjach, spróbuj się nad nimi chwilę zastanowić. Pamiętaj, że Twoje uczucia i potrzeby są ważne, postępuj w zgodzie ze sobą, jednocześnie okazując szacunek dla drugiej osoby i jej własnych granic. Z czasem zaczniesz lepiej rozpoznawać i rozumieć swoje uczucia. Mów o tym, co czujesz, czego ci potrzeba, co ci przeszkadza. Dzięki otwartej komunikacji umocnisz swoje relacje z ludźmi. Śmiało zadawaj pytania, naucz się przyjmować krytykę. Pozwól sobie na popełnianie błędów, traktuj to w kategoriach samorozwoju i buduj pewność siebie oraz zdolność do podejmowania decyzji.

Empatia

Justyna Janiszewska

.....
*Nie osądzaj nikogo, dopóki nie staniesz przy jego kowadle
i nie popracujesz jego młotem.*

Riordan Rick¹⁰

*Nasze słabości budują naszą wrażliwość,
dzięki nim uczymy się empatii.*

Dorota Milli¹¹
.....

Empatia jest ogólnie znanym pojęciem. Pojawia się jednak pytanie: czy naprawdę rozumiemy, jakie jest znaczenie tego słowa. Z licznych publikacji opisujących empatię wynika, że jej zdefiniowanie jest problematyczne z uwagi na niejednoznaczną interpretację oraz wielowymiarowy charakter tego zjawiska.

Definicja empatii

Już sama etymologia pojęcia „empatia” nastęrcza pewne trudności. Pochodzenie tego słowa upatruje się w greckim terminie *eempátheia*. Niektórzy tłumaczą to określenie dosłownie, jako cierpienie, inni jako wywodzące się od „en”, „in, at” + „pathos” – uczucie, przywiązanie fizyczne, pasja, stronniczość. Po raz pierwszy empatia została opisana przez Roberta Vischera, który w 1873 roku, używając terminu *Einfühlung* w dyskusji o estetyce, potraktował ją jako spontaniczną projekcję uczuć i rzeczy, które człowiek odbiera. Następnie termin ten został wykorzystany przez Theodora Lippsa do opisanie instrumentu, za pomocą którego ludzie doświadczają piękna tkwiącego w przedmiocie. Do psychologii pojęcie empatii zostało wprowadzone przez Edwarda Bradforda Titchenera w 1909 roku. Inspirację do prac badawczych na polu ludzkiej empatii stanowiła w znaczącej mierze koncepcja terapii autorstwa Carla Rogersa. Była ona ujmowana jako wrażliwość na znaczące uczucia innych osób, dająca możliwość chwilowego utożsamienia się z ich życiem bez dokonywania oceny. Zdaniem tego autora empatia oznacza otwartość zarówno na własne doznania emocjonalne, jak i na doznania emocjonalne drugiej osoby.

¹⁰ R. Rick, Bitwa w labiryncie. *Percy Jackson i bogowie olimpijscy*, tom 4. Wydawnictwo Galeria Książki, Kraków 2010.

¹¹ D. Milli, *Sekret wyspy*. Wydawnictwo Filia, Poznań 2020.

Obecnie empatia pojmowana jest przez większość badaczy jako wielowymiarowe zjawisko, polegające na zauważaniu oraz rozumieniu stanów emocjonalnych drugiej osoby, wczuwaniu się w jej stany psychiczne i wewnętrzne przeżycia oraz zdolności rozumienia przekonań, postaw i ról odgrywanych przez innych. Zdolność empatii to umiejętność spojrzenia na świat oczami innej osoby, postawienia się w jej sytuacji (ang. *just put yourself in his shoes*).

Badacze w większości zgadzają się co do tego, że empatia nie oznacza utożsamiania się z drugim człowiekiem. Jest to szczególnie ważne w sytuacji nagromadzenia się trudnych emocji, gdy rozmówcy towarzyszy niepokój, ból, poczucie bezradności czy beznadziejności. Utożsamiając się w takiej sytuacji z drugą osobą, można by wprawdzie dobrze zrozumieć jej subiektywną sytuację, ale nie można by jej pomóc. Co więcej, tego typu utożsamianie się z osobą potrzebującą pomocy groziłoby popadnięciem w zgłaszane przez nią stany emocjonalne.

Większość autorów dokonuje wyraźnego rozgraniczenia między empatią a współczuciem. Współczucie powoduje, że rozmówca jest postrzegany jako osoba wymagająca pomocy, nieradząca sobie z problemami, co w relacji z innymi może przekładać się na umniejszanie znaczenia tej osoby.

Rodzaje empatii

Podkreśla się poznawczy, emocjonalny i wykonawczy aspekt empatii.

Empatia w aspekcie emocjonalnym to dzielenie emocji innych, emocjonalna harmonia, współodczuwanie, odzwierciedlanie emocji obserwowanej osoby oraz współprzeżywanie stanów uczuciowych przez ekspresję lub emocjonalne zachowanie.

Empatia emocjonalna jest stanem, który prowadzi do doświadczania cudzych nastrojów i emocji jako własnych. Można więc przyjąć, że jest to stan szczególnej wrażliwości wobec uczuć innych.

Empatia poznawcza uruchamiana jest nawet w sytuacji braku bezpośredniego kontaktu z osobą doznającą określonych stanów emocjonalnych. Empatia jest rozumieniem, oglądaniem i interpretowaniem działań drugiego człowieka oraz zgłębianiem sposobu, w jaki on postrzega świat. Przez doświadczanie odrębności innej osoby i przyjmowanych przez nią perspektyw prowadzi do zrozumienia i umożliwia przewidywanie przyszłych zachowań jednostki. Empatia poznawcza obejmuje takie cechy, jak rozpoznawanie emocji innych, przyjmowanie perspektywy innych, zdolność interpretacji postępowania oraz analizy czynników wywołujących daną reakcję.

Aspekt wykonawczy (komunikacyjny) dotyczy zdolności człowieka do komunikowania rozumienia uczuć i stanów drugiej osoby. Porozumiewanie się zarówno na płaszczyźnie doznań emocjonalnych, jak i poznawczych doświadczeń rozmówców opisuje się kategorią komunikacji empatycznej. Stanowi ona zdolność do wsłuchiwania się w subiektywny świat przeżyć i przekonań rozmówcy. Przejawem tego aspektu empatii są wypowiedzi empatyczne. Pojęcie to odnosi się do umiejętności zrozumienia cudzego doświadczenia w celu skutecznego komunikowania się z nim, a także potwierdzenia porozumienia z drugą osobą. Technika polegająca na wykorzystaniu umiejętności empatycznych składa się z trzech etapów:

- rozpoznawania emocji;
- określenia przyczyn tych emocji;
- reagowania w sposób adekwatny do określonego problemu emocjonalnego.

Odpowiedź może przybrać różne formy, takie jak wyrazy zrozumienia lub szacunku czy dalsze definiowanie problemu („wygląda pan na zdenerwowanego”, „to musiało być dla pani bardzo trudne”), bądź niewerbalne, w postaci kontaktu wzrokowego, gestykulacji, mimiki twarzy, zmiany pozycji ciała czy posłużenia się dotykiem. Celem reakcji empatycznej jest pokazanie, że rozpoznajemy i akceptujemy uczucia drugiego człowieka.

Źródła empatii

Już samo wyjaśnianie genezy zjawiska empatii wskazuje na wiele różnic wśród psychologów i badaczy tego zagadnienia. Dominują dwa poglądy. Pierwszy z nich traktuje empatię jako mechanizm wrodzony, drugi wskazuje, że jest to zjawisko wyuczone.

Według zwolenników pierwszego podejścia istnieje w człowieku wrodzona zdolność do spostrzegania i reagowania na emocje i uczucia innej osoby, wobec których nie pozostajemy obojętni. Empatia jest naturalną cechą każdej jednostki, bez której nie byłibyśmy zdolni do budowania relacji w społeczeństwie oraz zaspokojenia potrzeby przynależności, niezbędnej do właściwego rozwoju. Przeznaczeniem człowieka jest okazywanie empatii, a nie agresji, a współpraca z innymi osobami leży w ludzkiej naturze.

W wyniku krytyki poglądu, że empatia jest mechanizmem wrodzonym, powstał nowy nurt podejścia do zjawiska empatii, według którego empatia jest produktem społecznego uczenia się zachowań.

Ostatecznie wielu badaczy tego zagadnienia wyróżnia trzy grupy przyczyn odpowiedzialnych za budowanie poziomu empatii u człowieka: predyspozycje biologiczne, predyspozycje psychologiczne oraz predyspozycje środowiskowe.

Predyspozycje biologiczne to materiał, który dziedziczymy. Rodzimy się genetycznie zaprogramowani na określony poziom empatii.

Predyspozycje psychologiczne to wzorce, które otrzymaliśmy w dzieciństwie, oraz relacje, jakie panowały i panują wśród naszych najbliższych. Dla rozwoju umiejętności empatycznych korzystne jest wychowywanie dzieci w poczuciu odpowiedzialności za drugą osobę oraz świadomość konsekwencji podejmowanych działań. Badania wskazują, że osoby wykazujące niższy poziom empatii wychowywały się w poczuciu bezkarności oraz braku odpowiedzialności za innych.

Predyspozycje środowiskowe to czynniki, które kształtują nas przez całe życie. Jak pokazują badania, poziom empatii zmienia się wraz z wiekiem, a zasadniczy wpływ na jej natężenie ma otoczenie, w jakim przebywamy, oraz panujące w nim akceptowane wzorce zachowań.

Dojrzałość empatyczna

Według popularnych koncepcji rozwoju człowieka małe dzieci nie są zdolne do empatycznych reakcji ze względu na dziecięcy egocentryzm i brak umiejętności przyjmowania cudzej perspektywy. Nie oznacza to jednak, że u małych dzieci empatia nie występuje. Według teorii Martina L. Hoffmana wrodzona zdolność do reakcji emocjonalnej na nieszczęście innego człowieka przejawia się w prymitywnej postaci już we wczesnym dzieciństwie. Dopiero w wieku 2–3 lat można mówić o pierwszych prawdziwych empatycznych reakcjach. Okres największego rozwoju empatii przypisywany jest wiekowi przedszkolnemu (4.–5. rok życia)

i wiąże się z intensywnym rozwojem zdolności poznawczych w tym czasie, a co za tym idzie – zdolnością przyjmowania perspektywy innych osób oraz wyraźnego oddzielania siebie od innych.

Dojrzała empatia polega na zrozumieniu przeżyć innej osoby, przy zachowaniu własnej osobowości, odrębności sposobów myślenia, przeżywania i doświadczania.

Inni definiują dojrzałość empatyczną jako strukturę poznawczą, na którą składają się odpowiedzi na pytania:

- czy dana osoba może odczuwać empatię;
- wobec kogo ją odczuwa (wobec przyjaciela, osoby obcej, wroga);
- jak szeroką grupę tą zdolnością obejmuje.

Kryterium dojrzałości empatycznej stanowi różnica między tym, jak dana osoba rozumie określoną sytuację i jak odbierają ją inni. Poziom dojrzałości empatycznej jest określany przez pryzmat postrzegania innej osoby w kategoriach „taki jak ja” lub „różny”. Najwyższym w hierarchii etapów dojrzałości empatycznej jest ten, w którym inne osoby są postrzegane w kategoriach „taki jak ja”. Wyróżnia się trzy etapy dojrzałości empatycznej:

- Etap 1 – najbardziej prymitywny, rzadko spotykany u ludzi dorosłych. Na tym etapie osoby postrzegają innych jako zasadniczo odmiennych od siebie. Racjonalne uzasadnienia działań, uczuć i myśli innych osób nie są postrzegane jako istotne przesłanki pozwalające na zrozumienie motywów ich postępowania.
- Etap 2 – na tym etapie ludzie uważają, że ich postrzeganie zachowania innych jest charakterystyczne dla wszystkich. Dlatego ich zdaniem przyczyny zachowań i uczuć są uzasadnione w takim stopniu, w jakim pokrywają się one z ich sposobem myślenia. W przeciwieństwie do etapu 1 osoba z etapu 2 widzi innych jako podobnych do siebie, ale pod warunkiem, że odbierają swój świat w ten sam sposób. Na tym etapie pozytywne podejście wobec osoby cierpiącej, postrzeganej jako uczestnik negatywnych działań, jest trudne. Chyba że z punktu widzenia człowieka oceniającego zachowanie to jest możliwe do wyjaśnienia. Przykładem takiego negatywnego zdarzenia może być AIDS w wyniku praktyk seksualnych nieakceptowanych przez obserwatora. Jeśli uważa on, że osoba cierpiąca jest odpowiedzialna za to, co ją spotkało, nie będzie miał empatii. W sytuacji gdy można ustalić akceptowalny powód, przy którym osoba cierpiąca nie jest tak naprawdę odpowiedzialna (np. choroba jest wynikiem transfuzji krwi), wówczas pojawia się empatia. Na tym etapie opiekunowie, którzy chcą czuć empatię wobec swoich podopiecznych, często starają się znaleźć czynniki ograniczające ich odpowiedzialność za zaistniałą sytuację. Większość społeczeństwa działa na etapie 2.
- Etap 3 – na tym etapie nie dochodzi do osądzania zachowania danej osoby. Drugi człowiek jest postrzegany w taki sam sposób, w jaki rozumie się samego siebie. Stosunek do innych ludzi oparty jest wyłącznie na zrozumieniu, a nie na interpretacji zachowania. Postrzeganie innej osoby jako odpowiedzialnej za problem nie stanowi czynnika powstrzymującego empatię. Cechą charakterystyczną 3 etapu jest brak sprzeczności między zdolnością do empatii a postrzeganiem drugiej osoby jako odpowiedzialnej za problematyczne zachowanie.

Podstawowe funkcje empatii

Podstawowe pytanie, które nasuwa się w odniesieniu do empatii, dotyczy funkcji, jakie ta zdolność pełni w życiu człowieka. W literaturze podkreśla się, że empatia warunkuje

zachowania altruistyczne, jest związana z tendencją do podejmowania współpracy, pozytywnie wpływa na proces kontrolowania i hamowania przejawów agresji. Zwraca się także uwagę na fakt, że empatia sprzyja rozwojowi postaw prospołecznych, współwystępuje z tendencją do konstruktywnego rozwiązywania konfliktów oraz z poczuciem odpowiedzialności za siebie i innych. Empatia ułatwia przekazywanie informacji w kontaktach międzyludzkich. Podkreśla się również pozytywny związek empatii z przestrzeganiem zasad moralnych i rozumieniem ich. W psychoterapii empatia postrzegana jest jako źródło rozwoju obrazu samego siebie oraz wzrostu własnego Ja.

Stwierdzono ponadto korzystne oddziaływanie empatii w realizowaniu tzw. zawodów świadczących pomoc innym, takich jak: psycholog, lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny, wychowawca czy nauczyciel.

W literaturze znaleźć można również przykłady negatywnych oddziaływań empatii, np. narastania agresji wobec osoby, która jest źródłem empatycznego pobudzenia, wyzwiania niepokoju oraz tendencji do uspokajania samego siebie przez unikanie informacji o cierpieniu drugiej osoby i odwracanie uwagi od sygnałów tego cierpienia. Do zagrożeń związanych z wysokim poziomem empatii zalicza się także szybką nadmierną stymulację oraz przytłaczający stres. Wrażliwość na cierpienie innych osób, również prezentowane w mediach, może powodować przejściową lub trwałą depresję kliniczną. Jednak w związku z tym, że zdolność do rozumienia emocji innych osób jest ważnym warunkiem relacji międzyludzkich, osoby o wysokim poziomie empatii nierzadko stają przed dylematem, czy chronić się przed zagrożeniami, jakie niesie ze sobą empatia, czy jednak starać się nawiązywać relacje z innymi ludźmi mimo potencjalnego ryzyka zranienia.

Wdzięczność

Anna Wyszadko

.....

Może pamiętasz z książki o Kubusiu Puchatku takie słowa:
*Prosiaczek zauważył, że chociaż posiada on bardzo małe serduszko,
jest ono w stanie pomieścić całkiem sporą ilość wdzięczności.*

Alan Alexander Milne

.....

Przyszła choroba – i za co tutaj być wdzięcznym?!

Co to jest wdzięczność? Można powiedzieć, że to dostrzeżenie czegoś dobrego, jednocześnie zdając sobie sprawę, że jest jakieś zewnętrzne źródło tego dobra.

Od pewnego czasu wdzięczność zyskała zainteresowanie naukowców. Okazuje się, że ma ona pozytywny związek z utrzymywaniem dobrych relacji z ludźmi, może poprawiać klimat w rodzinach i w miejscu pracy, motywuje ludzi do bycia bardziej wspaniąfomyślnymi. Można znaleźć wyniki badań naukowych wskazujące na to, że postawa wdzięczności wiąże się z satysfakcją z życia, optymizmem, subiektywnym dobrym samopoczuciem i poczuciem szczęścia, poszukiwaniem wsparcia, podejściem skierowanym na rozwiązanie problemu, a nie na narzekanie.

Osoby, które praktykują odczuwanie wdzięczności, odczuwają większy optymizm związany ze swoim życiem, skuteczniej osiągają osobiste cele (związane z nauką, zdrowiem, międzyludzkie), bardziej regularnie ćwiczą, mają wysoki poziom entuzjazmu i determinacji, a także mniej depresyjny nastrój, są mniej zestresowane oraz wyrażają przekonanie o współzależności wszystkich ludzi, w związku z czym chcą coś od siebie dawać i czują się odpowiedzialne wobec innych.

Praktykowanie wdzięczności nie leczy. Wpływa jednak na to, jak się czujesz. Uczucie wdzięczności zmienia nastawienie do świata, obniża stres i pomaga ciału zdrowieć. Może także poprawić sen.

Co możesz zrobić, by czuć wdzięczność, by wzmocnić poczucie wdzięczności innych osób? Wiele! Niektóre osoby, jak pokazują badania, częściej dają szansę sposobom wzmocnienia poczucia wdzięczności. Skuteczność praktykowania wdzięczności oceń dopiero po co najmniej miesiącu używania tego, co tutaj przeczytasz i wybierzesz dla siebie. Wtedy dopiero możesz mieć swoje zdanie na temat tego, co Tobie pomaga, a co nie.

Czy możemy być wdzięczni za wszystko, za cokolwiek? Nie! Nie możemy być wdzięczni za wojny, przemoc, utraty przyjaciół, zdradę, żałobę... Możemy jednak być wdzięczni za każdą chwilę, która jest dla nas szansą.

To nie o to chodzi, by się cieszyć, że przyszła choroba. Chodzi o to, by mimo choroby, w tej chorobie właśnie i w leczeniu mimo wszystko dostrzegać to, co jest dla nas dobre, zauważać także miłe zachowanie innych osób, dostrzegać to, co mamy, a nie wyłącznie skupiać się na niedostatkach.

Każdy chce być szczęśliwy. Zauważono związek między wdzięcznością i szczęściem. Łatwo można przypuszczać, że wtedy kiedy jesteśmy szczęśliwi, odczuwamy wdzięczność – i to jest dosyć łatwe. Czy jednak przypominasz sobie takie osoby, które mają bardzo wiele, można by zazdrościć im życia, ale one chcą czegoś innego i wcale nie są szczęśliwe? Można też spotkać osoby, którym życia nikt by nie pozazdrościł, a one są szczęśliwe. Okazuje się, że to wdzięczność sprawia, iż jesteśmy szczęśliwi. Do czucia wdzięczności potrzebne jest zauważenie, że mamy coś cennego i jednocześnie jest to dla nas darem, dostajemy to za darmo, nie musieliśmy na to zapracować ani za to zapłacić. Kiedy dostrzegam w swoim życiu coś wartościowego i zdaję sobie sprawę z tego, że mam to zupełnie w prezencie, wtedy w moim sercu rośnie wdzięczność.

Osoby odczuwające wdzięczność często postrzegają siebie jako te, które czerpią ze wspaniałomyślności innych.

Jeżeli jesteś osobą, która nieustannie odczuwa wdzięczność, możesz przeczytać o sposobach jej podtrzymywania i wzmocnienia, aby sprawdzić, czy stosujesz któryś z wymienionych, czy zechcesz dołączyć swój sposób do poniższej listy, jeśli Cię to interesuje. Jeśli jednak nie należysz do szczęśliwców, którzy nieustannie odczuwają wdzięczność, wybierz z proponowanych sposobów ten, który wydaje się najodpowiedniejszy dla Ciebie teraz.

Odczuwanie wdzięczności jest stosunkowo łatwo wyćwiczyć. Nie wymaga wielu przygotowań ani czasu. Ponadto nie ma żadnych negatywnych skutków ubocznych.

Na ćwiczenia związane z wdzięcznością możesz przeznaczać mniej niż 5 minut dziennie. Oto jak możesz zacząć: przygotuj notesik albo, jeżeli wolisz, użyj urządzenia elektronicznego, w którym możesz tworzyć zapiski. Ustal porę dnia, która jest dla Ciebie wygodna, na chwilę refleksji. Możesz ustawić przypomnienie w telefonie, które każdego dnia o stałej godzinie podpowie, aby zastanowić się, za co dzisiaj możesz odczuwać wdzięczność. Możesz także trzymać notesik do zapisywania swoich spostrzeżeń przy łóżku, na stoliku – gdziekolwiek, gdzie na pewno go zauważysz i przypomni Ci on o chwili na zastanowienie się nad doświadczanymi cudami. Każdego dnia zapisz trzy do pięciu rzeczy lub doświadczeń, za które odczuwasz wdzięczność. Ten sposób nazwano liczeniem błogosławieństw (ang. counting blessings).

Oto inne sposoby wzmacniające poczucie wdzięczności:

- Zauważenie/zapisanie trzech dobrych wydarzeń, rzeczy i dodatkowo zastanowienie się nad ich przyczynami. Daj sobie czas na zapisanie tego, co Cię cieszy, i pomyśl, co umożliwiło takie właśnie wydarzenia, taki obrót spraw.
- Inną odmianą liczenia błogosławieństw jest zadanie polegające na wyobrażaniu sobie, jak życie wyglądałoby, gdyby to pozytywne wydarzenie się nie wydarzyło (ang. mental subtraction).
- Listy i wizyty wyrażające wdzięczność. To zadanie polegające na napisaniu i dostarczeniu listu wyrażającego wdzięczność skierowanego do osoby, której prawdopodobnie nigdy wcześniej nie podziękowaliśmy. Piszemy w nim, co zawdzięczamy danej osobie i wręczamy go osobiście.
- Niektóre osoby doświadczają silnego doceniania życia i tego co mają, kiedy zastanowią się nad śmiercią – myślenie o własnej śmierci może podnieść poczucie wdzięczności.
- Inwestowanie pieniędzy, wydawanie ich bardziej na doświadczenia niż na rzeczy – w kilku różnych eksperymentach zauważono, że zakupy związane z doświadczeniami (np. bilety na koncert, wyjście do restauracji), bardziej niż zakupienie dóbr materialnych (np. ubrania, biżuteria), wiązały się z poczuciem wdzięczności i zadowolenia.
- Bądź dla kogoś błogosławieństwem albo wyraż wdzięczność. Czasami wydaje się to bardzo łatwe, bywa jednak, że trzeba będzie pomyśleć, jak to zrobić. Można np. przepuścić w kolejce kogoś, kto się bardzo spieszy.

- Na koniec dnia możesz też, myśląc o trzech najlepszych doświadczeniach z danego dnia lub zapisując je w wybrany przez siebie sposób, podzielić się nimi z partnerem lub użyć ich jako tematu medytacji czy rozważania, kiedy leżysz w łóżku przed zaśnięciem. To mogą być małe rzeczy – tak jest w porządku. To mogą być zwyczajne i codzienne cuda. Oczywiście, które wcale oczywiste nie są. To świetna metoda na zmianę sposobu, w jaki zapamiętasz ten dzień.
- Możesz zdecydować się na to, by kończyć rozmowy, opisując, który ich moment był dla Ciebie najważniejszy. Przykładowo mogą to być wypowiedzi podobne do: „Świetnie było usłyszeć, że Twoim dzieciom dobrze idzie w szkole” albo „Bardzo doceniam to, że znajdujesz czas na to, żeby mnie wysłuchać”.

Wybrany przez siebie sposób wzmacniania poczucia wdzięczności możesz stosować nawet wtedy, kiedy masz niewiele wolnego czasu w ciągu dnia. Powiedz komuś komplement, wyraż uznanie bądź pomocny, zapytaj, czy możesz pomóc, zrób coś niespodziewanie miłego, np. wpuść kierowcę do ruchu w korku ulicznym albo przedstaw kogoś w szczególnie miły sposób.

W czasie, kiedy chorujesz, zadbaj o to, aby dokończyć następujące zdania:

- Moje ciało wyświadcza mi przysługę, bo... (np. daje znać, że coś wymaga uwagi i leczenia; daje mi sygnał, że potrzebuję odpocząć, umożliwia mi...);
- Dzisiaj jestem z siebie dumny/dumna, ponieważ...;
- Dzisiaj byłem/byłam dla siebie dobry/dobra w następujący sposób...;
- Ktoś dzięki mnie doświadczył dzisiaj dobra, przyjemności, ponieważ...

Możesz także spróbować obracać trudności w coś pozytywnego. Nie chodzi zupełnie o założenie różowych okularów, tylko o dostrzeganie czegoś pozytywnego także w trudnościach. Przykładowo, jeżeli odczuwasz duże zmęczenie, możesz zapisać, że cieszysz się z tego, że możesz się położyć, żeby odpocząć, bo w ten sposób dbasz o swoje ciało i zdrowie. Czyli nie cieszysz się z dużego zmęczenia, jednak cieszysz się z tego, że masz czas się położyć i odpocząć, że dajesz sobie na to chwilę i że masz łóżko lub inny wygodny mebel, na którym możesz odetchnąć i odzyskiwać siły.

Każdy z nas jest inny, to oczywiste, dlatego warto jest wybrać z powyżej wymienionych ćwiczeń taki rodzaj, który wydaje nam się odpowiedni do naszego charakteru i aktualnej sytuacji życiowej, lub też odnaleźć zupełnie inny sposób. Badania pokazały, że osoby, które mają/miały ogromne poczucie zmiany swojego życia, a także większą ciekawość, z większą ochotą podchodziły do wypróbowania ćwiczeń związanych ze wzmacnianiem wdzięczności w swoim życiu. Okazało się także, że „skutki uboczne” praktykowania wdzięczności mogą być zaskakujące, np. spadek niezadowolonia ze swojego wyglądu albo wzrost wiary w to, że mamy wpływ na swoje zdrowie. Pamiętaj jednak, by dopasować do siebie sposób, który najbardziej Ci się podoba, i praktykować przez minimum miesiąc.

Czy wiesz o tym, że niezależnie od tego, czy to Ty robisz dla kogoś coś dobrego, czy on dla Ciebie, tzw. ośrodek nagrody w mózgu działa tak samo? Możesz mieć wpływ na to, jak będziesz się czuć. Niezależnie od tego, czy w Twoim życiu będzie łatwo czy trudno, to Ty decydujesz, czy zauważysz dobro na swojej drodze.

W naszym życiu wiele jest obszarów, które uważamy za oczywiste. Z tego powodu, że przywykliśmy do pewnych spraw, zdarzeń i sytuacji, możemy zapominać, za jak wiele możemy być wdzięczni.

Kiedy czytasz tę książkę (lub ktoś czyta ją dla Ciebie na głos i jej słuchasz), może siedzisz w fotelu, na kanapie, na krześle, a może leżysz w łóżku, hamaku... Czy masz świadomość tego, że ktoś je kiedyś zrobił? Mimo że nie widzisz teraz tej osoby, która zrobiła krzesło, łóżko, hamak..., przeznacz sekundę na wdzięczność za jej pracę.

Pamiętaj, że to ważne, aby wdzięczność pozostała wdzięcznością. Kiedy staje się walutą, oznacza to, że jedna lub obie strony czują się niedoinwestowane, niespłacone w sensie nieotrzymania wyrazów wdzięczności od drugiej osoby i pojawiają się kłopoty. Istotne jest wewnętrzne doświadczenie, by rzeczywiście czuć wdzięczność związaną z dostrzeżeniem czegoś dobrego w naszym życiu.

Istnieje taka opowieść o bogach mieszkających w niebie, którzy patrząc na ziemię, zauważyli wędrowca-żebraka, bardzo słabego i umęczonego. Szedł on po bardzo kamienistej drodze, z wielkim trudem posuwając się do przodu. Bogini powiedziała do boga: „musimy mu pomóc, on jest taki dobry i tak dzielnie idzie do przodu!”. Bóg spojrzął w dół na żebraka i powiedział: „wydaje mi się, że on nie jest gotowy na przyjęcie pomocy”. Bogini jednak nalegała, by oddać część jej klejnotów żebrakowi, aby mógł je znaleźć i kupić za nie jedzenie. Bogowie więc zapakowali klejnoty w duży worek i umieścili go na drodze żebraka tak, aby mógł go znaleźć. Wędrowiec był bardzo smutny, słaby i tak skupiony na swoich myślach o kłopotach, że kiedy na zakręcie spostrzegł coś dużego, pomyślał: „o jeszcze jeden ogromny kamień na tej drodze przez mękę!”. Uważając, aby się przez ten kamień nie przewrócić, poszedł dalej...

To prawda, że nie na każdej kamienistej drodze znajduje się worek z klejnotami. To prawda, że nie w każdej trudnej sytuacji są ukryte błogosławieństwa. Jednak wypatrując ich, dajemy sobie szansę dostrzec je tam, gdzie są.

To od Ciebie zależy, co zrobisz z wiedzą zawartą w tym rozdziale. Czy nie uważasz, że to niesamowite, że ta książka trafiła w Twoje ręce, że mogłeś/mogłaś ją przeczytać albo usłyszeć, jak ktoś ją czytał? Nie każdy przecież może czytać. Nie każdy ma kogoś, kto mu poczyta. Nie każdy także robi pożytek z tego, co znajduje.

Umiejętność przebaczenia

Justyna Janiszewska

.....
Chcesz być szczęśliwy przez chwilę? Zemścij się.

Chcesz być szczęśliwy zawsze? Przebacz.

Jean-Baptiste Henri Lacordaire¹²
.....

Wyobraźmy sobie życie bez zdolności do przebaczenia. Gdybyśmy nie wybaczyli sobie i innym tych sytuacji, w których byliśmy przez nich zranieni, prawdziwych lub wyobrażonych, nasze życie byłoby pełne gniewu i złośliwości. Moglibyśmy spędzać czas na planowaniu i realizowaniu zemsty, unikając ludzi, z którymi naprawdę powinniśmy być blisko. Przebaczenie może uwolnić nas od tego rodzaju doświadczeń. Pozwala ludziom żyć razem i żyć dalej. Jednak mimo że większość osób rozumie zalety oraz potrzebę przebaczenia, pojawia się pytanie o drogę do urzeczywistnienia tego ideału.

Czym jest przebaczenie?

Chociaż wszyscy intuicyjnie wiemy, czym jest przebaczenie, sformułowanie definicji tego pojęcia okazuje się teoretycznym wyzwaniem. Przebaczenie może zawierać w sobie zarówno elementy wewnętrzne (emocjonalne), jak i zewnętrzne (behawioralne). Czasami możemy powiedzieć ludziom, że im wybaczymy, nawet jeśli nadal jesteśmy w środku na nich źli. W innej sytuacji możemy już nie być rozczłuszczeni, ale nie chcemy powiedzieć o tym temu, kto nas skrzywdził, aby nie sądził, że ma przyzwolenie na raniecie nas.

Brak przebaczenia (tendencja do podtrzymywania gniewu i urazy, „przeżywania” zranienia) może mieć szkodliwy wpływ na zdrowie fizyczne. Do takiego wniosku doszła między innymi Charlotte vanOyen-Witvliet i jej koledzy z Hope College w Michigan. W artykule opublikowanym w czasopiśmie *Psychological Science* z 2001 roku autorzy ci opisują badania nad fizjologicznymi skutkami przebaczenia w odniesieniu do sytuacji długotrwałego utrzymywania urazy. VanOyen-Witvliet i jej współpracownicy sformułowali wniosek, że przebaczenie może uwolnić skrzywdzonego od więzienia zranienia i trudnych emocji, przynosząc korzyści zarówno emocjonalne, jak i fizyczne, w tym zmniejszenie stresu, oraz natężenia negatywnych emocji, redukcję problemów sercowo-naczyniowych oraz poprawę funkcjonowania układu odpornościowego¹³. Carl Simonton w swej książce *Jak żyć z rakiem i pokonać go* przytacza wyniki

¹² K. Enerlich, *Czas w dom zaklęty*. Wydawnictwo MG, Warszawa 2010.

¹³ C. vanOyen Witvliet, T.E. Ludwig, K. L. Vander Laan *Granting forgiveness or harboring grudges: implications for emotion, physiology, and health*. *Psychol Sci* 2001; 12(2): 117–123; DOI:10.1111/1467-9280.00320.

badań wskazujące na zależność między negatywnymi stanami emocjonalnymi a zwiększonym ryzykiem choroby nowotworowej¹⁴. Autor ten podkreśla, że przebaczenie stanowi najlepszy sposób na przezwycięzenie niszczycielskiego urazu. Za pomocą techniki oddziaływania na wyobraźnię zaprasza chorych do życzenia dobra osobie, która ich zraniła.

Niewątpliwie umiejętność przebaczenia jest bogactwem psychicznym, które nabiera szczególnego znaczenia u osób dotkniętych chorobą nowotworową lub przeżywających inne poważne traumy. Jeśli spotyka nas jakaś krzywda, uznana przez nas za niesprawiedliwą, wówczas naturalnym odruchem jest poszukiwanie winowajcy, aby na nim wyładować swój gniew. Winowajcą może być np. lekarz, który zlekceważył pierwsze oznaki choroby, przyczyniając się do jej rozwoju, czasami los lub Bóg, pozwalający na to, aby spotkało nas trudne doświadczenie. Szczególnie dramatycznie człowiek przeżywa sytuację, za którą wini siebie (odwlekanie wizyty u lekarza, opóźnienie rozpoczęcia leczenia). Wówczas poza smutkiem, a nawet rozpaczą z powodu utraconego zdrowia czy kalectwa oraz gniewem na siebie, pojawia się poczucie winy. Człowiek nie potrafi sobie przebaczyć, analizuje i rozpamiętuje zaistniałą sytuację, odczuwa żal, cały czas koncentrując się na doświadczonej stracie. Nie jest w stanie oderwać się od problemu, zainteresować się sprawami innych ludzi, co w konsekwencji pogłębia cierpienie i poczucie osamotnienia.

Jedynym skutecznym sposobem na poradzenie sobie z poczuciem krzywdy jest przebaczenie. Należy przy tym odróżnić prawdziwe wewnętrzne przebaczenie od czysto formalnej deklaracji, odstąpienia od roszczeń, skojarzonej z utrwalonym przechowywaniem urazu. Nie można udawać, że nie odczuwa się żalu. Człowiek powinien być szczerzy również wobec samego siebie. Autentyczne przeżywanie mieszaniny uczuć związanych z doznaną krzywdą nie stanowi przeszkody w drodze do wybaczenia, jest natomiast materiałem do przepracowania.

Jak przebaczać?

Podstawowym i niezbędnym warunkiem przebaczenia jest chęć, a następnie decyzja podjęcia wysiłku prowadzącego do zdolności wybaczenia. Czynnikiem zwiększającym motywację jest świadomość osiągalnych korzyści, takich jak spokój oraz dobrostan psychiczny.

Należy pamiętać, że wybaczenie nie jest aktem jednorazowym, ale długotrwałym procesem, na który składa się kilka etapów.

W niektórych przypadkach jego przebieg rozpoczyna się w momencie uświadomienia sobie, że zostaliśmy bądź jesteśmy skrzywdzeni. Nie zawsze jest to łatwe, gdyż w wielu sytuacjach poczucie krzywdy może ukrywać się pod przykrywką nieświadomie uruchamianych mechanizmów obronnych, takich jak zaprzeczanie, wypieranie czy racjonalizacja. Ich zadaniem jest ochrona przed lękiem lub agresją. W uświadomieniu sobie doznanej krzywdy pomocna może okazać się rozmowa z bliską, zaufaną osobą. W niektórych przypadkach niezbędna będzie pomoc psychologa.

Najczęściej reakcją na rozpoznane zranienie jest oburzenie, gniew. Złość powinna zostać rozładowana, gdyż tłumiona może wybuchnąć w sposób niekontrolowany lub zostać skierowana na niewłaściwy obiekt – osobę bliską, samego siebie. Nierzadko pomocne w tej sytuacji

¹⁴ O.C. Simonton, R. Henson, B. Hampton, *Jak żyć z rakiem i go pokonać* (przełk. J. Morka). Wydawnictwo JK, Łódź 2013.

okazuje się wykrzyczenie całego swojego bólu, gniewu i żalu, pozwalające na wyrzucenie z siebie tych uczuć. Należy też pracować nad właściwym ukierunkowaniem gwałtownych emocji. Złość może być źródłem siły służącej rozwojowi lub prowadzącej do autodestrukcji.

Często na drodze do wybaczenia pojawia się pragnienie zemsty, realnej lub wyobrażonej. Jednak długotrwała potrzeba odwetu niesie za sobą niebezpieczeństwo obsesyjnej żądzy ukarania sprawcy, a niemożność jej zaspokojenia powoduje frustrację i stres.

Ważne jest, aby cierpliwie i konsekwentnie odsuwać od siebie nierzadko uporczywie narzucające myśli o doznanej krzywdzie. Pomocne jest w tej sytuacji kierowanie uwagi na inne sprawy, nierozpamiętywanie zranienia. Postępując w ten sposób, stopniowo zaczniemy nabierać dystansu do przeszłości, zajmując się teraźniejszością. Pamiętajmy, że tak naprawdę ważne jest to, co tu i teraz. Istotna jest umiejętność powiedzenia sobie: „wiem, pamiętam o doznanym poczuciu krzywdy, ale nie chcę czuć żalu; było, minęło, teraz trzeba iść do przodu”. Nie zapominamy doznanej krzywdy, nie zaprzeczamy, że zostaliśmy zranieni, ale nauczyliśmy się z tym żyć. Mówiąc o pozytywnych efektach przebaczenia, należy dodać, że przebaczenie nie stanowi akceptacji doznanej krzywdy. Trzeba uważać, aby przebaczenie nie przekształciło się w naiwność. Może się tak stać, gdy ktoś świadomie i wielokrotnie krzywdzi drugiego człowieka. Przejście nad tym do porządku dziennego i uznanie, że nic się nie stało, jest wówczas niewłaściwe. Przykładem może być tzw. zespół sztokholmski, w którym ofiary nie tylko nie dostrzegają winy swoich krzywdzicieli, lecz także jeszcze tej winy doszukują się w sobie. Takie odwrócenie postrzegania ról sprawcy i ofiary grozi depresją, z której trudno się wydobyć bez pomocy terapeuty. Należy podkreślić, że wybaczenie nie wyklucza potrzeby ukarania sprawcy za popełniony czyn oraz nie oznacza zrzeczenia się prawa do domagania się sprawiedliwości. Sprawiedliwość polega na obiektywnym przywracaniu praw osobie pokrzywdzonej, przebaczenie stanowi natomiast akt dobrowolnej życzliwości. Przebaczenie, które nie zwalcza niesprawiedliwości, stanowi oznakę słabości i źle pojmowanej tolerancji.

Niewątpliwie umiejętność przebaczenia jest zasobem, który przyczynia się pozytywnie do wzrostu psychicznego. Osoba, która przejdzie w taki sposób przez doświadczenie krzywdy, nie dostrzega już własnego cierpienia, ale pozytywne konsekwencje zranienia, takie jak większa pokora, odwaga, wierność czy szlachetność. Wybaczenie może również uleczyć pamięć. Niejednokrotnie akt przebaczenia powoduje, że wspomnienia związane ze zranieniem są mniej dotkliwe, sprawiają mniejszy ból.

Powtarzanie przebaczenia w różnych sytuacjach życiowych umacnia tę umiejętność. Oznacza to, że jeśli raz udało się komuś zdystansować i odstąpić od intensywnego przeżywania doznanej krzywdy, ma on duże szanse na zachowanie tej umiejętności także w innych okolicznościach.

Umiejętność przebaczenia stanowi również element wzrostu duchowego, wyrażonego przez życiową mądrość i wielkoduszność.

Na koniec należy dodać, że mimo próby opisanego zjawiska przebaczenia nie możemy zapominać, iż jest to proces złożony i niejednorodny. Dokonuje się na wielu płaszczyznach i może przybierać różne formy. W związku z tym nie da się podać ścisłej definicji tego pojęcia ani wyznaczyć jednoznacznych kryteriów, które pozwoliłyby nam rozpoznać, w którym momencie wybaczenie się dokonało.

Życie seksualne w chorobie

Izabela Malicki

Diagnoza choroby nowotworowej sprawia, że świat, który istniał do tej pory, rozpada się. W każdej sferze życia człowieka chorego następuje zmiana dotychczasowych wartości i priorytetów. Dotyczy to również osób bliskich i rodziny chorego. Najważniejszym z pytań, jakie się wtedy pojawia, to: Jak poradzić sobie z chorobą? Wraz z rozpoczęciem leczenia pojawiają się kolejne pytania: W jakim stopniu moje życie może być normalne, jeśli uporam się z chorobą? Jak będzie wyglądało moje życie teraz i po wyleczeniu? Co z moim życiem intymnym?

Co znaczy seksualność

Seksualność to wrodzona, naturalna funkcja organizmu ludzkiego. Stanowi ważny aspekt życia i jest jednym z zasadniczych czynników motywujących nas do podejmowania więzi i kontaktów interpersonalnych. Wpływa na jakość życia. Zależy od doświadczeń życiowych, bogactwa życia wewnętrznego człowieka i stanu jego zdrowia. Choroba i jej leczenie mogą wpływać na nastawienie do kwestii bliskości, intymności i seksu osoby chorej.

Wielu osobom seksualność kojarzy się z intymnością, atrakcyjnością, przyjemnością, obrazem własnego ciała, akceptacją, samooceną, seksem, relacją, zaangażowaniem, dotykiem, obrazem siebie, samoakceptacją, zadowoleniem, miłością, więzią, otwartością, zmysłowością, zaufaniem i czułością.

Czym dla Ciebie jest seksualność? Co dla Ciebie jest ważne w obszarze seksualności? Warto na ten temat rozmawiać i zadbać o swoje potrzeby. Masz prawo wiedzieć, w jaki sposób leczenie może wpłynąć na odczuwanie bólu, zdolność do pracy, konieczność wprowadzenia zmian w sposobie odżywiania. Tak samo ważne jest zadbanie o informacje na temat Twojego życia i zdrowia seksualnego. Porozmawiaj o tym z lekarzem lub innym pracownikiem medycznym.

Co znaczy normalne życie seksualne

Ludzie różnią się podejściem do seksu i tego, co dla nich jest ważne w sferze życia seksualnego. Niektóre pary lubią uprawiać seks częściej, inne rzadziej. Dla wielu par seks oralny jest pożądaną i normalną częścią gry wstępnej dla innych nie. **Normalne jest to, co sprawia przyjemność Tobie i Twojemu partnerowi lub Twojej partnerce.**

Optymalne jest, gdy para komunikuje się i ustala między sobą, jak zadbać o swoje potrzeby tak, żeby życie seksualne było satysfakcjonujące dla obojga, obu partnerów/partnerek. Zwykle ludzie interesują się seksem przez całe swoje życie. I mężczyźni, i kobiety mogą pozostawać aktywnymi seksualnie również w zaawansowanym wieku. Mitem jest, że dojrzały człowiek nie interesuje się już seksem i go nie uprawia. Według badań seksuologa Zbigniewa Lwa-Starowicza sytuacja zagrażająca naszemu bezpieczeństwu, wywołująca lęk, wpływa na

mniejsze zainteresowanie życiem intymnym. Poważna choroba w 15% przypadków wpływa na problemy z seksem. Osoby chore onkologicznie mogą być mniej zainteresowane lub utracić zainteresowanie seksem na różnym etapie leczenia. Mogą nie odczuwać pożądania. Nie jest to równoznaczne z utratą potrzeby bliskości, czułości, intymności, dotyku, przyjemności. Pamiętaj, że pieszczoty między partnerami/partnerkami są możliwe zawsze, niezależnie od problemów fizycznych wynikających z etapu leczenia. **Mimo różnych skutków leczenia prawie nigdy nie traci się zdolności odczuwania przyjemności płynącej z dotyku.**

Jaki jest wpływ leczenia na sferę życia seksualnego

Leczenia choroby onkologicznej ma wpływ na samopoczucie chorego i jego funkcjonowanie, również w sferze seksualnej. Kolejne etapy leczenia, jak zabieg operacyjny, chemioterapia, radioterapia, często hormonoterapia, skutkują niepożądanymi objawami. Pojawiają się dolegliwości bólowe, osłabienie, zmniejszenie libido, przedwczesna menopauza, suchość pochwy u kobiet, zaburzenia erekcji, przedwczesny wytrysk u mężczyzn, utrata części ciała.

Chory zmaga się również z problemami psychologicznymi, które wpływają na jego sferę intymną i jakość życia seksualnego. Do najczęściej występujących zaburzeń psychicznych występujących u pacjentów leczących się onkologicznie należą zaburzenia depresyjne, zespół przewlekłego zmęczenia, zaburzenia lękowe (lęk przed bólem, lęk przed intymnością, bliskością, czułością, wznowieniem współżycia, lęk przed oceną i o akceptację partnera/partnerki), obniżona samoocena, obniżone poczucie własnej wartości i atrakcyjności, wstyd i niechęć do własnego ciała, brak akceptacji własnego ciała i siebie.

Jak radzić sobie z zaburzeniami w sferze intymnej

Dowiedz się jak najwięcej na temat wpływu leczenia na Twoje życie seksualne. Porozmawiaj z lekarzem, pielęgniarką lub innym członkiem zespołu medycznego odpowiedzialnym za Twoje leczenie. Wiedza ta pozwoli Ci przygotować się do nowej sytuacji i nauczyć się radzić sobie z problemem. Pamiętaj, że leczenie niemal nigdy nie skutkuje brakiem zdolności odczuwania przyjemności z dotyku. Bądź otwarty/otwarta na nowe sposoby doświadczania przyjemności. Niektóre pary mają ograniczone wyobrażenie o możliwościach współżycia z partnerem/partnerką. Skutkuje to zmniejszeniem możliwości osiągnięcia satysfakcji seksualnej przez partnerów/partnerki. Szukaj sposobów okazywania troski i zaangażowania partnerowi/partnerce. Wraz z partnerem/partnerką możecie starać się osiągnąć orgazm przez wzajemne pieszczoty i dotykanie. Czasami wystarczy przytulenie się. Możesz też sam/sama czerpać przyjemność z dotykania siebie (masturbacja). Nie odmawiaj sobie przyjemności.

Rozmawiaj na temat życia seksualnego ze swoją partnerką/swoim partnerem i lekarzem. Ważna jest dobra komunikacja. Milczenie jest największą przeszkodą w utrzymaniu zdrowia seksualnego! Lekarz lub pielęgniarka mogą czekać, aż to Ty zainicjujesz rozmowę o swoim życiu seksualnym. Porozmawiaj z lekarzem i przekaż uzyskane informacje partnerowi/partnerce. W przeciwnym razie partner/partnerka może się obawiać, że uprawianie seksu wpłynie negatywnie na Twoje zdrowie. Zadbaj o otwartą komunikację z partnerem/partnerką. Powiedz mu/jej, jeśli Cię któraś część ciała. Możesz odpowiedzieć partnerowi/partnerce, jak i gdzie może Cię dotykać. W ten sposób zadbasz o siebie i unikniesz bólu. Warto przedyskutować z partnerem/partnerką, co myślicie na temat noszenia peruki podczas zbliżenia. Nie ma tu dobrej lub złej decyzji. Jest to kwestia indywidualna, do uzgodnienia. Rozmowa z partnerem/partnerką o swoich obawach pozwoli Wam zbliżyć się do siebie. Spróbuj wyrazić

swoje uczucia w pozytywny sposób: „Brakuje mi naszej intymności. Porozmawiajmy o tym. Co stoi na przeszkodzie, żebyśmy byli/były ze sobą blisko?”.

Jedną z przyczyn niepokoju przed zbliżeniem jest obawa przed zaspokojeniem partnera/partnerki. Tu również kluczową rolę odgrywa komunikacja między partnerami/partnerkami. Pamiętaj, że każde zaburzenie seksualne na tle psychogennym może być konsultowane z seksuologiem.

Jak sprawić, żeby życie erotyczne nie ustało, oraz jak poradzić sobie ze zmianami w wyglądzie i odbudować poczucie własnej wartości

Seks wpływa na radość życia, obraz siebie i związki z innymi ludźmi. Może redukować napięcie i zwiększać poczucie atrakcyjności. Po leczeniu nowotworu łatwo koncentrować się jedynie na tej części ciała, która została dotknięta przez chorobę, jednak kluczem do poprawy samopoczucia i akceptacji własnego ciała jest skupienie uwagi na pozytywach. Jeśli w trakcie leczenia skupisz się na swoich zaletach i mocnych stronach, poczujesz się bardziej atrakcyjny/atrakcyjna.

Ćwiczenie. Stań przed lustrem i skoncentruj się na własnym wyglądzie. Przypatrz się sobie z uważnością. Zauważ minimum trzy elementy, które podobają Ci się samemu/samej w sobie. Zapisz je na kartce i schowaj, aby wrócić do nich, gdy będziesz miał/miała gorszy dzień. Powtarzaj ćwiczenie codziennie, aż nie będzie Ci ono sprawiało większych trudności.

Niechciane efekty leczenia onkologicznego, np. utrata włosów, brwi, rzęs, blizny, asymetria ciała, opuchlizna, utrata masy mięśniowej, bladość, przebarwienie, zaczerwienienie skóry czy wyfoczenie stomii, wpływają na obniżenie poczucia atrakcyjności, pewności siebie i samooceny chorego/chorej. Pomocne może okazać się tu spotkanie z braffitterką, która pomoże Ci dopasować odpowiednią bieliznę, oraz korzystanie z warsztatów kosmetycznych, na których dowiesz się, jak dobrać dla siebie odpowiedni makijaż, perukę, chustę lub turban.

Jak zmienić negatywne nastawienie

Ćwiczenie. Zapisz trzy negatywne myśli, które pojawiają się u Ciebie najczęściej, gdy myślisz o seksie. Niektóre z nich mogą być związane z Twoim leczeniem, inne mogły pojawić się jeszcze przed chorobą. Następnie przy każdej negatywnej myśli zapisz trzy myśli pozytywne. Gdy znajdziesz się w intymnej sytuacji, postaraj się skupić na pozytywnych myślach tak, aby nie było miejsca na negatywne.

Praktykowanie uważności a seks

Badania wskazują, że uważność (ang. mindfulness) korzystnie działa na zdrowie i zwalczanie skutków stresu, poczucie szczęścia i życie seksualne. Gdy jesteśmy uważni, przyciągamy naszą uwagę do tego, czego doświadczamy w bieżącym momencie, włączając w to myśli, doznania, uczucia oraz otoczenie. Jednocześnie nie oceniamy, a jesteśmy zaciekawieni/zaciekawione.

Uważny seks wiąże się ze zdolnością obserwowania i opisywania tego, co się dzieje w Twoim ciele i umyśle, bez automatycznego kategoryzowania jako dobre lub złe. Jeśli wyćwiczysz w sobie tę umiejętność, będziesz się bardziej cieszyć seksem.

Jak pokonać depresję

Sprawdzonym i polecanym sposobem na polepszenie nastroju jest zadbanie o sferę cieleśną przez aktywność fizyczną. Porozmawiaj ze swoim lekarzem, jakiego rodzaju aktywności będą dla Ciebie odpowiednie. Ważne jest, żebyś przestrzegał/przestrzegała zaleceń lekarskich i nie przesadził/przesadziła z ilością ćwiczeń fizycznych. Objawy niektórych form leczenia, jak ból lub nudności, można próbować zmniejszyć, stosując techniki relaksacyjne. Dobrze jest zapoznać się z nimi, konsultując się z psychologiem, psychoonkologiem. Jeśli obniżony nastrój utrzymuje się, a jednocześnie masz problemy ze snem i brak apetytu oraz jesteś apatyczny/apatyczna i masz poczucie beznadziei, a także problemy z koncentracją uwagi, skonsultuj się z lekarzem specjalistą psychiatrą, który może zalecić Ci leczenie farmakologiczne i psychoterapeutyczne.

Gdzie szukać pomocy

Jeśli szukasz pomocy w rozwiązywaniu problemów natury seksualnej, pierwszym krokiem powinna być zawsze rozmowa z lekarzem. Jeśli onkolog nie potrafi Ci pomóc, porozmawiaj z lekarzem pierwszego kontaktu. W kwestii pytań dotyczących sfery intymnej dobrze jest udać się na konsultację do seksuologa. Istnieją poradnie leczenia zaburzeń seksualnych oraz programy rehabilitacji seksualnej w przychodniach onkologicznych. Inna forma terapii, która pomoże Ci zaakceptować zmiany, które zaszły w Twoim ciele oraz może pomóc Ci poprawić komunikację w Twoim związku, to psychoterapia. Kobieta, która ma problemy natury seksualnej, pozostaje pod opieką lekarza ginekologa, a mężczyzna lekarza urologa.



9

ONCOFERTILITY

Oncofertility – zachowanie płodności u osób chorych onkologicznie

Joanna Sękowska-Toma

.....
Nigdy nie rezygnuj z celu, tylko dlatego, że osiągnięcie go wymaga czasu. Czas i tak upłynie.

H. Jackson Brown Jr.¹⁵
.....

Współcześnie medycyna daje szansę na zachowanie płodności osobom, które na skutek choroby onkologicznej lub sposobu jej leczenia narażone są na znaczne obniżenie płodności lub całkowitą jej utratę. Ryzyko uszkodzenia układu rozrodczego jest szczególnie wysokie w przypadku zastosowania leczenia onkologicznego. Taką ewentualność powinny brać pod uwagę osoby, u których w trakcie leczenia zastosowana ma zostać radioterapia i/lub chemioterapia. Wśród osób zagrożonych całkowitą utratą płodności są również pacjenci, którzy poddawani są zabiegom chirurgicznym, takim jak chociażby usunięcie jajników. Wtedy właśnie z pomocą przychodzi oncofertility – dając szansę na zachowanie płodności i możliwość posiadania w przyszłości potomstwa.

Czym jest oncofertility?

Oncofertility jest stosunkowo młodą dziedziną medycyny, która łączy onkologię i medycynę rozrodu. Termin ten zarezerwowano dla bardzo konkretnej grupy pacjentów i dotyczy metod zachowania płodności u pacjentów z chorobą nowotworową. Oncofertility (z ang. ochrona/zachowanie płodności) swoim zakresem obejmuje problemy związane z płodnością spowodowane chorobami onkologicznymi i skutkami ich leczenia.

Termin „oncofertility” po raz pierwszy został użyty w 2006 roku w Northwestern University w Chicago, gdzie pod kierownictwem prof. Teresy K. Woodruff rozpoczęto badania nad zagadnieniem zachowania płodności w chorobach nowotworowych. Oficjalnie oncofertility zostało uznane za specjalizację medyczną w roku 2015 w Stanach Zjednoczonych. Ta bardzo młoda, ale prężnie rozwijająca się dziedzina medycyny zrzesza obecnie ponad 50 ośrodków z całego świata, w tym z Polski, dając wielu osobom dotkniętym chorobą onkologiczną nadzieję i szansę na posiadanie w przyszłości upragnionego potomstwa. W Europie największą siecią ośrodków mogą pochwalić się Niemcy. W Polsce oncofertility również skupia coraz więcej wyspecjalizowanych placówek, które pomagają zachować płodność pacjentom onkologicznym.

¹⁵ <https://www.cytaty.info/cytat/nigdy-nie-rezygnuj-z-celu-tylko-dlatego-ze.htm>.

Od roku 2015 przy Polskim Towarzystwie Ginekologii Onkologicznej funkcjonuje Oncofertility Polska, które zrzesza ośrodki zajmujące się zabezpieczeniem płodności u pacjentów onkologicznych. Metody zachowania płodności są wciąż udoskonalane, a liczba osób, które skorzystały z możliwości zabezpieczenia płodności przed leczeniem onkologicznym, wciąż rośnie. To, co cieszy najbardziej, to fakt, że wraz ze wzrostem liczby osób, które skorzystały z tej metody, rośnie zarazem liczba osób, które mogą cieszyć się z narodzin upragnionego dziecka. Z roku na rok zwiększa się również świadomość społeczeństwa i zainteresowanie tym tematem dotkniętych chorobą nowotworową.

Dlaczego jest to takie ważne?

Zmaganie się z chorobą onkologiczną to duże wyzwanie dla pacjenta, zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym, szczególnie jeśli wdrożony proces leczenia wymaga zastosowania agresywnych terapii wywołujących u pacjenta szereg niepożądanych skutków, w tym tych dotyczących funkcjonowania układu rozrodczego. O ile zdecydowana większość pacjentów podchodzi do leczenia i wygrania z chorobą jako do rzeczy najważniejszej, o tyle zabezpieczenie płodności na przyszłość, która wydaje się niepewna i odległa, umyka uwadze pacjentów i ich bliskich.

Jak wynika z danych Krajowego Rejestru Nowotworów, co roku w Polsce 70 tys. pacjentów słyszy diagnozę – choroba nowotworowa. Choć jest to bardzo trudny moment w życiu każdego pacjenta i mimo tendencji ciągłego wzrostu zachorowań, wysoko rozwinięta medycyna i dobre rokowania przeżycia osób chorujących sprawiają, że dziś można powiedzieć, że rak to nie wyrok. A skoro tak, to istnieje potrzeba pomyślenia o życiu nie tylko „z rakiem”, ale i „po raku”. Coraz częściej na chorobę nowotworową chorują ludzie młodzi, którzy nie spełnili się jeszcze w roli rodzica, jak również Ci, którzy myślą o kolejnym dziecku. Dlatego właśnie przed podjęciem leczenia istnieje potrzeba rozmowy z pacjentem o jego planach i możliwych sposobach zabezpieczenia posiadania potomstwa. Rozmowa o ochronie płodności, zarówno kobiet, jak i mężczyzn chorych na raka, powinna stać się standardem dla tych specjalistów, z którymi chory ma kontakt na etapie diagnozy. Dotyczy to zarówno onkologów, hematologów, ginekologów, jak i innych specjalistów, w tym lekarzy rodzinnych i psychologów.

Sytuacją niesprzyjającą jest stres, który towarzyszy pacjentowi, oraz pośpiech ze strony lekarzy, którzy ze zrozumiałych przyczyn chcieliby jak najszybciej rozpocząć proces leczenia pacjenta. Dlatego procesy zabezpieczenia płodności wymagają standardowych i dobrze przemyślanych rozwiązań, jak również współpracy ze strony pacjenta, onkologów i specjalistów medycyny rozrodu.

Rzeczą niezwykle ważną jest, aby konsultacja dotycząca zachowania płodności odbyła się zaraz po diagnozie, jeszcze przed włączeniem leczenia systemowego. Dlatego współpraca onkologa ze specjalistą medycyny rozrodu jest tak istotna. Dzięki temu chory ma duże szanse, aby w trudnym dla niego momencie poczuć się pokierowanym i zaopiekowanym, pozostawiając mu jednak decyzyjność w tak ważnej dla niego kwestii, jaką jest przyszłe rodzicielstwo.

Kto jest szczególnie narażony na obniżenie lub utratę płodności i dlaczego?

Na duże prawdopodobieństwo obniżenia lub utraty płodności narażeni są szczególnie chorzy poddawani radioterapii, chemioterapii oraz zabiegom operacyjnym dokonywanym

na narządach płciowych lub w ich okolicach. Wystąpienie wtedy nieprawidłowości w obrębie układu rozrodczego jest wyjątkowo duże, dlatego tak ważne jest, aby przed rozpoczęciem leczenia osoby zdiagnozowane rozważyły możliwość zabezpieczenia płodności przez wdrożenie jednej ze specjalnych procedur zachowania płodności opisanych poniżej.

Skutków ubocznych leczenia onkologicznego może być naprawdę wiele. Do ich powstania przyczynić może się również stosowanie leków przeciwnowotworowych. Niektóre z nich mogą wywołać skutki tymczasowe i stanowić problem tylko do momentu zakończenia ich stosowania, inne zaś pozostawiają trwały ślad w organizmie chorego. W dużej mierze zależy to będzie od typu stosowanych leków, ich dawek, czasu trwania terapii, a także od wieku i ogólnej kondycji fizycznej pacjenta.

Upośledzenie funkcji rozrodczych jest jednym z najczęstszych i najdotkliwszych skutków leczenia onkologicznego. Dotyczy ono zarówno kobiet, jak i mężczyzn. U kobiet terapia przeciwnowotworowa wpływa destrukcyjnie między innymi na funkcje jajników, u mężczyzn natomiast może dojść do zaburzeń procesu spermatogenezy, czyli produkcji plemników.

Należy podkreślić, że radioterapia i chemioterapia jako metoda leczenia przeciwnowotworowego uratowały życie tysiącom istnień ludzkich. Niestety skuteczność tego typu leczenia ma też swoją cenę. Do najczęstszych skutków ubocznych chemioterapii u kobiet zaliczyć można uszkodzenie lub nawet w wielu przypadkach całkowite zniszczenie komórek jajowych. Niejednokrotnie dojść może do zmniejszenia rezerwy jajnikowej czy też zaniku miesiączkowania. Zastosowanie chemioterapii nie pozostaje obojętne również dla mężczyzn. Może ono spowodować zaburzenia procesu powstawania i dojrzewania plemników, jak również nieprawidłowości w materiale genetycznym. Jednym z zaleceń lekarskich dla pacjentów po chemioterapii jest, aby w okresie 24 miesięcy od zakończonego leczenia nie starali się o dziecko. Przyjmuje się, że dopiero po tym okresie przywrócony jest prawidłowy proces produkcji nasienia.

Kolejnym zabiegiem niosącym za sobą duże zagrożenie dla płodności obu płci jest radioterapia. U kobiet szczególnym zagrożeniem jest stosowanie naświetlania okolic miednicy, jak również bezpośrednie naświetlanie macicy oraz jajników. W takich sytuacjach można mieć do czynienia z szeregiem niekorzystnych skutków, takich jak: przedwczesne wygaśnięcie funkcji jajników, zaburzenia przepływu krwi w jamie macicy, zmniejszenie liczby pęcherzyków jajnikowych oraz zmniejszenie objętości mięśnia macicy. Podobnie u mężczyzn w przypadku poddawania napromieniowaniu okolic narządów płciowych nie można ustrzec się przed szkodliwością radioterapii. Szkodliwość ta może przejawiać się wystąpieniem wad wrodzonych u płodu, jednak zależne jest to w dużej mierze od dawek promieniowania, jakie zostaną zastosowane. Może się też zdarzyć, że mężczyzna pozostanie płodny przez cały okres terapii, ale jak już wcześniej wspomniano, istnieją silne przeciwwskazania, aby w tym okresie starał się z partnerką o dziecko.

Szczególną uwagę przykuwa leczenie nowotworów u młodych mężczyzn, u których diagnozowane są one coraz częściej, jednak leczenie staje się coraz bardziej skuteczne. Dla przykładu nowotwór jądra co roku wykrywany jest u ponad tysiąca mężczyzn w przedziale wiekowym 20–39 lat. W 20% przypadków mężczyzna po zakończonym leczeniu pozostaje sprawny seksualnie, ale bezpłodny lub ze znacznie obniżoną płodnością. W tym przypadku istotne jest zabezpieczenie nasienia młodego mężczyzny przed rozpoczęciem terapii w celu zachowania możliwości posiadania potomstwa po zakończonym leczeniu.

Niejednokrotnie zamrożenie pojedynczej porcji nasienia może okazać się niewystarczające. W takich przypadkach standardem jest pobranie kilku próbek nasienia w określonych odstępach czasowych przed rozpoczęciem leczenia. Aby taka procedura

była możliwa, bardzo ważne jest, aby mężczyzna szybko podjął decyzję i zgłosił się do ośrodka leczenia niepłodności.

Podobnie zabezpieczenie płodności dotyczy chłopców przed leczeniem onkologicznym, w celu umożliwienia im posiadania potomstwa w dorosłym życiu. Zabezpieczenie jest możliwe u chłopców, którzy przeszli pokwitanie, choć wciąż trwają próby zabezpieczenia płodności u chłopców przed okresem pokwitania. Ważne jest, aby młodych pacjentów oraz ich rodziców, których zgoda i wsparcie są niezbędne, otoczyć szczególną opieką i troską.

Jakie są sposoby zabezpieczenia płodności?

W Polsce w ramach prewencji płodności u kobiet i mężczyzn stosuje się obecnie kilka sprawdzonych sposobów zabezpieczenia płodności osób chorych onkologicznie. Wśród standardowych procedur u kobiet wykonywane są zabiegi pobrania i mrożenia komórek jajowych, mrożenia zarodków oraz pobranie i mrożenie tkanki jajnikowej. U mężczyzn zwykle sposób zabezpieczenia płodności ogranicza się do pobrania i mrożenia nasienia. Nie będziemy szczegółowo opisywać poszczególnych procedur, ale postaramy się w prosty sposób przybliżyć sposoby zabezpieczenia płodności.

W przypadku kobiet wybór rodzaju zabezpieczenia, jaki zostanie uznany za najkorzystniejszy, zależy od bardzo wielu czynników, m.in. rodzaju nowotworu, wskazań medycznych, stanu zdrowia, wieku pacjentki, posiadanej rezerwy jajnikowej, możliwości pobrania materiału, tego, czy chora posiada partnera, oraz to, jakim czasem dysponuje się do rozpoczęcia leczenia.

W uproszczeniu procedura wygląda następująco:

1. Pacjentki skierowane przez lekarza prowadzącego zgłaszają się do ośrodka na wstępną konsultację. Podczas konsultacji w formie wywiadu zbierane są informacje dotyczące postawionej diagnozy i planu leczenia. W szczególności istotny będzie rodzaj oraz planowana dawka leku, jaki ma być zastosowany, oraz ewentualna radioterapia.
2. Kolejnym krokiem jest ocena, czy pacjentka ma możliwość zachowania płodności. W tym celu dokonuje się wyjściowej oceny funkcji jajników, czyli tak zwanej rezerwy jajnikowej. Ocena ta powstaje na podstawie pomiaru poziomu hormonu AMH. Badanie to może być wykonane niezależnie od dnia cyklu miesięczkowego.
3. Po pozytywnej ocenie rezerwy jajnikowej pacjentka podejmuje wiążącą decyzję o przystąpieniu lub też nie do procedury zabezpieczenia płodności.
4. Jak już wcześniej wspomniano, pacjentki, które podejmą decyzję o przystąpieniu do terapii mającej na celu zabezpieczenie płodności (jeśli nie istnieją przeciwwskazania do którejś z nich), mają do wyboru trzy opcje: zamrożenie komórek jajowych, zamrożenie zarodków lub zamrożenie tkanki jajnikowej.

Sposoby zabezpieczenia płodności u kobiet

Mrożenie komórek jajowych

Po wstępnej kwalifikacji medycznej, wykluczeniu przeciwwskazań do pobrania i mrożenia komórek jajowych pacjentka przyjmuje hormonalne zastrzyki, które powodują, że jednocześnie dojrzewa większa liczba komórek jajowych. Proces monitorowany jest podczas badania ultrasonograficznego (USG), jak również oznaczany jest poziom hormonów we krwi

pacjentki. Gdy pęcherzyki jajnikowe osiągną już odpowiednią wielkość, pacjentka ostatni raz przyjmuje hormony, które powodują uwolnienie komórek do płynu pęcherzykowego. Kolejnym krokiem, zwykle następnego dnia, podczas punkcji w znieczuleniu pobiera się komórki i przekazuje do laboratorium, gdzie oceniana jest ich wielkość, a te, które uznane zostaną za odpowiednio dojrzałe, zamraża się. Komórki jajowe przechowywane mogą być przez wiele lat w kriostatach, w ciekłym azocie w temperaturze ok. -196°C , nie tracąc swojego potencjału biologicznego i genetycznego.

Mrożenie zarodków

Inną stosowaną metodą na zachowanie płodności osób chorych onkologicznie jest mrożenie zarodków. Ma ona jednak kilka obwarowań. Po pierwsze, metoda ta nie jest dobrym rozwiązaniem zabezpieczenia płodności, jeżeli czas, jaki pozostał do rozpoczęcia leczenia onkologicznego, jest bardzo krótki i pacjentka powinna rozpocząć niezwłocznie leczenie oraz w tych przypadkach, kiedy stymulacja hormonalna pacjentki jest wykluczona ze względu na rodzaj nowotworu.

Po drugie, metodę tę można zastosować tylko u pacjentek posiadających stałego partnera. Oboje będą musieli przejść proces przygotowania do *in vitro*, zanim u pacjentki zostanie włączone leczenie przeciwnowotworowe. Zanim zostaną pobrane komórki jajowe, kobieta poddawana jest stymulacji hormonalnej, której celem jest uzyskanie większej liczby komórek, niż gdyby to miało miejsce w trakcie naturalnego cyklu owulacji kobiety. W klinice pobierane są gamety od obojga partnerów, a następnie w warunkach laboratoryjnych dokonuje się zapłodnienia. Zamrożeniu podlegają zarodki, będące efektem połączenia komórki jajowej kobiety z plemnikiem partnera. Zapłodnione komórki jajowe zostają zamrożone i są przechowywane do czasu, aż para będzie gotowa na podjęcie decyzji o posiadaniu potomstwa.

Warto wspomnieć, że w przypadku zastosowania tej metody mogą pojawić się problemy natury etycznej, jak również natury prawnej w momencie, gdyby para w późniejszym czasie podejmie decyzję o separacji lub rozwodzie.

Mrożenie tkanki jajnikowej

To rodzaj zabezpieczenia płodności, który z powodzeniem może być proponowany pacjentkom, u których choroba nowotworowa nie jest zlokalizowana w jajnikach. Zabieg polega na zamrożeniu tkanki jajnikowej zawierającej potrzebną ilość pierwotnych pęcherzyków jajnikowych. Następnie, po zakończeniu leczenia onkologicznego, zostaną one ponownie wszczepione pacjentce, co niejednokrotnie daje szansę nie tylko na przywrócenie funkcji płodności, lecz także na naturalne zajście w ciążę i ponowne uregulowanie poziomu hormonów w organizmie.

Zaletą tej metody jest też to, że pobranie tkanki u kobiety zakwalifikowanej do zabiegu może nastąpić w każdym dniu cyklu miesięczkowego. Zwykle fragmenty jajnika pobierane są laparoskopowo w warunkach szpitalnych, a czas powrotu pacjentki do formy po zabiegu jest bardzo krótki. Jest to niewątpliwie plusem tej metody z punktu widzenia potrzeby szybkiej ponownej gotowości do leczenia onkologicznego. Tkanka zostaje zamrożona do czasu, kiedy kobieta będzie gotowa na jej wszczepienie.

Trzeba też pamiętać, że ryzyko uszkodzenia jajników podczas leczenia onkologicznego jest niższe u dziewczynek, które nie osiągnęły jeszcze dojrzałości płciowej, niż u kobiet dojrzałych płciowo. Jednak w sytuacji, w której planowane jest leczenie onkologiczne niosące ze sobą duże ryzyko utraty płodności (mówimy wtedy o wysokiej gonadotoksyczności

leczenia), dobrym pomysłem jest rozważenie pobrania i zamrożenia tkanki jajnikowej, która po wszczępieniu da młodej kobiecie szansę na posiadanie potomstwa. Wszczępienie tkanki dokonywane jest u kobiet w wieku rozrodczym.

Sposób zachowania płodności u mężczyzn

Mrożenie nasienia

W przypadku mężczyzn standardową procedurą przed planowanym rozpoczęciem leczenia onkologicznego jest pobranie, zamrożenie i bankowanie nasienia. To podstawowa metoda pozwalająca na zabezpieczenie materiału genetycznego. Pacjent chcący zamrozić nasienie może zostać poproszony również o wykonanie badań w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową. Sama procedura pobrania nasienia nie wymaga dużych przygotowań i jest dość prosta. W umówionym dniu mężczyzna zgłasza się do kliniki i w specjalnym przeznaczonym do tego pomieszczeniu oddaje nasienie, które zostaje zamrożone do czasu całkowitego wyleczenia.

W niektórych przypadkach, gdy zamrożenie pojedynczej porcji nasienia może być niewystarczające, zachęca się pacjenta do kilkukrotnego pobrania nasienia w odpowiednich odstępach czasu, jednak przed rozpoczęciem procesu leczenia. Tak pobrany materiał może być przechowywany z powodzeniem przez wiele lat. Warto wspomnieć, że proces ten nie opóźnia rozpoczęcia terapii onkologicznej. Po zakończeniu leczenia może być ono wykorzystane podczas inseminacji lub zapłodnienia pozaustrojowego – metodą *in vitro*.

Warto wspomnieć, że u młodych pacjentów, którzy nie osiągnęli jeszcze dojrzałości płciowej, eksperymentalną metodą dającą nadzieję na przyszłość jest pobieranie i mrożenie tkanki jądra zawierającego niedojrzałe komórki odpowiadające za produkcję plemników. Istnieje duża szansa, że zamrożone komórki przetransplantowane do uszkodzonych jąder pozwolą przywrócić ich funkcję.

Aspekt psychologiczny

.....
*Wojownik wie, że wojna składa się z wielu bitew,
Dlatego idzie naprzód.*

Paulo Coelho¹⁶
.....

Chory, krótko po usłyszeniu diagnozy, która najczęściej jest dla niego i jego bliskich szokiem – zaczyna przewartościowywać swoje życie. Przeżywa różne emocje, przestaje myśleć nie tylko o długofalowych planach, ale i o codziennym życiu zawodowym i osobistym, w tym planowaniu potomstwa.

¹⁶ http://www.cytaty.rfk.pl/cytaty/przezwydzyc_siebie/1.html.

U niektórych pacjentów z kolei budzi niepokój fakt, że nowotwór zaatakował nie tylko ich ciało, lecz próbuje także ograniczyć, a nawet zniszczyć ich przyszłość, przez zabranie możliwości bycia rodzicem. Następstwem tego może być złe nastawienie i niechęć pacjenta do podejmowania terapii onkologicznej.

Ponadto chory musi w krótkim czasie podjąć szereg decyzji i działań. Niewątpliwie dużą rolę w tym momencie odgrywa wsparcie psychologiczne pacjenta, a także rzetelna informacja o sposobach leczenia i możliwościach zabezpieczenia płodności.

Pamiętać trzeba, że od momentu diagnozy do czasu rozpoczęcia leczenia zwykle zostaje niewiele czasu, dlatego tak ważne jest uświadomienie i wsparcie pacjenta. Z drugiej strony informacja o możliwości zabezpieczenia swojej płodności na przyszłość, która może wydawać się choremu odległa, niepewna, a nawet niedostrzegalna, może dawać pozytywny bodziec do podjęcia terapii, siłę do walki o zdrowie i życie, jak również nadzieję na wyleczenie i zostanie rodzicem. Mówiąc kolokwialnie, pacjent musi stoczyć dwie życiowej rangi bitwy i przy odpowiednim wsparciu z każdej ma szansę wyjść zwycięsko.

Temat dotyczy mnie lub bliskiej mi osoby. Gdzie mogę otrzymać pomoc?

Jeżeli jesteś osobą, która usłyszała niepomyślną diagnozę, a planujesz w przyszłości potomstwo, nie pozwól na nieodwracalne w skutkach ograniczenie płodności, jakie może wywołać leczenie onkologiczne. Współczesna medycyna ma dzisiaj wiele do zaoferowania, aby zabezpieczyć Twój potencjał rozrodczy. Istnieje szereg ośrodków i organizacji, które powstały po to, aby Cię wspierać w osiągnięciu celu, jakim jest zabezpieczenie płodności na przyszłość. Lista organizacji i linki do stron internetowych znajdują się na stronie 221 poradnika.



10

NAUCZ SIĘ

RADZENIA SOBIE

W TRUDNYCH SYTUACJACH

Krystyna de Walden-Gałuszko

.....
*Pokażcie mi zdrowego psychicznie człowieka,
a ja go wyleczę.*
Carl Gustav Jung
.....

We wcześniejszej części omówiliśmy dość obszernie różne zasoby psychiczne, które umożliwiają osobie w stresie poradzenie sobie z nim, przywracając zachwianą równowagę. Oprócz własnych sił dużą pomocą w tym procesie jest wsparcie otoczenia. Zdarza się jednak nie tak rzadko, że albo oba źródła siły zawodzą, albo stres okazuje się zbyt silny lub trwa zbyt długo – wtedy dochodzi do utrwalenia zachwianej równowagi, czyli zaburzenia przystosowania do traumatycznej sytuacji.

Często chorzy zgłaszający się do psychoonkologa mówią: „Cały czas radziłam sobie z chorobą, leczeniem, pomagałam innym, podziwiano moją dzielność – ale teraz, po roku, dwóch latach, czasem w trakcie leczenia, nie daję już rady, potrzebuje pomocy”.

Zazwyczaj zaburzenia przystosowania przybierają formę zespołów lękowych, depresyjnych lub mieszanych. Jak wcześniej wspomniano, lęk i przygnębienie są naturalnymi emocjami, które występują u wszystkich ludzi jako reakcje na sytuacje stresowe i nie wymagają wtedy pomocy z zewnątrz. Natomiast w sytuacji, gdy występują bardzo często, przez większą część dnia, gdy ich nasilenie jest tak duże, że utrudnia codzienne funkcjonowanie i zakłóca relacje z otoczeniem, wówczas z całą pewnością należy zwrócić się o pomoc. Najlepiej zrobić to od razu – zaoszczędzimy sobie w tej sytuacji wiele nieprzespanych nocy i niepotrzebnego cierpienia.

Lęk a zespół lękowy

Im mniej strachu, tym więcej ducha.

Søren Aabye Kierkegaard

Rodzaje lęku

Lęk jest reakcją emocjonalną na poczucie zagrożenia utratą czegoś ważnego, np. zdrowia, komfortu, życia. Jest reakcją podsycaną przez niepewność i wyobraźnię: „Stracę, czy nie?”. Sam w sobie lęk odgrywa także role pozytywne, m.in. ostrzega przed niebezpieczeństwem oraz skłania do podejmowania działań zabezpieczających przed utratą (np. decyzja na zabieg). Opanowany lęk zwiększa odporność i przyczynia się do wzrostu osobowego. Opisany w ten sposób lęk jest naturalną reakcją psychiczną, stąd można go określić jako lęk psychologiczny.

Występuje poza tym lęk nazywany słusznie strachem, który jest odpowiedzią na realne zagrożenie, np. strach przed burzą czy groźnym psem.

Istnieje też lęk pozapsychologiczny, wywołany przez różne czynniki, np. stany niedotlenienia (w chorobie wieńcowej, w napadach duszności). Lęk wywołują także różne leki, zaburzenia neurologiczne, metaboliczne lub hormonalne.

Z praktycznego punktu widzenia najważniejszy jest lęk psychologiczny – nerwicowy, spowodowany trudną sytuacją wywołującą napięcie emocjonalne i zaburzenia równowagi psychicznej. Jest to typowy tzw. uogólniony zespół lękowy, w którym oprócz lęku występują trudności skupiania uwagi, zaburzenia pamięci, kłopoty ze snem (zwłaszcza podczas zasypiania) oraz stan ogólnego napięcia. Czasami występują także trudności nabrania głębokiego oddechu, drżenie i mrowienie kończyn, brak apetytu, biegunki lub zaparcia.

Niekiedy zespół lękowy wyraża się pod postacią tzw. lęku napadowego, w którym od czasu do czasu pojawia się stan bardzo silnego lęku, połączonego z niepokojem ruchowym, szybkim biciem serca, wrażeniem zaciskania w klatce piersiowej (jak w pancerzu). Ten bardzo przykry stan trwa krótko, lecz, zwłaszcza na początku, chory wzywa pogotowie w przekonaniu, że umiera.

Znany jest także tzw. lęk fobijny, czyli irracjonalny lęk przed zamkniętą przestrzenią (klaustrofobia) czy przed różnymi czynnościami (np. przed zastrzykiem). Lęk fobijny to patologiczna forma strachu.

Wyżej opisane objawy występują w zespołach lękowych z różnym nasileniem, częstotliwością i oczywiście nie wszystkie naraz – ich występowanie jest wskazaniem do zwrócenia się o pomoc do lekarza psychoonkologa. Farmakoterapia, uzupełniona pomocą psychologiczną, okazuje się tu szczególnie pomocna. Wdzięcznym polem farmakologicznego leczenia lęku fobijnego jest np. lęk przed chemioterapią, utrudniający wykonanie iniekcji. Podanie środka przeciwlękowego przed zastrzykiem czy badaniem rezonansem magnetycznym (z powodu klaustrofobii) umożliwia uczestniczenie w tych procedurach bez żadnych kłopotów.

Jak zmniejszyć lęk – jak samodzielnie sobie z nim poradzić

W przypadku lęku psychologicznego, zwłaszcza wtedy, gdy lęk nie jest zbyt nasilony i pojawia się od czasu do czasu, warto poznać sposoby, które mogą go skutecznie opanować.

Pierwsza rada dotyczy osób, u których lęk objawia się przez „ciało” (wzrost ciśnienia, tętna, przyspieszone oddechy itp.). W tym wypadku trzeba zapoznać się z mechanizmami powstawania takiego lęku. Wyobraźmy sobie, że idziemy drogą, a naprzeciwko pojawia się ktoś, kto swoim zachowaniem wskazuje na zagrożenie. Mamy wówczas dwie możliwości – walczyć albo uciekać (częściej to drugie). Natychmiast w mózgu pojawia się sygnał: NIEBEZPIECZEŃSTWO. Ciało reaguje od razu – podnosi się ciśnienie, wzrasta tętno i częstość oddechów, napinają się mięśnie, wzrasta stężenie glukozy we krwi, oznacza to gotowość do wysiłku (tzw. mobilizacja celowa). Kiedy człowiek boi się myśleć o chorobie, bólu itp., mózg reaguje podobną mobilizacją, tylko że wtedy jest to mobilizacja bezcelowa, powodująca np. napad lęku panicznego. Zrozumienie mechanizmu tych objawów samo w sobie zmniejsza lęk przed nimi.

W większości wypadków lęk przejawia się ogólnym poczuciem zagrożenia – przecuciem, że stanie się coś złego. Dobrą metodą jest wówczas racjonalna rozmowa ze swoim wewnętrznym tłumaczem. Co konkretnie nam zagraża? Rozbijamy w ten sposób swój lęk na konkretne strachy, z którymi łatwiej możemy się uporać niż z zagrożeniem.

Pomocne są również pytania: „Co nasila mój lęk?” (tego trzeba unikać) i „Co zmniejsza mój lęk?” (z tego należy korzystać). Dobrze by było także obserwować siebie z boku podczas lęku, pamiętając zarazem proste informacje: lęk nie zabija, nie trwa wiecznie – on się pojawia, narasta, a potem powoli opada; wystarczy tylko przetrzymać jego szczytowe natężenie i wówczas opadnie stopniowo. Wreszcie ważna informacja: lęk można kontrolować. Trzeba zatem przygotować się na jego nadejście, opracowując różne formy samopomocy. Może to być telefon do przyjaciela zawczasu uzgodniony, obserwacja sekundnika i co 3 sekundy mówienie sobie „stop”, powtarzanie wierszyka, odejmowanie co 5 od 100, oglądanie zdjęć, włączanie ulubionej muzyki czy rysowanie lęku. Takie propozycje oparte są na odwracaniu uwagi od lękotwórczych myśli. Ostatnia z tych metod, czyli rysowanie lęku, jest szczególnie cenna, gdyż nie tylko angażuje uwagę, lecz wyzwala także pozytywne emocje i kreatywność.

Bardzo korzystną metodą opanowania lęku jest zmiana sposobu oddychania przed wystąpieniem lęku i w trakcie jego trwania. Oddychamy torem brzuszny (podczas wdechu brzuch wypełnia się jak nadmuchana piłka, przy wydechu opada). Oddychanie powinno być wykonywane powoli, głęboko i „po kwadracie”, tzn. każdy bok kwadratu jest równy wdech – przerwa – wydech – przerwa i trwa ok. 5 sekund (121, 122... 125).

Ze względu na fakt, że lęk powoduje napięcie mięśni, skuteczne są także wszelkie ćwiczenia relaksacyjne (np. z wykorzystaniem np. kasety z treningiem autogennym Schulza).

Powyższe sposoby samopomocy w sytuacji lęku można wykorzystywać z powodzeniem wtedy, gdy jest to lęk psychologiczny o niezbyt dużym nasileniu, natomiast w typowym zespole lekowym mogą być one dobrym uzupełnieniem farmakoterapii, która w jego przypadku powinna być wiodącą metodą leczenia.

Ważne jest, żeby wspomniane techniki wykorzystywać umiejętnie, konsekwentnie i przez odpowiednio długi czas (kilka miesięcy).

Na koniec jako podsumowanie proponuję do przemyślenia tzw. przepis na lęk:

Przewidywane okropieństwo zdarzenia + realne okropieństwo zdarzenia = Nasilenie lęku
Własne zasoby + czynniki zewnętrzne + wsparcie

Smutek – kiedy przygnębienie staje się depresją?

Ból jest nieunikniony, cierpienie tylko prawdopodobne.

M. Kathleen Casey

Definicja smutku

Smutek jest naturalną reakcją emocjonalną na myśl lub wyobrażenie sobie pewności utraty ważnej dla człowieka wartości. Każdy z nas w jakimś okresie swojego życia przeżywa smutek. Jest to uczucie przykre. Nie lubimy się smuć, choć to nieuniknione. Jednak smutek odgrywa w naszym życiu również rolę pozytywną, gdyż powoli oswaja nas z utratą, a jednocześnie zmuszają do szukania dróg wyjścia. Spostrzegane przez otoczenie objawy smutku skłaniają do udzielania pomocy i wsparcia. Przetworzony smutek przyczynia się do wzrostu osobowego.

Smutek różni się istotnie od depresji jako zespołu chorobowego. W tym drugim przypadku obserwuje się oprócz przygnębionego nastroju liczne objawy towarzyszące, np. koncentrację uwagi na przyczynie smutku przez większą część dnia, problemy z pamięcią, niezdolność cieszenia się czymkolwiek, często ogólne spowolnienie, trudności podejmowania wysiłku, poczucie bezsensu, beznadziejności i bezradności. Dodatkowo towarzyszy im w większości przypadków stan napięcia, rozdrażnienia lub lęku.

Objawy depresji pojawiają się w różnych sytuacjach klinicznych. Bardzo często są reakcją na trudną sytuację (chorobową, życiową) i stanowią wyraz niemożności przystosowania do sytuacji (depresja nerwicowa dezadaptacyjna). Mogą też być wyzwolone przez czynniki zewnętrzne, np. przewlekły ból, duszność, leki (w tym niektóre formy chemioterapii). Poza tym zespół depresyjny może ujawnić się w przebiegu tzw. choroby afektywnej, będąc jedną z popularnych chorób psychicznych.

Co zrobić, gdy zaczyna nam zbyt długo towarzyszyć obniżony nastrój

W sytuacji odczuwania obniżonego nastroju przez dłuższy czas trzeba przyjrzeć się sobie i spróbować rozpoznać swój smutek lub przygnębienie, zwłaszcza jeśli stan ten utrzymuje się przez okres dłuższy niż dwa tygodnie. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na najczęstsze błędy popełniane przy tej okazji:

- błędna psychologizacja – to nic dziwnego, że się smucę, przecież mam przyczynę;
- muszę jeszcze poczekać, może przejdzie;
- muszę sobie poradzić sam/sama, nikt w tym nie może mi pomóc;
- nie będę truć się lekami, od których mogę się uzależnić albo się do nich przyzwyczaję.

Jeśli uznam, że objawy, które w sobie obserwuję, to tylko smutek, powinienem/powin-
nam zabrać się do energicznej samopomocy, jeżeli jednak smutkowi towarzyszą niektóre
objawy charakteryzujące wyżej opisany zespół depresyjny, muszę zwrócić się do lekarza.
Farmakoterapia w tym wypadku jest najprostszą i najbardziej skuteczną metodą usunięcia
objawów.

Przed podjęciem leczenia warto zapoznać się z ważnymi informacjami:

- leki przeciwdepresyjne ujawniają swoją skuteczność po okresie utajenia;
- leki przeciwdepresyjne nie uzależniają – po pewnym czasie można je spokojnie wycofać (uzależnienie to stan, w którym po pewnym okresie podawania leku odstawienie go wywołuje bardzo przykre objawy abstynencyjne);
- leki przeciwdepresyjne nie powodują przyzwyczajenia (przyzwyczajenie występuje wtedy, gdy po dłuższym czasie przyjmowanie leku jego dawka staje się niewystarczająca i do uzyskania pożądanego efektu potrzebne jest jej podniesienie);
- na początku kuracji mogą pojawić się niewielkie objawy dyskomfortu, które po kilku dniach ustępują;
- osoby leczone onkologicznie (chemioterapia, hormonoterapia) mogą być leczone lekami przeciwdepresyjnymi dobranymi przez doświadczonego lekarza – psychoonkologa;
- asortyment leków przeciwdepresyjnych jest bardzo duży, stąd duża możliwość dostosowania określonego leku do objawów klinicznych;
- leczenie zespołu depresyjnego powinno być prowadzone niezależnie od przyczyny i kontynuowane odpowiednio długo (6–12 miesięcy);
- wskazane jest uzupełnienie farmakoterapii przez różne formy wsparcia psychologicznego; zasadą jest, że pomoc ta jest najbardziej wskazana i skuteczna po przeminięciu ostrych, bardzo nasilonych objawów depresji.

Osoby stwierdzające u siebie objawy częstego smutku, ale bez innych objawów typowych dla zespołu depresyjnego, powinny sięgnąć po różne formy samopomocy.

Najczęściej smutek jest wywołany przez określoną przyczynę, zdarza się jednak, zazwyczaj przez krótki czas, że bywa spowodowany przez pogodę, zmiany hormonalne itp. Zwykle nawet w sytuacji, gdy smutek nie jest wywołany przez żadną poważną przyczynę, mamy tendencję do podkładania jakiejś myśli tłumaczącej to uczucie.

Przystępując do pracy nad smutkiem, powinniśmy zawczasu przygotować się na nadejście smutnych chwil przez wykonywanie tzw. treningu przyjemności: zapisywanie w każdym dniu przez miesiąc czynności lub sytuacji, które sprawiły nam radość – w ten sposób tworzymy bank przyjemności, z których można będzie w razie potrzeby skorzystać dla rozpędzania smutku. W chwili przeżywania smutku musimy na początku sprawdzić, czy przyczyny, które go wywołują, są realne, a nasilenie smutku jest proporcjonalne do wagi problemu, a także czy przyczyna wywołująca obecną reakcję będzie nadal ważna po 2–6 miesiącach. Czy w tej konkretnej sytuacji można ją jakoś zmienić? Gdy przyczyna okazuje się realna, zastanawiamy się, jak zmniejszyć jej wpływ (np. smucę się, ponieważ muszę zrezygnować z ulubionej pracy, ale podejmuję plan przestawienia się na inną, dostrzegam wynikające z tego pozytywne). Jeżeli jest realna, np. utrata dużej ilości pieniędzy, a nie bardzo można poprawić ten stan, zamiast smutnego rozpamiętywania pierwsza podjęta decyzja powinna brzmieć: „pomyślę o tym później, zajmę się tym, co lubię: gotowaniem, sprzątaniem, zabawą z psem”.

Gdy smutkowi towarzyszą myśli o własnej nieudolności, warto przypomnieć sobie sytuacje, w których odnieśliśmy sukces, rozwiązaliśmy trudne sprawy itp. Czasami możemy pogłębić dobre wspomnienia. Należy wówczas usiąść wygodnie w osobnym cichym pokoju,

zamknąć oczy i przypomnieć sobie sytuację, w której czuliśmy się szczęśliwi, było nam bardzo dobrze. Próbujemy odtworzyć raz jeszcze tę scenę ze wszystkimi detalami, zatrzymując się na poszczególnych fragmentach możliwie jak najdłużej. Po takiej kilkuminutowej sesji czujemy zazwyczaj odprężenie, a zły nastrój znacznie się zmniejsza.

Inne sposoby to rozmowa z przyjaciółmi (przy okazji śmiechoterapia, kreatywność i poczucie humoru). Bardzo ważne jest wypracowanie w sobie umiejętności przebywania ze sobą tu i teraz, stąd np. duża skuteczność terapii uważnością (mindfulness) w poprawie nastroju.

Mądre przeżywanie terażniejszości i umiejętność dostrzegania urody codzienności (pogody za oknem, kwiatów na stole) to wielka broń w walce ze smutkiem.

Bardzo ważnym sposobem jest planowanie, czasem w połączeniu z marzeniami. Oprócz planów dalekosiężnych potrzebne są plany krótkoterminowe, np. spacer 5 km trzy razy w tygodniu. Realizacja takich planów trzeba co jakiś czas zmieniać, żeby nie stały się rutyną. Satysfakcja z realizacji celu mimo czasem lenistwa i wewnętrznych oporów pobudza nasz układ nagrody i bardzo poprawia nastrój.

Ogromną pomocą działającą w podobny sposób (wydzielanie endorfin – hormonów szczęścia) jest wysiłek fizyczny w formie aktywności, którą najbardziej lubimy (jogging, pływanie itp.).

Warunkiem skuteczności tak nakreślonej samopomocy jest regularność jej wykonywania, mimo że niekiedy wymaga ona przełamania niechęci (lub lenistwa), która z czasem zaczyna nas kusić niebezpieczną biernością.

Co trzeba wiedzieć o gniewie i złości?

Do sukcesu nie ma żadnej windy.

Trzeba iść po schodach.

E. Oesch

Definicja gniewu

Gniew nie jest zespołem chorobowym. Stanowi reakcję uczuciową na przeszkodę w osiągnięciu celu lub na zaburzenie jakiegoś uznanego powszechnie ładu. Jest wyrazem braku zgody na fakt lub wydarzenie, które go powoduje.

Przyczyny gniewu mogą być racjonalne (np. gniew na fakt zlekceważenia objawów choroby przez lekarza) lub nieracjonalne. W tym drugim przypadku przyczyn pośrednich, zwiększających prawdopodobieństwo powstawania gniewu, jest bardzo wiele, np. może on wynikać z poczucia niesprawiedliwości („dlaczego dotknęła mnie ta choroba?”) i jest kierowany do Boga, losu lub niewinnego w tym wypadku personelu medycznego. Może też wynikać z tłumionego poczucia winy (np. u palaczy) lub przekształcać się w gniew z uczucia lęku („czemu moja rodzina nie dzwoni, pewnie coś się stało”).

Reakcje gniewu występują częściej u osób z określonymi cechami osobowości i temperamentu, np. cholerycy mają większą skłonność do reagowania gniewem niż flegmatycy. Poza tym do reakcji gniewem na sytuacje, które uniemożliwiają realizację założonego celu, skłonne są osoby obdarzone tzw. wysokim poczuciem kontroli – przekonane, że niemal wszystko zależy od ich woli. Uniemożliwienie sprawowania kontroli nad wydarzeniami jest bardzo silnym bodźcem wyzwalamym gniew, bunt i ogólną reakcję dezadaptacyjną.

Gniew jako uczucie ma swoje strony pozytywne. Po pierwsze wzmacnia energię i dodaje siły (pod wpływem gniewu potrafimy zrobić o wiele więcej niż w warunkach spokoju). Po drugie daje czasem odwagę do przeciwstawienia się nieprawidłowościom. Ponadto ukierunkowany gniew pozwala osiągnąć trudne cele, a właściwie opanowany przyczynia się do wzrostu osobowego.

Złość jest z kolei głównie reakcją na mało ważne lub wyimaginowane przeszkody. Szczególnie często jest to reakcja na zaburzenia ustalonego porządku (bałagan w pokoju), przy czym ta reakcja uczuciowa jest zazwyczaj irracjonalna lub nieproporcjonalna do przyczyny. Jeśli występuje często, określamy ją jako stan rozdrażnienia, który przejawia się zazwyczaj z wahaniami nastroju.

Przyczyn takiego sposobu reagowania jest bardzo wiele. Przeważnie wiążą się z czynnikami zewnętrznymi (dotyczy to szczególnie rozdrażnienia). Często przyczyną jest zmęczenie, niewyspanie lub niedożywienie. Występuje z reguły w stanach rekonwalescencji lub w początkach choroby, a także jako efekt uboczny leczenia (chemioterapia, hormonoterapia), jest także objawem wiodącym w zaburzeniach hormonalnych (przekwitanie). Może być powiązany z przyczynami psychologicznymi (np. u osób przeżywających trudne sytuacje, kłopoty lub smutnienie).

Rozdrażnienie jest często zgłaszane przez osoby chorujące na depresję, stając się powodem dodatkowego cierpienia i pogłębiając typowe dla osób depresyjnych poczucie winy. Często zdarza się, że osoby w depresji akcentują na pierwszym miejscu stany rozdrażnienia, prosząc o ich usunięcie ze względu na swoich bliskich, którym chcą zaoszczędzić swojej złości.

Jak powinniśmy sobie radzić z uczuciem złości i gniewu, zwłaszcza gdy mamy ku niemu skłonności

Pierwszą zasadą obowiązującą w odniesieniu do kontroli uczuć jest wypracowanie w sobie umiejętności rozpoznania przeżywanych stanów uczuciowych i nazwanie ich przed sobą – jestem rozgniewana, zła lub smutna, boję się itp. Ponadto trzeba pamiętać, że wyładowanie gniewu (rzucanie talerzami) nie jest właściwą metodą na jego opanowanie, podobnie jak jego tłumienie lub udawanie, że nie istnieje.

Musimy znaleźć racjonalny sposób na wygaszenie gniewu. Pierwszym krokiem po rozpoznaniu, że jestem zły/zła, jest pytanie: „czy mój gniew jest racjonalny”, a jeśli tak, to „czy mogę usunąć jego przyczynę”. Jeśli odpowiedź znowu brzmi „tak”, należy skierować całą swoją uwagę i energię na sformułowanie i realizację tego celu.

Jeśli gniew nie ma bezpośrednio racjonalnej przyczyny, trzeba zastanowić się (z wewnętrznym tłumaczem, z którym zwykle omawiam wszystko, co mnie dotyczy), jakie może być to podwójne dno (poczucie winy lub krzywdy, zazdrość). Jest to zadanie trudniejsze, wymaga głębszego zrozumienia siebie, lecz jest możliwe do wykonania przy maksymalnej uczciwości względem siebie.

Po ustaleniu przyczyny natężenie gniewu automatycznie trochę opada, choć nie zawsze.

Kolejnym sposobem złagodzenia gniewu są różne metody odwracania uwagi, przesuwania myśli na inny temat. Dobrym uzupełnieniem tej metody jest wysiłek fizyczny (rozładowujący nagromadzoną energię gniewu), a także zaangażowanie się w nowe zadania, wykorzystanie zasobów, zwłaszcza ciekawości, kreatywności i poczucia humoru. Metody te powodują zwykle chwilowe uspokojenie, co poszerza spojrzenie na przyczynę gniewu i po pewnym czasie pozwala na spokojną ocenę, a nawet na dostrzeżenie pozytywnych jego aspektów.

Gniew w formie wyżej opisanej nie wymaga leczenia, natomiast gdy obserwujemy u siebie stany rozdrażnienia i złości pojawiające się często, należy koniecznie ustalić przyczynę i do niej dopasować nasze dalsze postępowanie. Jeśli mimo usunięcia przyczyn zewnętrznych, (zmęczenie, niewyspanie itp.) objawy nie ustępują, należy skorzystać z pomocy lekarza.



11

JAK ŻYĆ

Z CHOROBA

NIEULECZALNĄ

Krystyna de Walden-Gałuszko

Wyjaśnienie pojęć

Pojęcie **nieuleczalności choroby** ogromnie się zmieniło na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat. Fakt ten wskazuje na konieczność doprecyzowania jej treści. Nieuleczalna choroba oznacza, że dostępnymi nam metodami nie jesteśmy w stanie usunąć całkowicie przyczyny choroby, tj. że po przeleczeniu ustępują objawy, ale należy liczyć się z nawrotami. Ogromny postęp, jaki dokonał się obecnie w terapii nowotworów, oznacza w praktyce, że bardzo wiele osób w tym stadium choroby może żyć przez wiele lat, poddając się kolejno różnym formom leczenia. W tym czasie życie człowieka toczy się normalnie, przeplatane jest jedynie „przerwami” na leczenie. W pewnym sensie jest to stan psychicznie stabilny w porównaniu np. z okresem wczesnego leczenia, w którym dominuje lęk przed operacją, radioterapią, a zwłaszcza chemią. Osoby, które nabyły doświadczenia w tym zakresie, mniej stresują się perspektywą kolejnej terapii i w pełnym zakresie do nich adresowane są wszelkie zalecenia aktywności fizycznej i psychicznej proponowane osobom wyleczonym.

Okres zaawansowanej choroby nowotworowej – opieka paliatywna

Jest to okres zaawansowanej choroby, w którym dotychczasowe metody leczenia onkologicznego okazują się nieskuteczne i osobom tym proponuje się opiekę paliatywną.

Opieka paliatywna oznacza formę leczenia i opieki nastawioną na usuwanie lub łagodzenie wszelkich dolegliwości. Łacińskie *pallium* (płaszcz) nasuwa skojarzenie opieki z otulaniem chorego – jego ochronę przed wszelkimi zagrożeniami i niedogodnościami.

Uświadomienie sobie radykalnej zmiany w stanie zdrowia, pojawienie się dolegliwości, połączone często z postępującym zmęczeniem i osłabieniem fizycznym – powoduje zazwyczaj zmiany w psychice. Pojawiają się myśli o śmierci, umieraniu – skłaniające czasem do dokonania bilansu życia, zastanowienia się, co jeszcze można zrobić, ewentualnie naprawić, zmienić itp.

Zmienia się zwykle wówczas hierarchia potrzeb. Jako najważniejsze stają się potrzeby fizycznego komfortu, żeby nie bolało, nie było duszno, pojawia się troska o zmniejszony apetyt, trudności z wypróżnieniem się itd.

Problemy z tego obszaru bardzo koncentrują uwagę osób chorych. I to zupełnie zrozumiale. Możemy sięgnąć w tym momencie do własnego doświadczenia, np. jeżeli zacznie nas bardzo boleć ząb czy głowa i szykujemy się do kina, nie pójdziemy oglądać filmu – choćby najciekawszego, dopóki nie zażyjemy środka przeciwbólowego – nie usuniemy dolegliwości fizycznej.

Na tym polu mamy bardzo wiele do zaoferowania. Opieka paliatywna, którą należy zapewnić chorym – ma dokładnie opracowane metody opanowania podstawowych dolegliwości, które w tym okresie występują.

Dlatego tzw. dobra kontrola objawów w sensie zniesienia lub bardzo znacznego złagodzenia dolegliwości jest podstawowa i całkowicie osiągalna.

Kolejnym pragnieniem występującym u chorych jest złagodzenie lęku: czyli potrzeba bezpieczeństwa wyrażająca się przede wszystkim szukaniem przyczyny zaistniałych dolegliwości.

Poczucie bezpieczeństwa to nie tylko poszukiwanie diagnozy, która wykluczy chorobę nowotworową lub jej postępujący przebieg. W życiu codziennym nie myślimy tylko o raku. Lęk może być wywołany niepewnością, co możemy jeść, żeby sobie nie zaszkodzić, kto będzie

mnie leczył, jak mi się pogorszy, lub jak będzie zorganizowana opieka, jeśli będę jej potrzebować. Człowiek w tym czasie myśli detalami – konkretnie. I w tym zakresie można mu bardzo pomóc, jeśli osoby z bliskiego otoczenia doksztalczą się odpowiednio i zapewnią właściwy „dopływ” praktycznych informacji. Trzeba też pamiętać, że chorzy tracą często łaknienie, miewają „zachcianki”, które przygotowane zgodnie z ich życzeniem – nie przechodzą przez gardło w momencie, gdy się je podaje. Nie wolno czynić z tego powodu zarzutów – po prostu tak bywa. Czasem opiekunowie załamują ręce w odpowiedzi na wyrażone życzenia „sięgnięcia po kieliszczyk” lub wypalenia papierosa. Jeśli taki wyłom w ogólnych zasadach zdrowotnych nie powoduje nasilenia dolegliwości – należałoby przymknąć na to oko.

Dużym problemem bywa także samo spożywanie posiłków. Rodziny często próbują wmusić więcej jedzenia, żeby „chory nabrał sił do walki z chorobą” – nie trzeba tego robić. Lepiej podawać jedzenie częściej, lecz w małych ilościach. To zwykle jest bardziej skuteczne.

Jeżeli dolegliwości utrzymują się przez dłuższy czas i towarzyszy im postępujące zmęczenie i ogólny spadek sił, zmniejsza się wtedy zwykle ogólna aktywność życiowa człowieka, coraz więcej przebywa on w domu, ograniczając aktywność zawodową i społeczną. Siłą rzeczy koncentruje się wówczas na sobie, a co za tym idzie – pojawia się w nim pragnienie – mniej lub bardziej uświadomione – bliskiej obecności kogoś „swojego”, kto okaże serdeczność, zainteresowanie i zapewni wsparcie. Trzeba jednak przy tym pamiętać, że potrzeba wsparcia nie u każdego jest jednakowa. Są osoby, zwłaszcza kobiety, które oczekując ciepła i serdeczności, chciałyby porozmawiać o swoich przeżyciach, dolegliwościach itp. Natomiast mężczyźni częściej zamykają się w sobie, nie chcą rozmawiać o chorobie, stają się przy tym niecierpliwi i odrzucają propozycje zbliżenia. Nie znaczy to jednak, że nie potrzebują wsparcia. Takie osoby wymagają spokoju, a wsparcie wyraża się wtedy próbami „sprawiania przyjemności” – okazywaniem serdeczności i cierpliwości, dostosowując się do życzenia, żeby „żyć tak, jakby choroby nie było”.

Potrzeba bliskości i zrozumienia łączy się także z potrzebą uznania własnej wartości. Często chorzy, którzy przestają zarabiać, potrzebują pomocy w zwykłych czynnościach codziennych, przeżywają boleśnie poczucie małowartościowości, czasem upokorzenia i smutku, że stają się „ciężarem dla otoczenia”. Podkreślenie ważności takiej osoby, liczenie się z jej zdaniem, zwracanie uwagi, jak wielką wartość stanowi ona dla swoich bliskich, jest wówczas bardzo potrzebne.

Kolejny problem. Otoczenie często nie docenia wagi wyglądu zewnętrznego. Dotyczy to przede wszystkim kobiet, ale ważne jest także i u mężczyzn. Człowiek, który jest zadbany, ma poczucie, że nieźle wygląda – inaczej się zachowuje. Jest bardziej pewny siebie, często w lepszym nastroju. Dlatego tak ważna jest troska o wygląd zewnętrzny – o ubranie, włosy, paznokcie. Te wszystkie niby mało ważne detale w rzeczywistości odgrywają szczególnie dużą rolę.

Pomoc osób bliskich w zakresie zabezpieczenia potrzeby dobrego wyglądu zewnętrznego osoby chorej wymaga nie tylko troski o ubranie, o zorganizowanie usług fryzjera czy manikiurzystki, lecz także – co szczególnie ważne (a zbyt rzadko stosowane!) – mądre komplementowanie. Podkreślenie pięknego uśmiechu, ładnych włosów, rąk czy innych mocnych stron wyglądu naszego chorego naprawdę przyczyni się do poprawy jego nastroju!

W tym okresie często pojawia się także potrzeba dokonania bilansu życia i do wspomnień. Nie tylko osoby starsze, lecz także te w sile wieku, chętnie sięgają do wspomnienia – wracając pamięcią szczególnie do chwil radosnych lub subiektywnie ważnych.

Pamiętając o tym, warto zachęcić osobę chorą do wspomnień – a dostrzegając u niej np. poczucie małowartościowości – ukierunkować je na osiągnięte w życiu sukcesy – niekonicznie tych na miarę Nagrody Nobla. Wystarczy wspomnienie najsmaczniej przygotowanych

przyjęć, wygrywanych konkursów, oznak wdzięczności ze strony otoczenia itp. Nutka humoru i radości wynikającej z tych wspomnień jest dodatkowym atutem sprzyjającym poprawie nastroju. Umiejętność tworzenia pogodnej atmosfery w domu, uśmiechu, spokoju, wplatanie różnych tematów niezwiązanych wyłącznie z chorobą, jej objawami i leczeniem, jest sztuką, której opiekunowie powinni się bezwzględnie nauczyć.

Rzadko zdarza się, że chory stale się martwi, wciąż myśli tylko o chorobie i śmierci. Jeśli tak jest – powinniśmy poważnie pomyśleć o konsultacji psychologa lub psychiatry, bo może to wskazywać na depresję lub inną formę zaburzenia adaptacji, którą należy leczyć profesjonalnie.

Zwykle takie trudne chwile zdarzają się od czasu do czasu, natomiast codzienny czas wypełniony jest różnymi drobnymi problemami, jakimi żyje bezpośrednio otoczenie chorego. Prawdziwą sztuką, którą powinni nabyć opiekunowie chorego (on sam zresztą też), jest żyć dobrze czasem teraźniejszym. Smakować teraźniejszość, wprowadzając do niej tak wiele elementów radości, ile się da.

Takim elementem zwyczajnym jest specjalnie przyrządzona kawa, zwrócenie uwagi na kolor i zapach kwiatów w wazonie, propozycja ciekawego filmu. Poza dostrzeganiem pozytywnych detali w otoczeniu należałoby pomyśleć czasem o innych możliwościach sprawiania radości, takich jak organizacja jubileuszy, stwarzanie okazji do świętowania, obmyślanie niespodzianek itp.

Jeśli chorzy lubią zwierzęta to wielką pomocą może stać się towarzystwo przyjacielskiego psa czy kota.

Chcąc lepiej przeżyć ten trudny dla wszystkich czas, należy również poznać rozmaite mechanizmy radzenia sobie chorych z sytuacją postępującej choroby. Wyobraźmy sobie, że idziemy drogą i nagle pojawia się przeszkoda. Mamy do wyboru kilka opcji: 1) możemy podjąć próbę jej przeskoczenia – pokonanie przeszkody, 2) zawrócenie z drogi, 3) zmianę kierunku. Możemy też stanąć, patrzeć i nie podejmować żadnych działań. Przenieśmy to na przebieg życia człowieka chorego. Na jego drodze w pewnej chwili wyrasta przeszkoda – choroba. Utrzymując się w konwencji podanego wyżej przykładu, możemy podjąć z nią walkę – spróbować np. pokonać raka leczeniem onkologicznym. W pierwszych etapach choroby jest to działanie w pełni uzasadnione i racjonalne. W okresie, w którym leczenie już nie działa – taki wybór okazuje się błędny, wyrażając się np. mnożeniem prób włączenia medycyny niekonwencjonalnej – budzącej wielkie, niestety nieprawdziwe, nadzieje.

Druga opcja: symboliczne zawrócenie z drogi. „Nie widzę choroby, więc jej nie ma” – podobnie jak dziecko, które po zamknięciu oczu nie dostrzega przyczyny swego strachu: ona znika. W przypadku choroby takie postępowanie nazywane bywa zaprzeczeniem. Chory albo całkowicie neguje fakt choroby, albo pomniejsza jej znaczenie, mówiąc, że wprawdzie ma raka, ale jego przebieg jest bardzo łagodny, a odczuwane bóle przypisuje np. reumatyzmowi. Ten sposób przywracania sobie psychicznej równowagi i zmniejszania lęku występuje stosunkowo często w zaawansowanych okresach choroby. Równie często pojawiają się metody tzw. unikania i wypierania. Chory nie chce rozmawiać o swojej chorobie, unika tego tematu w kontaktach z innymi, a także wypiera myśli o chorobie i, przebywając w samotności, kieruje je na otoczenie, zajmuje się różnymi sprawami, usuwając problem choroby ze swojej świadomości.

W tej ostatniej grupie chorych szczególnie korzystną rolę odgrywają wspomnienia jako forma przekierowania myśli z teraźniejszych trosk ku wyidealizowanej czasem przeszłości albo ku idealizowanej przyszłości, którą nazywamy marzeniami. Chory myśli o spełnieniu swoich marzeń i czasem rzeczywiście je realizuje (np. wycieczka jachtem, podróż za granicę itp.).

Jeszcze inny sposób radzenia sobie z przeszkodą na drodze życia jest „zmiana kierunku”. Obserwuje się to często u młodych chorych, zwłaszcza we wcześniejszych okresach choroby. Wyraża się pragnieniem, żeby wyrzucić chorobę z pola uwagi: „Ona nie będzie mną rządzić”, i młodzi koncentrują się na planach ukończenia studiów, podróży dookoła świata itp. W zaawansowanym stadium może się to objawić – zwłaszcza u osób wierzących – przygotowaniem do podróży na drugą stronę, zwrotem ku duchowości. U osób niewierzących – może być ukierunkowaniem na wykonanie konkretnych zadań: napisanie wspomnień, naprawienie relacji w rodzinie itp.

Patrząc z boku, moglibyśmy dokonać oceny poszczególnych sposobów radzenia sobie ze stresem zaawansowanej choroby, uznając jedne za bardzo skuteczne, a inne za gorzej dopasowane. Ale nie wolno nam tego robić. Każdy człowiek ma wolną wolę i sam wybiera taką metodę postępowania, która mu najbardziej pasuje. Osoby z najbliższego otoczenia muszą być czujne i elastyczne, ale nie dyrektywne. Podejście do choroby może się zmieniać i wtedy rodzina powinna to zauważyć i odpowiednio reagować. Każda z wybranych metod jest skuteczna tak długo, jak długo uspokaja chorego, zmniejsza jego lęk i budzi nadzieję. W chwili, gdy chory zaczyna być niespokojny, napięty, drażliwy, źle śpi – może to znaczyć, że np. stosowany dotąd mechanizm zaprzeczania przestaje pomagać. Wówczas w odpowiedzi na zapewnienie chorego, że jest pewny postępującej poprawy, możemy powiedzieć „życzę Ci tego z całego serca, ale czy czasami nie nachodzą cię myśli, że ten scenariusz choroby się zmienia, czy nie warto o tym porozmawiać z lekarzem?”. Może się wówczas zdarzyć, że chory przyzna nam rację i wtedy pojawia się okazja do zmiany jego postawy na bardziej realną – jeśli jednak będzie obstawał przy swoim – należy uszanować jego wolę.

Nawet w najbardziej otwartych rodzinach, przyzwyczajonych do wspólnego omawiania trudnych spraw, istnieje jedno tabu: proces umierania. W rozmowach w cztery oczy z personelem medycznym często padają słowa o lęku przed odchodzeniem osoby bliskiej lub ze strony chorego o lęku przed umieraniem. W wielu ośrodkach paliatywnych w Europie Zachodniej podjęto – udane – próby zmierzenia się z tym problemem przez w miarę dokładny, spokojny opis tego, co przeważnie wówczas się dzieje. W miarę zbliżania się do momentu odejścia chory stopniowo słabnie, czuje się bardziej zmęczony, częściej także podsypia. Jednocześnie jego reakcje uczuciowe słabną – w rozmowie i zachowaniu staje się coraz bardziej obojętny. Rodzina niepokoi się wówczas, podejrzewając, że może chory popaść w depresję lub wyraża w ten sposób swoje pretensje do otoczenia. Tymczasem sama natura ułatwia wtedy człowiekowi odejście ze świata, rozluźnia i przez to zmniejsza emocjonalne przeżywanie. Bardzo często stan podsypiania przechodzi w sen, z którego czasem chory się na chwilę wybudza, lub przechodzi w trwałą śpiączkę. Zazwyczaj mogą się wówczas pojawiać typowe zmiany fizjologiczne: skóra staje się blada, chłodna, usta i koniuszki palców zasinione, oddechy zmieniają swój rytm: stają się naprzemiennie szybkie, wolne. Stopniowo tętno zwalnia, zwalniają też oddechy i w końcu po wdechu nie pojawia się kolejny wydech.

Kiedyś proces porodu otoczony był podobną tajemnicą, obecnie tajemnica dotyczy wyłącznie procesu umierania, tymczasem powinniśmy uświadomić sobie, że są to dwie kłamry spinające życie każdego z nas – a zatem powinniśmy poznać ich przebieg. Znajomość obu procesów może pomóc w spokojnym, refleksyjnym spojrzeniu na śmierć będącą istotnym i koniecznym elementem dopełniającym życie.

W opisie przebiegu zaawansowanego etapu choroby nowotworowej nie może zabraknąć odwołania się do „filozofii postępowania” w opiece nad chorym. Oznacza to pewien specyficzny akcent zaznaczony mocno w opiece: głównym jej celem nie jest – bo nie może być – przywracanie zdrowia lub znaczne przedłużenie życia kosztem często wielu cierpień.

Najważniejszym celem opieki jest dobra jakość życia osoby chorej pojmowana jako próba zaspokajania wszystkich indywidualnie ważnych dla niej potrzeb fizycznych, psychicznych, społecznych i duchowych. Próby w tym zakresie zostały częściowo zawarte w wcześniejszych partiach tego tekstu.

Pozostaje jedna z ważniejszych zasad tej filozofii: akceptacja nieuchronności śmierci. Każdy człowiek ma swój własny czas odchodzenia. Nie powinniśmy go skracać przez akt eutanazji, ale też nie należy go wydłużać, podłączając np. do sztucznej aparatury lub wprowadzając niepotrzebne kroplówki itp. W chwili agonii, postępując w ten sposób, przedłużamy człowiekowi umieranie, a nie życie.

W filozofii postępowania w opiece paliatywnej musimy się też zmierzyć z inną ważną zasadą: akceptacją nieuchronności cierpienia. Stoi to pozornie w sprzeczności z celami dobrej jakości życia i dobrej kontroli objawów, ale sprzeczność jest tylko pozorna. Zdajemy sobie bowiem sprawę z faktu, że z życia nie da się całkowicie wyeliminować cierpienia. Ono jest istotnym jego elementem. Każdy z nas, zgodnie ze swoją naturą, stara się zmniejszyć cierpienie własne i cudze, ale też każdy dochodzi do pewnej granicy, poza którą dalej już jest bezradny. Dotyczy to bólu końca życia, osierocenia lub innej ważnej utraty. Wtedy musimy sięgnąć do repertuaru naszych zasobów psychicznych pozwalających nam radzić sobie ze wszystkimi wielkimi stresorami życia – do dzielności i odwagi.



12

ZAPANUJ

NAD EMOCJAMI –

PRAKTYCZNE FORMY

SAMOPOMOCY

Terapia uważnością – mindfulness

Anna Borzeszkowska

.....
*Uważność pozwala nam zrozumieć, że szczęśliwe chwile są jak kwiaty,
do powąchania i do porzucenia, a nie jak złote monety do gromadzenia.
Cudowne i delikatne kwiaty, ulotne jak nasze życie. Uważność pomaga nam żyć, po prostu,
i uświadamiać sobie z każdym ćwiczeniem, że żyjemy i to jest wspaniałe.*

Christophe André
.....

W codziennym życiu jest wiele stresorów, z którymi przychodzi nam się mierzyć i które wpływają na nasze funkcjonowanie. Wśród nich znaczącymi są choroba i ból. Każdy z nas doświadcza cierpienia i bólu w życiu. Ból i choroba to naturalna część naszego życia. Ze szczególną sytuacją mamy do czynienia wtedy, gdy człowieka dotyka choroba, jaką jest nowotwór. W chorobie nowotworowej pacjenci często cierpią. Może ono brać się z bólu fizycznego lub emocjonalnego. Cierpienie obejmuje myśli i emocje oraz to, jak definiują one znaczenie choroby, jej przeżywania i doświadczenia. Diagnoza choroby nowotworowej wywołuje bardzo wiele reakcji: fale szoku, niedowierzania, rozczarowania, niepewności, lęku, strachu, przerażenia, zagubienia, i to zarówno u osoby chorej, jak i jej bliskich. Często pojawia się myśl: „nic już nie będzie takie jak było, nic już nie jest takie pewne i oczywiste w życiu”. Sposób, w jaki osoba doświadczająca choroby ją postrzega i jak na nią reaguje, wpływa na poziom cierpienia i tego, jak sobie z nią radzi.

Zatem jak pogodzić cierpienie, jakie wywołuje choroba nowotworowa, ze współczuciem, życzliwością i dobrocią? Czy jest to w ogóle możliwe? Jak podejść do choroby nowotworowej w pełen czułości i świadomy sposób?

Jednym ze sposobów wspierających proces leczenia i radzenia sobie z chorobą jest praktyka mindfulness.

Czym jest mindfulness

W języku polskim nie ma odpowiedniego, oddającego rzeczywiste znaczenie, tłumaczenia tego słowa. Najczęściej mindfulness określa się jako uważną obecność, pełną obecność czy uważność, a zwykle powtarzaną definicją są słowa Jona Kabata-Zinna: *Uważność oznacza bycie skoncentrowanym w określony sposób: świadomie, tu i teraz, bez wartościowania i osądzania.*

Mindfulness polega na doświadczaniu rzeczy i sytuacji takimi, jakie są. Termin ten odnosi się zarówno do praktyki, jak i podejścia, które polega na byciu całkowicie obecnym wobec doświadczenia płynącego zarówno z zewnątrz (inni ludzie), jak i z wewnątrz (własne myśli, uczucia, wrażenia) w każdej chwili.

Praktyka mindfulness polega na przyglądaniu się swoim myślom, emocjom, sygnałom z ciała. To wszystko ma pozwolić uwolnić i uspokoić umysł, a także skoncentrować się bardziej

na chwili obecnej. Pozwala znaleźć więcej akceptacji tego, co pojawia się w naszym codziennym dniu, nauczyć się, jak zmieniać swoje utarte przez wiele lat przekonania oraz oduczać się automatycznego reagowania i działania w różnych sytuacjach.

W ramach treningu mindfulness pracuje się z ciałem, emocjami i myślami. Mindfulness pozwala obniżyć stres i wypracować treści pojawiające się w świadomości. Najbardziej znanym treningiem z wykorzystaniem mindfulness jest trening redukcji stresu oparty na uważności (ang. mindfulness based stress reduction, MBSR) stworzony przez prof. Jonę Kabata-Zinnę z wydziału medycznego Uniwersytetu Massachusetts. Wiele badań naukowych podkreśla skuteczność tego programu – znaczny odsetek uczestników kursów osiąga co najmniej jeden z następujących efektów: zmniejszenie objawów fizycznych i psychosomatycznych stresu i chorób psychosomatycznych, zwiększenie umiejętności radzenia sobie w stresujących sytuacjach lub zwiększenie zdolności do relaksu.

Mindfulness jest dla każdego, kto chce poprawić swoją jakość życia, w szczególności w sytuacji, gdy w doświadczeniu swojej własnej choroby lub jako osoba wspierająca chce:

- nauczyć się radzić sobie z emocjami, napięciem, lękiem;
- mieć większą kontrolę nad swoimi myślami;
- znaleźć chwile spokoju, radości mimo choroby;
- żyć i przeżywać swoją chorobę bardziej świadomie;
- szybciej regenerować swoje zasoby energii.

Osoby praktykujące mindfulness podkreślają, że medytacja uważności znacząco wpływa na redukcję bólu i reakcje emocjonalne. Mindfulness poprawia też pamięć, kreatywność, uwagę i koncentrację, które bywają osłabione w trakcie choroby i procesu leczenia.

Mindfulness opiera się na praktyce, przez którą uczymy się doświadczać uważności, mieć swoje własne doświadczenia. Każdy inaczej doświadcza choroby. Mindfulness uczy nas skupiać się na sobie i docierać do własnych doświadczeń.

Warto podkreślić, że mindfulness nie jest lekiem na chorobę, mimo że ma pozytywne oddziaływanie. Może okazać się metodą wspierającą w trakcie procesu leczenia (od momentu diagnozy) i po zakończeniu choroby. Przez praktykę uważności pacjent może łatwiej radzić sobie z efektami ubocznymi terapii oraz poprawiać jakość swojego życia w chorobie i po jej zakończeniu. Osoby z doświadczeniem choroby praktykujące mindfulness mogą wnieść do swojego życia więcej świadomości, akceptacji, spokoju, a nawet radości i wdzięczności.

Kiedy zacząć praktykę mindfulness

Zawsze jest dobry czas, żeby zacząć praktykę mindfulness. Każdy indywidualnie decyduje, jaki moment jest dla niego odpowiedni. Można rozpocząć na każdym etapie choroby. Początkowo może to być kilka minut krótkich i prostych medytacji uważności. Z czasem można ten czas wydłużać lub dołączać nowe ćwiczenia. Warto zacząć z nauczycielem lub w grupie, jeśli stan zdrowia na to pozwala. Praktykując mindfulness, ważne jest, aby robić to bez szczególnych oczekiwań co do tego, co się pojawi, również bez oceniania. Warto natomiast być ciekawym i otwartym.

Praktyka mindfulness nie służy temu, by się zrelaksować, choć taki efekt może się pojawić. Jest po to, abyśmy uczyli się być świadomi każdej chwili, tego, co myślimy, tego, jakich emocji doświadczamy, jak odczuwamy nasze ciało w danym momencie.

Naszą naturalną reakcją jest odpychanie, eliminowanie tego, co nieprzyjemne, trudne, a utrzymywanie tego, co sprawia nam radość i jest dla nas miłe. Taka postawa może

powodować, że dokładamy sobie jeszcze więcej cierpienia, jeszcze więcej trudności. Osoby praktykujące mindfulness uczą się akceptacji tego, co trudne, tego, co niesie choroba. Traktują zdarzenia z większą wyrozumiałością i spokojem. Praktyka uważności uczy, aby w bardziej świadomy i spokojny sposób odpowiadać na zdarzenia, zamiast reagować szybko i automatycznie.

Mindfulness stwarza nam okazję do spowolnienia, do zatrzymania. Podobnie choroba często zatrzymuje człowieka w biegu, niemalże dosłownie. Praktyka uważności może okazać się bardzo wspierająca w procesie chorowania i leczenia. Rozwiązaniem może być nauczenie się przełączania między działaniem a refleksją z delikatnością i uwagą. To właśnie jest mindfulness. Daje poczucie większego zrelaksowania, mniejszego obarczenia. Dzięki temu zyskuje się szerszą perspektywę, nowe spojrzenie na wiele kwestii.

Od wielu lat sama praktykuję mindfulness, a od kilku lat uczę tego pacjentów onkologicznych. Kiedy ludzie dowiadują się, że mają nowotwór, ich umysł zaczyna pracować na bardzo wysokich obrotach. W jednej chwili pojawia się mnóstwo pytań: „Co się stanie ze mną? Czy umrę? Co się stanie z moją rodziną? Jaka będzie przyszłość?”. Znalezienie odpowiedzi na te pytania nie jest proste. W efekcie wielu pacjentów czuje się niepewnie, popada w depresję, nawet jeśli terapia została już zakończona. W wielu badaniach dowiedziono, że mindfulness pomaga pacjentom odwrócić ich uwagę od tych ciężkich myśli, zmartwień i spekulacji.

Moje doświadczenie pokazało, że mindfulness daje pacjentom sposobność zaufania sobie w radzeniu z niepewnością, bólem i trudnymi uczuciami. Pozwala im także znaleźć pokój i cieszyć się chwilą bieżącą. Zaczynają dostrzegać i doceniać drobiazgi, jakich doświadczają w swoim życiu.

Pacjenci onkologiczni często zmagają się z bólem. W lepszym radzeniu sobie z nim również może pomóc praktykowanie mindfulness. Jednym ze sposobów jest uważne obserwowanie i słuchanie swojego ciała. Większość z nas reaguje na ból, zaciskając zęby, napinając mięśnie, walcząc z bólem, wypierając go, złoszcząc się. Niestety te reakcje nie pomagają łagodzić bólu. Przeciwnie, potrafią go spotęgować. Praktykując regularnie mindfulness, uczymy się badać opór wobec bólu, w szczególności skąd pochodzi i co jest jego prawdziwą przyczyną. Ciało wysyła nam sygnały. W ciele też odczuwamy i gromadzimy przeżywane emocje.

Praktykując uważność, uczymy się rozpoznawać doznania płynące z ciała i je nazywać. Nie musimy nic z nimi robić, ale mieć świadomość tego, czego doświadczamy i jaka emocja za tym stoi. Wiele osób zaczyna lepiej oswajać się stopniowo ze swoim bólem, poddaje mu się delikatnie i bada jego istotę. Pozwala na jego obecność. Przystaje reagować gniewem. Zaczyna zauważać zablokowane i niespełnione pragnienia oraz frustracje spowodowane tym, że zmieniły się plany i priorytety, że pojawiły się ograniczenia wywołane chorobą. Pod frustracjami często może być ukryty smutek, rozczarowanie. Praktyka mindfulness pozwala zobaczyć stan rzeczy takim, jaki on jest.

Jak piszą Mark Williams i Danny Penman: *Ciało jest niezwykle wrażliwe nawet na najmniejsze drgania emocji, które nieustannie przechodzą człowiekowi przez głowę. Często wykrywa myśli zanim zdążą być przez człowieka zarejestrowane. Co więcej, często reaguje tak, jakby były prawdziwe i namacalne – bez względu na to, czy odzwierciedlają rzeczywistość, czy też nie. Ciało nie ogranicza się jednak do reagowania na to, co myśli sobie umysł, lecz daje mózgowi emocjonalną informację zwrotną, która może wzmocnić lęki, zmartwienia, ogólny niepokój i poczucie nieszczęścia.* Choroba nowotworowa, której doświadcza pacjent, stwarza wiele sytuacji stresu, napięcia, niepewności. Te wszystkie emocje znajdują swoje odzwierciedlenie w ciele. Jakże często uświadamiamy sobie, że mamy ciało dopiero w chwili, gdy zaczyna ono niedomagać.

Gdy boli nas głowa, gdy złamiemy rękę, gdy jesteśmy zmuszeni do operacyjnego usunięcia jakiejś części naszego ciała.

Ciało nie kłamie – tak jak w tytule książki Alice Miller. Można powiedzieć, że ciało ma swój specyficzny język. Język gestów, doznań, ekspresji. Język ciała to nie tylko wyraz twarzy czy różnego rodzaju gesty. Nasze ciało wyraża się również niewerbalnie przez ból fizyczny, chorobę czy liczne doznania nieustannie z niego płynące. Ciało to organizm dynamiczny, zmienny. Praktyka mindfulness pozwala nam to zauważyć i tego doświadczyć. Pozwala nam to odnieść do naszego codziennego życia, do naszych nawyków i wzorców, które mamy utrwalone od lat.

Regularną praktykę mindfulness dobrze jest rozpocząć na 8-tygodniowym kursie MBSR prowadzonym przez doświadczonego nauczyciela. Dla pacjentów onkologicznych w trakcie leczenia bywa to trudne lub uciążliwe. Wówczas można rozpocząć samodzielną praktykę mindfulness, słuchając nagrań z medytacjami uważności. Można ich słuchać w domu lub w szpitalu. W miarę możliwości można uczestniczyć w zorganizowanych zajęciach prowadzonych przez niektórych nauczycieli. Jeśli zdrowie pozwoli, można rozpocząć regularny kurs.

Kurs składa się z 9 spotkań, podczas których wprowadzane są kolejne praktyki mindfulness. Uczestnicy wspólnie się uczą, praktykują i omawiają swoje doświadczenia. Uczą się m.in. medytacji oddechu, „skanowania ciała”, czyli kierowania uwagi na swoje ciało w świadomy sposób, medytacji w ruchu, uważnych ćwiczeń jogi, rozpoznawania swoich myśli i emocji oraz lepszego radzenia sobie z nimi, a także ze stresem wywołanym m.in. przez chorobę.

Zmaganie się z chorobą i bólem, podobnie jak sama praktyka uważności, wymaga czasu, odwagi i zaangażowania. Warto zapoznać z metodą mindfulness i podjąć regularną praktykę.

Śmiechoterapia¹⁷

Krystyna de Walden-Gałuszko

.....
Czym mydło jest dla ciała, tym śmiech dla duszy.

Przysłowie ludowe
.....

Zastanówmy się teraz nad dziwnym zjawiskiem, jakim jest śmiech. Humor sytuacyjny, dowcip czy gra słów wyzwalają śmiech. Jest to prawda, chociaż niepełna, gdyż śmiech ma szersze zastosowanie, wywodzi się z różnych źródeł, zawsze jednak jest bardzo pożądanym, zwłaszcza w trudnych sytuacjach. Opowiada o tym w sposób przekonujący na swoim blogu ciężko chora pacjentka J.S.: *No do cholery – tak nie może być. Nie mogę dać się chandrze. Szukam równowagi w pozostałych czynnościach. Kontrolowanie oddechu, pranie, mycie naczyń, wygłupy z synem, czytanie wierszy i wreszcie najprostszy ze znanych mi sposobów chwytania pionu: śmiech.*

Przeważnie wyodrębniamy dwa rodzaje śmiechu, przy czym oba są równie ważne:

- śmiech uwarunkowany – powstaje w wyniku rozbawienia podczas spotkań z przyjaciółmi, oglądania komedii itp., jest wywołany przez określoną przyczynę; czasem może też wystąpić nagle jako forma rozładowania zbyt silnego i długotrwałego napięcia (jako tzw. głupawka);
- śmiech nieuwarunkowany (fizyczny) – pojawia się przez naśladownictwo (śmiech jest zaraźliwy); zaraźliwość śmiechu bywa często wykorzystywana podczas seansów śmiechu, który zostaje zapoczątkowany, wspomagany i sterowany przez śmiejącego się serdecznie i beztematycznie lidera grupy, a następnie uzupełniany przez filmy, psychodramy lub inne formy śmiechu uwarunkowanego. Taki śmiech może czasem być wywołany nakazem woli, a czasem stanowić następstwo łaskotania – wszystkie one nie mają „intelektualnej” przyczyny.

Warsztaty śmiechoterapii są coraz bardziej rozpowszechnione ze względu na swój bardzo korzystny efekt zdrowotny. Zaleca się je osobom przewlekłe zmęczonym, przygnębiomym, pozostającym w długotrwałym stresie, w sytuacjach stałego pośpiechu i napięcia emocjonalnego.

Oba rodzaje śmiechu, uwarunkowany i nieuwarunkowany, wywołują w mózgu podobny efekt – wydzielają endorfiny (zwane hormonami szczęścia), które na długo przyczyniają się do utrzymania dobrego nastroju.

Liczne badania potwierdzają bardzo korzystny wpływ śmiechu. Prawdziwy szczery śmiech w przeciwieństwie do uśmiechu Pan Am (prezentowanego podobno przez stewardessy

¹⁷ W opracowaniu rozdziału korzystałam z artykułu: K. Wojtaszak, *Śmiech, komizm, śmiechoterapia, Laughter, humor, laughter therapy*. Bibliotherapy Review, Biblioteka Raczyńskich, Poznań 2014, s. 33–46.

linii lotniczej Pan American wyłącznie przy udziale mięśni ust) działa bardzo korzystnie na różne obszary życia, wywołując:

- efekty zdrowotne:
 - łagodzi reakcję stresową,
 - zwiększa odporność,
 - poprawia nastrój,
 - zmniejsza napięcie mięśni,
 - gimnastykuje narządy wewnętrzne (przepona, mięśnie brzucha, mięśnie oddechowe),
 - zwiększa tolerancję bólu;
- efekty psychospołeczne:
 - stanowi najkrótszą drogę do ludzi,
 - poprawia relacje i łagodzi konflikty,
 - motywuje do współpracy,
 - zmniejsza napięcie emocjonalne,
 - ułatwia przystosowanie do trudności,
 - powoduje przypływ energii i chęci działania.

Śmiech może być bardzo różny: uprzejmy, zalotny, złośliwy, wesoły – szczerzy, czasem nawet smutny. W prawdziwym śmiechu bierze udział mięsień jarzmowy, nazywany czasem mięśniami radości, i mięśnie okrężne oczu, tzw. mięśnie życzliwości odpowiedzialne za tzw. śmiejące się oczy.

Śmiech – jak potwierdziły to liczne badania fizjologiczne – wywiera szczególnie korzystny wpływ na organizm człowieka przez wywołanie efektu relaksacyjnego. Stwierdzono, że 1 min szczerego śmiechu równa jest 45 min ćwiczeń relaksacyjnych, a 10 min jest równoważny 2 godz. ćwiczeń.

Paul Desgagnés wyróżnia kilka sposobów oddziaływania śmiechu na organizm w zależności od jego rodzaju:

- typ A hahaha – ten rodzaj śmiechu angażuje płuca i mięśnie gardła;
- typ E hehehe – wpływa na tarczycę;
- typ I hihih – wywołuje drganie różnych części ciała;
- typ O hohoho – pobudza przeponę, „masuje wnętrze brzucha”;
- typ U huhuhu – uaktywnia drgania karku i strun głosowych.

Nic dziwnego, że śmiech jest coraz bardziej dowartościowany w medycynie. Między innymi powstają np. Międzynarodowe Kluby Śmiechu. Członkowie klubów przestrzegają ściśle zasad ogólnej higieny psychicznej i szczegółowych zasad uprawiania śmiechu. Poniżej zamieszczam niektóre ich zalecenia:

- przynajmniej raz dziennie porządnie się pośmiej;
- jak najczęściej śmieć się z własnych przygód, przywar, dziwactw, kaprysów i słabości;
- rozwijaj kontakty międzyludzkie i bierz aktywny udział w życiu publicznym;
- jak najczęściej spotykaj się i rozmawiaj z osobami, które mają duże poczucie humoru, a unikaj ponurych i wiecznie niezadowolonych;
- miej świadomość, że im bardziej spontanicznie podchodzisz do rzeczywistości, tym twój śmiech jest przyjemniejszy dla siebie i innych;
- znajdź sobie krewnego lub przyjaciela, który będzie ci pomagał w rozwijaniu poczucia humoru, zwłaszcza podczas twoich emocjonalnych doświadczeń;
- regularnie i jak najczęściej oglądaj zabawne filmy, czytaj zabawne książki, oglądaj zabawne programy, słuchaj ulubionej muzyki.

Pamiętając o niewątpliwych korzyściach uprawiania śmiechu niezależnie od jego rodzaju, zastanówmy się, jak tę umiejętność w sobie rozwinąć. Pierwsza, najprostsza rada: uśmiechać się często – do ludzi (w windzie, w sklepie itp.), a także do siebie (rano na powitanie – w lustrze!). Poza tym trzeba starać się o odpowiednią dawkę śmiechu zwłaszcza wtedy, gdy czujemy zniechęcenie, znudzenie, napięcie, rozdrażnienie lub zmęczenie. Pomocą w wywołaniu śmiechu może być ulubiona komedia, piosenka kabaretowa, wspomnienie dowcipu lub sytuacji, która nas szczególnie rozbawiła.

Niezwykle skuteczne są wszelkiego rodzaju spotkania z ludźmi, zarówno w postaci posmiania się przy kawie z wesołą znajomą, jak i (zwłaszcza) spotkania w gronie przyjaciół. Grupowo uprawiany śmiech bardzo skutecznie poprawia nastrój i często zwiększa energię do życia nawet na kilka następujących dni (pomagajmy w tym, przywołując wspomnienia wesołych chwil).

Oprócz śmiechu uprawianego samodzielnie bardzo skuteczne są – jak już wspomniano – sesje śmiechoterapii przeznaczone zwykle dla osób zbliżonych do siebie wiekowo (bardziej prawdopodobne są wówczas podobne reakcje na określone śmieszne sytuacje). Sesje te prowadzone są w różny sposób. Jako przykład podam organizację śmiechoterapii opracowaną przez Przemysława Pawła Grzybowskię.

1. Część I zawiera ćwiczenia rozluźniające i rozciągające, a także ćwiczenia oddechowe jako ułatwienie osiągnięcia stanu relaksacji i integracji uczestników sesji.
2. Część II to właściwe ćwiczenia mające na celu lepsze samopoczucie, odstresowanie, dowartościowanie, pobudzenie kreatywności. Temu celowi mogą służyć następujące ćwiczenia:

- świadome patrzeć – (zadanie wykonywane w parach lub trójkach) uczestnicy, będąc w niecodziennym położeniu (siedzą na stole, leżą na podłodze), starają się nawiązać kontakt z pozostałymi, opowiadają o różnych wydarzeniach, starając się rozbawić innych;
- lustro (zadanie wykonywane w parach) – powtarzanie w parach tych samych ruchów;
- miny i grymasy (zadanie wykonywane w grupie) – robienie do siebie śmiesznych min;
- powitania (zadanie wykonywane w grupie, w rozproszeniu) – chodzi o to, by przywitać się z jak największą liczbą osób, nawet parokrotnie, np. z wykorzystaniem jedynie spojrzeń, gestów, grając określone role, np. urzędnika, pijaka itp.;
- stopnie śmiechu (zadanie wykonywane w grupie, w kręgu) – przechodzenie od uśmiechu, przez chichot i śmiech do rechotu;
- wielki wybuch i cisza (zadanie wykonywane w grupie) – stopniowe przechodzenie do niekontrolowanego śmiechu (który może też przekształcić się w płacz), przerwanie na komendę śmiechu i koncentracja na oddychaniu;
- niesamowity śmiech (zadanie wykonywane w grupie, w kręgu) – śmianie się w różny sposób, np. śmiechem szaleńca, dostojnika, lwa itp.;
- kłótnia śmiechem (zadania wykonywane w grupie, w rozproszeniu) – śmiech i przekomarzania z innymi uczestnikami terapii;
- kurzy śmiech (zadanie wykonywane w grupie, w rozproszeniu) – śmianie się z dodaniem charakterystycznych cech kury (chodzenie, gdakanie);
- wyśmiewanie (zadanie dla dwóch grup stojących naprzeciwko siebie) – śmianie się z wyznaczonych przez terapeutę, neutralnych, elementów osób z przeciwnej grupy, np. koloru guzików, sznurowanych butów itp.;

- bitwa na balony, poduszki (zadanie wykonywane w grupie, w rozproszeniu). W przypadku tego ćwiczenia oraz kłótni i wyśmiewania wskazane jest obniżenie napięcia przez wzajemne przeprosiny i wymianę uścisków;
 - mantra (zadanie wykonywane w grupie, w kręgu) – powtarzanie pozytywnych twierdzeń, np. „Jestem osobą pogodną, śmieję się codziennie”, oraz powtarzanie tych zdań w odniesieniu do innych członków grupy, np. „Ona potrafi rozbawić każdego, ona ma zawsze świetny nastrój”;
 - pozytywne wzmocnienie (zadanie wykonywane w grupie, w kręgu) – wykrzykiwanie pozytywnych komunikatów np. „Jesteśmy radośni, jesteśmy wspaniali”.
3. Część III końcowa – wzajemne oklaski, następnie wizualizacja mająca na celu obudzenie w sobie wewnętrznego Klauna (dziecka! – przyp. K. de Walden-Gałaszkó) zwolnienia z krępujących zakazów, umocnienie spontanicznych zachowań.

Jak wspominałam wcześniej, każdy z nas zawiera w sobie trzy składniki osobowości:

- 1) Dziecko – to nasza częśćka spontaniczna, wesoła, zdolna do zachwyków, żywiołowej radości i pragnień;
- 2) Rodzic – to wdrukowane w nas przez lata nakazy, zakazy i powszechnie akceptowane wartości i normy postępowania;
- 3) Dorosły – najbardziej dojrzała częśćka osobowości, wypracowana przez refleksje i doświadczenie. Nadaje i powinna nadawać zasadniczy kierunek naszego życia.

Nasze codzienne funkcjonowanie podporządkowane jest Dorosłemu, byłoby jednak bardzo źle, gdybyśmy przez cały czas i w każdej sytuacji byli poważnymi Dorosłymi.

Śmiech wyrażony indywidualnie lub grupowo dopuszcza do głosu Dziecko. Nie zawsze możemy uczestniczyć w sesjach śmiechoterapii, ale należy starać się dostarczać okazji do śmiechu. Służą temu podpowiadacze w postaci zebranych książek, filmów czy przedstawień.

Sz szczególnie korzystne jest wspólne oglądanie śmiesznych filmów czy spektakli. Utworzona w ten sposób wspólnota śmiechu zwielokrotni jego pozytywny wpływ, powodując nasilenie radości. Pamiętajmy, że śmiech i radość **dzielona** z innymi ulegają **pomnożeniu!**

Racjonalna terapia zachowania

Iwona Nawara, Mariusz Wirga

Racjonalna Terapia Zachowania Maultsby'ego jako skuteczna metoda samopomocy emocjonalnej dla każdego

W tym rozdziale przedstawiamy praktyczne zastosowanie Racjonalnej Terapii Zachowania (RTZ) z wykorzystaniem jej wyjątkowych możliwości samopomocy emocjonalnej. RTZ została sformułowana przez amerykańskiego psychiatrę Maxie C. Maultsby'ego Jr., na podstawie neuropsychologii i neurofizjologii ludzkiego mózgu, psychosomatyki, teorii uczenia, a także jego własnych wcześniejszych doświadczeń jako lekarza rodzinnego, później psychiatry dorosłych, młodzieży i dzieci oraz współpracy z Albertem Ellisem (uważanym za ojca terapii poznawczo-behawioralnych). RTZ jest stałym elementem Terapii Simontonowskiej wykorzystywanej w psychoonkologii interwencyjnej.

RTZ jest szczególną formą terapii poznawczo-behawioralnej, ponieważ odnosi się do zasad funkcjonowania mózgu i dlatego nie tylko jest pomocna w psychoterapii osób z zaburzeniami psychicznymi, lecz także świetnie nadaje się do skutecznego radzenia sobie z problemami zwykłych ludzi, będących w niezwykłych okolicznościach i stawiających czoła niezwykłym wyzwaniom, takim jak diagnoza choroby nowotworowej i jej leczenie. Ponadto, ponieważ neurofizjologia mózgu jest taka sama niezależnie od kultury, religii, rasy czy narodowości, RTZ jest ponadkulturowa – wyjątkowo nadaje się do odnoszenia się do przekonań duchowych, religijnych, filozoficznych czy egzystencjalnych, co jest szczególnie ważne w pracy z osobami, które nurtują pytania dotyczące spraw ostatecznych.

Czynności witalne

W Terapii Simontonowskiej podstawowe elementy Racjonalnej Terapii Zachowania są wprowadzane już podczas pierwszej sesji. Zanim to jednak nastąpi, istotne jest nadanie im odpowiedniego kontekstu. Uczestnicy kursów poznają podstawowe zasady Terapii Simontonowskiej:

- głównym celem terapii jest poprawa jakości życia w danej chwili, tu i teraz; wszystkie przedstawione techniki mogą być stosowane od razu i od razu uczestnicy mogą poczuć ich wpływ na poprawę jakości własnego życia;
- skoncentrowanie się na tym, co jest w porządku, a nie doszukiwanie się tego, co nie jest w porządku;
- szacunek dla indywidualnych ograniczeń (fizycznych, emocjonalnych, intelektualnych czy duchowych);
- zrozumienie, że proces zdrowienia dla każdego może być inny;
- zaangażowanie w proces zdrowienia, ale bez przywiązywania się do rezultatu.

Carl Simonton podkreślał, że jego terapia wspiera naturalne procesy zdrowienia jako uzupełnienie wskazanego leczenia onkologicznego. Uważał, że najskuteczniejszym sposobem

wspierania tych procesów jest angażowanie się w czynności przynoszące radość, która nie jest tożsama z przyjemnością. Ta pierwsza odpowiada greckiemu pojęciu *eudaimonia* i jest zawsze zgodna z naszymi wartościami, fizjologią, ważnymi relacjami z innymi – dlatego czynności, które wykonywaliśmy z radością, zawsze wspominamy z radością, bez wstydu czy poczucia winy. Natomiast jeśli chodzi o przyjemności, które odpowiadają greckiemu *hedonia* – często nasze ciało, sumienie i ogólne samopoczucie mogą wskazywać, że dane aktywności nie były dla nas zdrowe.

W takim zadaniu uczestnicy dzielą się w grupach codziennymi czynnościami witalnymi. Wielu mówi o radości w kontaktach z rodziną i przyjaciółmi, zabawie ze zwierzętami domowymi, muzyce, tańcu, kontaktach z naturą lub sztuką, pracy w ogródku, spacerach czy innej aktywności fizycznej, czytaniu książek, poszerzaniu horyzontów, uczestnictwie w imprezach kulturalnych, jak teatr czy koncerty. Podczas tej wymiany zdań można zauważyć, jak podnosi się energia całej grupy, pojawiają się uśmiechy i wzajemna serdeczność. Zwracamy uczestnikom uwagę na to, że opowiadanie o czynnościach witalnych i myślenie o nich samo w sobie przynosi radość nawet wtedy, gdy konkretna osoba nie podziela radości z tej samej czynności, ale jednak odbiera radość innej osoby jako radosną samą w sobie. Nie jest to tylko właściwość międzyludzka, lecz także międzygatunkowa, ponieważ wielu z nas odczuwa radość, obserwując radosne zabawy zwierząt.

ABCD twoich emocji

Czyż nie byłoby wspaniale żyć przez cały czas w radości, oddając się czynnościom witalnym? Byłoby. Jednak dla większości z nas jest to mało prawdopodobne. W takim razie, co przeszkadza nam w angażowaniu się w te czynności witalne? Podstawowymi przeszkodami są ograniczające przekonania i cierpienie emocjonalne. Jak sobie z nimi radzić? Okazuje się, że w podobny sposób.

Maultsby sformułował RTZ, opierając się na zasadach funkcjonowania ludzkiego mózgu i podkreślał, że zgodnie z nimi to my sami wytwarzamy, utrzymujemy lub eliminujemy wszystkie nasze odczucia emocjonalne poprzez nasze myśli, przekonania i postawy. Model ABCD emocji¹⁸:

A. Aktywujące wydarzenie (którego doświadczyłeś/doświadczyłaś, zobaczyłeś/zobaczyłaś, usłyszałeś/usłyszałaś itp.)



B. Twoje szczere myśli, przekonania i postawy względem tego wydarzenia



C. Czucia, których doświadczasz w wyniku Twoich myśli, przekonań i postaw



D. Działanie, jakie podejmujesz pod wpływem odczuwanych emocji

Jeżeli jesteśmy przekonani w **B**, że zdarzenie **A** było pozytywne dla naszego komfortu, samokontroli i przeżycia, to doświadczamy pozytywnych emocji (radość, przyjemność,

¹⁸ Diagram pochodzi z książki Maultsby M.C. jr, Wirga M., deBernardi M., *ABC twoich emocji*, Wydawnictwo Dominika Księskiego „Wulkan”, Żnin 2019.

szczęście, miłość) w **C**, a to będzie motywować nasze postępowanie w **D** do podążania do źródła **A** lub jego ponownego doświadczania.

Jeżeli jesteśmy przekonani w **B**, że **A** było negatywne dla naszego komfortu, samokontroli i przeżycia, to doświadczamy negatywnych emocji (złość, strach, lęk, uraza, nienawiść) w **C**, a to będzie motywować nasze postępowanie do unikania lub niszczenia w **D**.

Jeżeli jesteśmy przekonani w **B**, że **A** było neutralne dla naszego komfortu, samokontroli i przeżycia, to doświadczamy neutralnych emocji (odprężenie, spokój umysłu, błogostan) w **C**, a to będzie motywować nasze postępowanie do utrzymania tego doświadczenia w **D**.

Stwierdzenie, że jakieś emocje są negatywne, nie oznacza, że one są złe. Podobnie emocje pozytywne nie oznaczają, że są dobre, a neutralne są byle jakie. Każdy z trzech typów emocji może być zdrowy lub niezdrowy.

Do wyjaśniania działania modelu ABCD emocji posługujemy się różnymi przykładami, a jednym z częściej stosowanych jest przykład z włamywaczem. Wyobraź sobie, że jesteś sam/sama w domu i nagle słyszysz hałas w przedpokoju, a Twoją pierwszą myślą jest „to włamywacz!”. Jak byś się czuł/czuła? Większość uczestników odpowiada, że odczuwaliby strach, panikę czy przerażenie. Następnie pytamy uczestników, dlaczego by się bali. W odpowiedzi najczęściej słyszymy, że włamywacz „nas skrzywdzi”, „może nas zabić”, „zniszczy nam dom”, „zabierze nasz dobytek”, „może zagrozić naszym bliskim”. Wyjaśniamy, że to są właśnie przekonania (czyli B w modelu ABCD), które wywołały nasze odczucia emocjonalne w C. Czyli to nie hałas A nas przestraszył, ale sami się przestraszyliśmy tym, co o tym hałasie myśleliśmy. Następnie pytamy uczestników, co zrobiliby w takiej sytuacji – to działanie stanowiłoby D w modelu ABCD emocji.

Czy byłeś/byłaś kiedyś w takiej sytuacji? Większość naszych uczestników nigdy nie była w takiej sytuacji, mimo to ich przekonania (B), odczucie emocjonalne (C) i działania (D) są bardzo zbieżne. Skąd więc wiemy, jak myśleć, czuć i działać w takich sytuacjach? To pytanie wskazuje na bardzo istotną sprawę – większości naszych nawyków emocjonalnych nabywamy nie poprzez własne doświadczenia, ale poprzez literaturę, filmy, telewizję, opowieści i przykłady innych.

Wyobraź sobie teraz, że w D starasz się szybko zadzwonić po pomoc na policję. Jednak w momencie wybierania cyfr 1 1 2, tuż przed naciśnięciem 2, przypominasz sobie, że dzisiaj spotkałeś/spotkałaś swojego najlepszego przyjaciela z dzieciństwa, który przyjechał do Twojego miasta w interesach. Dałeś/dałaś mu swój zapasowy klucz od domu i mimo że próbował się wykręcić spotkaniami, które miały trwać do późnego wieczora, zachęciłeś/zachęcałaś go, żeby przyszedł wieczorem i Cię obudził, jeżeli byś już zasnął/zasęła. Teraz oczyma wyobraźni widzisz swojego przyjaciela potykającego się o różne rzeczy w Twoim ciemnym przedpokoju. Jakbyś się czuł/czuła teraz na myśl, że zaraz spotkasz się ze swoim najlepszym przyjacielem?

Znów większość osób wie, jakby się poczuła: odczuwamy radość i zadowolenie, że jednak przyjaciel nas odwiedził. Dlaczego byśmy się cieszyli? Co byśmy myśleli o odwiedzinach przyjaciela? Że powspominamy stare dobre czasy, że będzie fajnie, że pośmiejemy się, choć zarwiemy noc? To wszystko są przekonania w B, które teraz wywołują radość w C, choć hałas (A) był ten sam.

Ile czasu zajęłoby przeskoczenie z intensywnego strachu do radości? Ułamek sekundy, bo tyle trwa czas zmiany naszych przekonań. Nie ma żadnego leku czy narkotyku, który mógłby spowodować tak szybką zmianę bardzo intensywnych emocji negatywnych na pozytywne. Jest to siła naszego umysłu. Odczucia emocjonalne są zawsze logiczną konsekwencją tego, co w danej chwili myśleliśmy, więc zmieniając nasze myśli, zmieniamy także uczucia. Na tej zasadzie opierają się wszystkie terapie poznawczo-behawioralne, w tym RTZ.

Źródło pozytywnych, negatywnych i neutralnych emocji

Zrozumienie, że to my sami wytwarzamy swoje odczucia emocjonalne poprzez nasze myśli, przekonania i postawy, jest jednym z najgłębszych wglądów, jakich możemy dokonać (rycina 8.1). Pełne zintegrowanie modelu ABCD emocji w swoim życiu jest niezwykle istotne, bo nie tylko bierzemy odpowiedzialność za swoje stany emocjonalne i działanie, lecz także nie tracimy energii na próby zmiany innych ludzi. Poza tym stosując się do modelu i ucząc go innych, wypełniamy polecenie Hipokratesa, który powiedział: *Każdy człowiek powinien wiedzieć, że z umysłu, i tylko z umysłu, pochodzą nasze przyjemności, radości, a także nasz smutek, żal, ból i łzy. Wszystkie te i inne emocje pochodzą z umysłu i tylko z niego*¹⁹. Z jednej strony zmiana myśli może wydawać się łatwa, ale z drugiej bardzo się przed nią wzbraniamy. Simonton mawiał, że jesteśmy bardziej przywiązani do naszego sposobu myślenia niż do życia – jesteśmy raczej gotowi umrzeć za nasze przekonania, niż je zmienić.

ABCD emocji negatywnych, pozytywnych i neutralnych			
A Zdarzenia aktywujące	Hałas w przedpokoju		
	Negatywne emocje	Pozytywne emocje	Neutralne emocje
B Postawy i przekonania	<i>Obudzony Karol jest przekonany, że do jego domu dostał się włamywacz</i>	<i>Obudzony Karol jest przekonany, że to dzwoni jego przyjaciel</i>	<i>Obudzony Karol jest przekonany, że to jego kot znów przewrócił stojak na parasole. Posprząta ten bałagan rano.</i>
C Emocjonalne odczucia	strach, panika, przerażenie	radość, szczęście	spokój, odprężenie
D Działania	<i>Karol po cichutku wykręca numer 997</i>	<i>Karol wychodzi ze swojej sypialni, by przywitać przyjaciela</i>	<i>Karol przewraca się na drugi bok i z powrotem zapada w sen</i>

Rycina 8.1. Różne warianty modelu ABCD w zależności od sposobu myślenia i odczuć emocjonalnych.

Rycina pochodzi z książki Maultsby M.C. jr, Wirga M., deBernardi M., ABC twoich emocji, Wydawnictwo Dominika Księskiego „Wulkan”, Żnin 2019.

Pięć zasad zdrowego myślenia

Jeżeli to moje myśli, przekonania i postawy wywołują moje odczucia emocjonalne, to jak mogę je zmienić i czy ta zmiana będzie na lepsze? Pionierzy terapii poznawczo-behawioralnych zauważyli, że zaburzenia emocjonalne zwykle związane są z dogmatycznym utrzymywaniem przekonań irracjonalnych lub zniekształceń poznawczych. Maultsby zaobserwował, że wiele osób miało problemy z identyfikowaniem, co jest niezdrowym myśleniem, ale jeszcze

¹⁹ *On Sacred Disease*, Hippocrates, 400 BC.

większe problemy miało z formułowaniem, co jest zdrowym myśleniem, a definicje myśli irracjonalnych czy zniekształceń poznawczych w tym nie pomagały. Przeprowadził badania, żeby stwierdzić, jakie wspólne cechy miały zdrowe myśli. Następnie swoje tezy testował z uczestnikami jego terapii. Doszedł do wniosku, że zdrowe przekonania spełniają co najmniej trzy z następujących pięciu zasad zdrowego myślenia (5ZZM):

1. Zdrowe myślenie jest oparte na oczywistych faktach (obiektywnej rzeczywistości).
2. Zdrowe myślenie najlepiej pomaga mi chronić moje życie i zdrowie.
3. Zdrowe myślenie najlepiej pomaga mi osiągać moje bliższe i dalsze cele.
4. Zdrowe myślenie najlepiej pomaga mi unikać najbardziej niepożądanych konfliktów międzyludzkich lub skutecznie sobie z nimi radzić.
5. Zdrowe myślenie najlepiej pomaga mi czuć się tak, jak chcę się czuć, bez nadużywania jakichkolwiek substancji.

Informacje dodatkowe:

- Zdrowe myślenie z definicji jest zgodne z co najmniej trzema z pięciu zasad.
- Wszystkie zasady są jednakowo ważne.
- Myślenie zdrowe dla jednej osoby niekoniecznie jest zdrowe dla innej.
- Myślenie, które teraz jest dla Ciebie zdrowe, nie musi być zdrowe w innym czasie.
- Niektóre z tych zasad nie znajdują zastosowania w pewnych sytuacjach, jednak nawet w takich przypadkach ważne jest, żeby Twoje myślenie spełniało co najmniej trzy z pozostałych zasad.

Powyższe zasady dają nam jasny i precyzyjny sposób oceny swoich przekonań i możliwość zweryfikowania, czy nowo sformułowane myśli są zdrowe. Poza tym to, co jest zdrowe dla pacjenta, wcale niekoniecznie jest zdrowe dla terapeuty i *vice versa*. Zasady te świetnie nadają się do oceny naszych przekonań duchowych, religijnych, egzystencjalnych czy filozoficznych (do takich przekonań nie odnosi się zasada numer 1, o oparciu na faktach, natomiast zdrowie przekonania tego typu będą spełniały co najmniej trzy z pozostałych czterech zasad).

Dzięki pięciu zasadom zdrowego myślenia możemy też ocenić, czy negatywna emocja jest zdrowa, a pozytywna niezdrowa. Przykładowo nasza złość może nie być oparta na faktach i zdecydowanie może nie pomagać nam unikać najbardziej niepożądanych konfliktów z innymi, ale może chronić nasze życie i zdrowie, pomagać nam osiągać nasze bliższe i dalsze cele oraz pomagać się nam czuć tak, jak chcemy się czuć – okazuje się, że złość jest drugą po radości emocją, którą lubimy utrzymywać. Jednak także pozytywne uczucie, takie jak entuzjazm, może być niezdrowe, gdy ulegamy manii czy zauroczeniu, ignorujemy fakty, narażamy życie, zbaczamy z drogi do obranych celów, możemy popaść w ciężkie konflikty z najważniejszymi dla nas osobami, mimo że wspaniale się czujemy. Jak więc radzić sobie z tymi emocjami i stwierdzić, co jest dla nas zdrowe? Najlepiej wykonać pracę z przekonaniem.

Praca z przekonaniem

Maultsby sformułował Racjonalną Samoanalizę (RSA), która jest niezwykle przydatna w pracy z osobami mającymi zaburzenia emocjonalne. Później Maultsby i Simonton uprościli tę technikę do pracy z chorymi na nowotwory i ich bliskimi i nazwali ją Pracą

z Przekonaniami²⁰. Podkreślamy, że jest to technika poznawania samego siebie poprzez analizę postaw, jakie nami kierują i które często są nieświadome. Dlatego najlepszym momentem do wykonywania tej pracy jest kryzys emocjonalny. Właśnie w takim kryzysie te postawy są „aktywnie myślane” i dzięki temu dostępne świadomości. Zachęcamy, żeby właśnie w kryzysie emocjonalnym wziąć kartkę i zacząć zapisywać to, co ma się na myśli. Jednym z prostszych sposobów jest ciągłe pisanie przez co najmniej 7 minut tego, co nam przychodzi do głowy. Jeżeli po 7 minutach dalej mamy wiele myśli, to kontynuujemy, aż zapiszemy je wszystkie. Następnie każdą z tych myśli zapisujemy w lewej kolumnie (patrz tabela 8.1) i oceniamy, czy spełnia ona co najmniej trzy z pięciu zasad. Potem dla każdego z niezdrowych przekonań formułujemy nowe zdrowe przekonanie, zapisujemy je w prawej kolumnie i ponownie sprawdzamy, czy nowe przekonanie spełnia co najmniej trzy z pięciu zasad zdrowego myślenia. Po sformułowaniu zdrowych przekonań dla każdego niezdrowego czytamy całą prawą kolumnę i sprawdzamy, czy nowe myśli są akceptowalne i jak się teraz z nimi czujemy, szacując na nowo natężenie bólu emocjonalnego. Zwykle obserwujemy spadek bólu emocjonalnego.

Uczestnicy naszych kursów czy terapii indywidualnej swoje pierwsze prace z przekonaniami zazwyczaj wykonują razem ze swoim terapeutą, ale celem jest nabycie umiejętności, by w przyszłości móc samemu je stosować. Szczegółowe instrukcje do pracy z przekonaniami dostępne są na stronach internetowych: www.beat-the-odds.org/beliefwork/; <http://simonton.pl/materialy-edukacyjne/pliki/> lub www.abcemocji.pl/materialy-do-pobrania/.

Tabela 8.1. Przykład pracy z przekonaniami wykonanej przez jedną z naszych pacjentek.

Rak to wyrok [śmierci]	Rak to nie wyrok, tylko diagnoza i wyzwanie. W moim przypadku wskazana jest chemioterapia, która daje mi szansę na życie.
Nie wyzdrowieję	Nie wiem, czy tak się stanie, ale mogę wyzdrowieć, niezależnie jak bardzo jestem chora. Skupię się na tym, co mogę zrobić, by zwiększyć prawdopodobieństwo wyzdrowienia poprzez stosowanie się do zaleconego leczenia i zdrowy tryb życia.
Umrę wkrótce w męczarniach	Nie wiem, kiedy umrę, ale wiem, że mogę mieć znaczący wpływ na to, jak będę żyć zanim umrę oraz na jakość mojego umierania. Najważniejsze dla mnie jest to, co dzieje się w obecnej chwili, jak dużo radości i sensu mogę doświadczyć tu i teraz. Proces zdrowienia ma miejsce tylko tu i teraz.
Rak zjada mnie od środka	Komórki raka są słabe, zdezorientowane i chore. Nigdy nie wykazano, że komórka raka może zjeść lub zniszczyć zdrową komórkę. Wprost przeciwnie, komórki układu immunologicznego potrafią rozpoznawać, niszczyć i usuwać komórki raka i te procesy zachodzą bez naszej świadomości już od okresu przed naszym urodzeniem się.
Chemioterapia tylko mnie niszczy	Chemioterapia pomogła wyzdrowieć wielu ludziom i mi również jest w stanie pomóc. Chemioterapia to mój sprzymierzeniec i jest efektywna w walce z rakiem. Chemioterapia jest tak opracowana, aby usuwać komórki nowotworowe, oszczędzając komórki zdrowe.

²⁰ M. Wirga, M. DeBernardi, *The ABCs of Cognition, Emotion, and Action*. Archives of Psychiatry and Psychotherapy 2002; 4(1): 5–16.

Zdrowa semantyka

Zdrowa semantyka jest potrzebna, by ułatwić odnalezienie niezdrowych przekonań, a także częstych zniekształceń poznawczych i irracjonalnych myśli. Warto poznać słowa, które często stosujemy nawykowo, a które mogą prowadzić do negatywnych emocji, spadku motywacji czy błędnych konkluzji. Z łatwością można je potem wyłapać zarówno w swoich zapisanych przekonaniach, jak również w codziennym języku. Tabela 8.2 przedstawia niezdrowe nawyki semantyczne i ich zdrowe zamienniki. Ale czy po wykonaniu takiej pracy z przekonaniem możemy mieć pewność, że niezdrowe postawy zostały na zawsze zastąpione nowymi i zdrowymi?

Tabela 8.2. Zdrowa semantyka.

Niezdrowa Semantyka	Zdrowa Semantyka
To, on, ona, oni (są powodem moich emocji)	Zgodnie z ABCD emocji ja sam wytwarzam, utrzymuję i eliminuję wszystkie swoje emocje poprzez moje myśli, przekonania i postawy (np. ja się tym denerwuję)
Zawsze, nigdy, wszystko, nic, wszyscy, nikt	Konkretne dane, np. wczoraj; ewentualnie: często, rzadko, wiele, niewiele, mało, niektórzy, niewielu
Straszne, okropne	Niepożądane
Nie mogę tego znieść	Ponieważ dotychczas to znosiłem, to mogę to dalej znosić, mogę też spokojnie zaakceptować tę sytuację i, jeżeli chcę, mogę podjąć działanie, by ją zmienić
Kłęska, porażka	Niepożądany wynik, niezamierzony rezultat
Ślamazara, nieudacznik, pechowiec, ofiara losu	Omylna istota ludzka, która czasami osiąga zamierzone rezultaty, a czasami nie
Nie mogę...	Nie chcę; mogę, jeżeli chcę; mogę, chociaż nie w tej chwili; nie wiem jeszcze jak, ale zobaczę, czy mogę
Muszę, należy, trzeba	Wszystko co robię jest moim wyborem; mogę, decyduję się, wolę
To jest zbyt trudne	To wymaga wysiłku; choć wydaje się to niełatwe (złożone itp.), to zabiorę się za to i zrobię najlepiej, jak potrafię; mogę poszukać pomocy lub spytać, jak inni to zrobili
Spróbuję	Zrobię to najlepiej jak potrafię; zacznę to robić i zobaczę jak mi pójdzie i czego potrzebuję
Tak, ale ...	Tak, i...; nie
Nie miałem okazji tego zrobić	Nie zrobiłem tego; postanowiłem zrobić/wybrałem coś innego

Tabela 8.2. cd.

Niezdrowa Semantyka	Zdrowa Semantyka
Nie mam czasu	Sam decyduję, na co przeznaczam czas; mam tyle czasu, ile potrzebuję, by zrobić to, co mam w życiu do zrobienia
Czas leczy rany	Czas daje mi przestrzeń na zmianę moich przekonań i postaw
Już nigdy nie będzie tak samo	Rzeczywiście nigdy nie będzie tak samo, jak było; zamiast próbować przywrócić przeszłość, mogę wpływać na moją przyszłość poprzez zmianę bieżącego działania
To niesprawiedliwe	Jest tak, jak jest; wynika to z określonych przyczyn; jeżeli chcę, mogę podjąć działania, aby to zmienić
Tak być nie powinno; powinno być inaczej niż jest	Zgodnie z zasadą przyczyny i skutku zawsze wszystko jest tak, jak powinno być, a nic nigdy nie jest tak, jak nie powinno być
Tak być nie może	Jeżeli tak jest, to nie tylko może, ale musi tak być; nie może być inaczej niż jest

Praca z wyobraźnią

Praca z przekonaniem jest bardzo ważnym, ale tylko pierwszym krokiem w procesie zmiany niezdrowych nawykowych postaw na zdrowe. Zmiana nawyku jest możliwa tylko przez aktywne zastąpienie go nowym, co wymaga ćwiczenia. Codzienne życie nie przynosi nam jednak wystarczających okazji, by ćwiczyć nowe zdrowe przekonania oraz płynące z nich nowe zdrowe reakcje emocjonalne i działania (a jeżeli takie okazje się jednak nadarzą, to zazwyczaj jesteśmy nieprzygotowani i mimowolnie ćwiczymy stare reakcje). Zdając sobie z tego sprawę, Maultsby sformułował technikę Racjonalnej Wyobraźni Emocjonalnej (RWE) do ćwiczenia nowych, zdrowych postaw mających zastąpić stare, niezdrowe.

Osobie, która wykonała pracę z przekonaniem, polecamy, by zrobiła kilka jej kopii i jedną z nich miała zawsze przy sobie. Kiedykolwiek pojawi się ból emocjonalny związany z przekonaniem zawartym w tej pracy, należy wyciągnąć kartkę i przeczytać obie kolumny, by zobaczyć, jakimi przekonaniem wywołujemy ten ból i za pomocą których przekonań ten ból może ustąpić. Ponadto uczymy pacjenta wprowadzenia się w stan odprężenia za pomocą świadomego oddechu i w tym stanie powtarzania w myśli każdego zdrowego przekonania zapisanego po prawej stronie, przeznaczając na każde z nich co najmniej pół minuty. Zalecane jest ćwiczenie co najmniej trzy razy dziennie.

Stosując się do tych zaleceń, możemy zauważyć, że po pewnym okresie przestajemy wyciągać kartkę z pracą z przekonaniem, bo ból emocjonalny już się nie pojawia – skutecznie zamieniliśmy stare postawy na zdrowe. Tak jak przedtem łatwo przychodziły nam te poprzednie, tak teraz łatwo, naturalnie i automatycznie wpadają nam do głowy nowe. Żeby jednak się to stało, trzeba ćwiczyć nowe przekonania i postawy częściej niż stare.

Simonton rozszerzył pracę z wyobraźnią na ćwiczenie zdrowych przekonań o chorobie nowotworowej, o leczeniu jako skutecznym przyjacielu i sprzymierzeńcu oraz o własnych zasobach sprzyjających zdrowieniu i radzeniu sobie z wyzwaniami. Wykorzystywał przy tym również niewerbalną ekspresję chorych i ich bliskich – wyrażanie własnych postaw wobec choroby, leczenia i swoich zasobów poprzez wykonywane przez nich kolorowe rysunki, które później są w grupie analizowane.

Psychosomatyczna teoria uczenia – reedukacja emocjonalna i dysonans poznawczo-emocjonalny

Wyobrażanie sobie siebie angażującego się w czynności przynoszące radość może nam nie pasować, bo całe życie mimowolnie ćwiczymy wyobrażenie raka jako wyłącznie kojarzącego się z niekończącym się strasznym cierpieniem. Jest to takie samo wrażenie, jakie mają polscy kierowcy, gdy muszą poruszać się w ruchu lewostronnym na przykład w Anglii. Już wsiadając do tamtejszego samochodu, czują, że coś jest nie tak, bo kierownica jest po prawej stronie, a biegi zmienia się lewą ręką. Jazda lewą stroną też nie pasuje, a poruszanie się po rondzie zgodnie ze wskazówkami zegara wydaje się zupełnie nienaturalne. Wrażenie, że nowe myśli i działania, które są sprzeczne z naszymi nawykami, nam nie pasuje, nazywa się dysonansem poznawczo-emocjonalnym i jest nieuniknionym etapem zmiany każdego nawyku (także emocjonalnych). Opierając się na neurofizjologii i psychosomatyce, Maultsby sformułował psychosomatyczną teorię uczenia, w której opisuje procesy edukacji (nabywania nawyków) i reedukacji (zamiany nawyków) emocjonalnej, różniące się właśnie etapem dysonansu poznawczo-emocjonalnego, pojawiającego się jak tylko zacznie się mieć nowe myśli, a tym bardziej podejmować nowe działania, w sytuacjach wywołujących stare, nawykowe reakcje.

Jeżeli uczestnicy nie są na to przygotowani, dysonans poznawczo-emocjonalny jest odczuwany tak nieprzyjemnie, a poczucie niepasowania tak przekonująco, że wolą zarzucić nową czynność. Maultsby uważał, że jest to etap, na którym większość ludzi zarzuca terapię i proces zmiany, dlatego uczenie o nim jest stałym elementem terapii.

Podążanie utartymi koleinami starych nawyków może wydawać się łatwe i może nam pasować, jednak to wolność wyboru i elastyczność w postępowaniu pozwalają nam radzić sobie z wyzwaniami, które stawia przed nami życie.

Racjonalna Terapia Zachowania w odniesieniu do innych zagadnień u chorych onkologicznie

Chorzy na nowotwory i ich bliscy mają takie same problemy, jak wszyscy inni ludzie. RTZ świetnie nadaje się do skutecznego radzenia sobie z nimi. W Terapii Simontonowskiej stosujemy ją w rozpoznawaniu niezdrowych wzorców radzenia sobie ze stresem. Zachęcamy uczestników, aby opisali w formacie ABCD emocji największe stresujące wydarzenia w życiu. Zazwyczaj nie mają oni problemów z opisem tego, co się zdarzyło (A), jak się czuli (C) i jak postępowali (D). Jeżeli cierpieli w C i niezdrowo działali w D, to pomagamy im odkryć, jakie przekonania w B do tego prowadziły. Następnie okazujemy im pomoc w sformułowaniu zdrowych przekonań w B, które prowadzą do zdrowych odczuć emocjonalnych w C i zdrowego

postępowania w D. Wczesne rozpoznawanie własnych wzorców stresu pozwala na szybkie włączenie zdrowych reakcji i zapobieganie głębszemu i przedłużającemu się dystresowi.

Simontonowski Instytut Zdrowia organizuje też kilkudniowe sesje dla absolwentów, podczas których stosuje się RTZ i Terapię Simontonowską do modyfikacji stylu życia w obszarach zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej, relacji międzyludzkich, zabawy i śmiechu, kreatywnej ekspresji i łączności z naturą.

Nowe formy zastosowania Racjonalnej Terapii Zachowania

RTZ stosuje się dla zwykłych ludzi, by mogli sobie radzić w niezwykłych okolicznościach, dlatego staramy się dotrzeć do nich poprzez internet, np. strony: www.simonton.pl, abcemocji.pl, beat-the-odds.org, laughyourcanceroff.com, oraz media społecznościowe: <https://www.facebook.com/terapiasimontonowska> i <https://www.facebook.com/abcemocji>. W Stanach Zjednoczonych cotygodniowe zajęcia w Instytucie Onkologii im. Malcolma Todda w Long Beach są transmitowane w formie wideokonferencji, by umożliwić uczestnictwo pacjentom, którzy nie mogą dojechać ze względów zdrowotnych czy praktycznych.

W Polsce zarówno Racjonalna Terapija Zachowania, jak i Terapija Simontonowska są nauczane przez trenerów i superwizorów akredytowanych przy Simontonowskim Instytucie Zdrowia. RTZ jest nauczana na kursach otwartych dla wszystkich, trwających od jednego do trzech dni, oraz na kursach dla profesjonalistów na kilku etapach szkolenia (włączysz zaawansowane warsztaty „RTZ II: Od chaosu do samoorganizacji”). Szkolenie w Terapii Simontonowskiej odbywa się podczas sześciodniowych sesji stacjonarnych, w których poza szkolącymi się terapeutami biorą udział chorzy na nowotwory i ich bliscy. Pozwala to na wyjątkowo intensywne „zanurzenie się” w procesie szkoleniowym i terapeutycznym.

Polecane książki i artykuły

- Andre Ch., *Trzy minuty medytacji*. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2018.
- Bancroft J., *Seksualność człowieka*. Urban & Partner, Wrocław 2011.
- Barska J., *Praca – Kochaj albo rzuć. Jak mieć pracę, która da ci satysfakcję i zadowolenie?*, Wydawnictwo Złote myśli sp. z o.o., Gliwice 2012.
- Bennewicz M., *Coaching i mentoring w praktyce*, Wydawnictwo G+J Gruner+Jahr Polska, Warszawa 2011.
- Berendt J., Lorenc V., *Alfabet empatii*. Burda Media Polska, Warszawa 2019.
- Blum R., *Psychologia pozytywna w praktyce. 6 cnót głównych i 24 siły dające szczęście*. Wydawnictwo Bauer Weltbild Media, Warszawa 2009.
- Bolles R.N., *Jakiego koloru jest twój spadochron?*, Wydawnictwo Studio EMKA, Warszawa 2013.
- Brett R., *Jesteś cudem*. Insignis Media, Kraków 2013.
- Brych A., *Logopedyczne metody wspierania sprawności językowej osób w podeszłym wieku*, Metody Terapii Logopedycznej 2021 wrzesień; 45; <https://forumlogopedy.pl/arttykul/logopedyczne-metody-wspierania-sprawnosci-jezykowej-osob-w-podeszlym-wieku> [dostęp 20.07.2022].
- Brzegowy M., Maciejewska-Cebulak M., Turek K., *Wsparcie żywieniowe w chorobie nowotworowej*. Wydawnictwo M., Kraków 2018.
- Burch V., Penman D., *Mindfulness dla zdrowia – jak radzić sobie z bólem, stresem i zmęczeniem*. Edgard – seria Samo Sedno, Warszawa 2016.
- de Walden-Gafuszko K., *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
- de Walden-Gafuszko K., *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
- Despret V., *Wszystko dla naszych zmarłych. Opowieści tych, co zostają*. Karakter 2021, Kraków, 2021.
- Eger E.E., *Wybór. Przetrzeć niewyobrażalne i żyć*. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2018.
- Emmons M., Alberti R., *Asertywność. Sięgaj po to, czego chcesz, nie raniąc innych*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2018.
- Fetell Lee I., *Joyful. Zaprojektuj radość w swoim otoczeniu*. Feeria, Łódź 2020.
- Finogenow M., *Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności i możliwości jej zastosowania osób starszych*. Psychoterapia 2017; 3(182): 57–68.
- Fogelman L., *Warto żyć*. Wydawnictwo Czerwone i Czarne, Warszawa 2018.
- Gawęda D., *O trudnej sztuce używania humoru w terapii*. Psychoterapia 2017; 3: 93–100.
- Górska B. praca licencjacka *Opieka nad pacjentem z mikroejunostomią* (promotor dr n. hum. Z. Tokarski). Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna – Wydział Pielęgniarstwa, Łódź 2021.
- Grabowski K., *Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności*. Psychiatria 2011; 8(2): 53–63.
- Grzybowski P.P., *Doktor Klaun! Terapia śmiechem, wolontariat, edukacja międzykulturowa*. Impuls, Kraków 2012.
- Hallström C., McClure N., *Depresja odpowiedzi na pytania*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2005.
- Huerley M., Dannett D.C., Adams R.B., *Filozofia dowcipu. Humor jako siła napędowa umysłu*. Copernicus Center Press, Kraków 2016.

- Jassem J., Kordek R. (red.), *Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy*, wyd. V. Via Medica, Gdańsk 2019.
- Jeziorski A., Szawłowski A., Towpik E., *Chirurgia onkologiczna*, tom 1. PZWL, Warszawa 2009, s. 170–179.
- Król-Fijewska M., *Stanowczo, łagodnie, bez lęku*. Wydawnictwo WAB, Warszawa 2013.
- Kutnyj P., *Sztuka autoprezentacji i wystąpień publicznych na żywo i online*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2021.
- Larsson L., *Wdzięczność. Najtańszy bilet do szczęścia*. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2011.
- Mannix K., *Ostatnie chwile. Bardzo ludzkie historie*. Feeria, Łódź 2018.
- Manu K., *Pożegnanie z matką*. Polwen, Radom 2005.
- Manu K., *Smutek Dziecka. Jak Pomóc Dziecku Przeżyć Stratę i Żałobę?* Polwen, Radom 2006.
- Mateja A., *Cud w medycynie*. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2012.
- Maultsby M.C. jr., Wirga M., deBernardi M., *ABC twoich emocji*, Wydawnictwo Dominika Księskiego „Wulkan”, Żnin 2019.
- Meik W., *Sztuka tworzenia wspomnień*. Insignis, Kraków 2019.
- Nhat Hanh Thich, *Cud uważności*. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2021.
- Pennypacker S., *Pax*. Wydawnictwo IUUVI, Kraków 2016.
- Persaud R., *Pozostać przy zdrowych zmysłach: jak nie stracić głowy w stresie współczesnego życia?* Wydawnictwo Jacek Santorski & CO, Warszawa 1998.
- Riess H., Neporent L., *Siła empatii. 7 zasad zmieniających życie, pracę i relacje*. Edgard – seria Samo Sedno, Warszawa 2019.
- Sałyga J., *Chustka*. Znak, Kraków 2013.
- Sądowska S., *Jak pisać CV i list motywacyjny*. Wydawnictwo Literat Henryk Płonczyński Piastów 2012.
- Schirmmacher E., *Strategia wiewiórki w świecie zwierząt znajdziesz receptę na życie*. Świat Książki, Warszawa 2009.
- Seligman M.E.P., *Optymizmu można się nauczyć*. Media Rodzina, Poznań 2002.
- Simonton C., Henson R., Hampton B., *Jak żyć z rakiem i go pokonać* (przekł. J. Morka). Wydawnictwo JK, Łódź 2013.
- Spodaryk M., *Podstawy leczenia żywieniowego*. Scientifica, Kraków 2019.
- Subocki J., Kunecki M., Zmarzły A., Rudzki S., *Standardy Żywienia Dojelitowego dorosłych pacjentów w warunkach domowych*. Via Medica, Gdańsk 2019.
- Tatarkiewicz W., *O szczęściu*. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2012.
- Vetulani J., ks. Strzelczyk G., *Ćwiczenia duszy, rozciąganie mózgu*. Znak, Kraków 2016.
- Walter A., Nowacka-Kłós M., Drozd A., Hansdorfer-Korzon R., *Joga jako uzupełnienie kompleksowej fizjoterapii po operacyjnym leczeniu raka piersi* [Dokument elektroniczny]. W: Zadania i wyzwania medycyny: diagnostyka i leczenie (red. M. Maciąg, K. Maciąg) Wydawnictwo Medyczne TYGIEL sp. z o.o.; <http://bc.wydawnictwo-tygiel.pl/publikacja/CC3D9945-E190-001C-B109-A64BE71AE193> [dostęp: 13.07.2018].
- Wheeler C.M., *10 prostych sposobów radzenia sobie ze stresem*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2011.
- Williams M., Penman D., *Mindfulness – trening uważności*. Edgard – seria Samo Sedno, Warszawa 2014.

Wilowski A., *Weź pokochaj smoka*. Wydawnictwo Księży Marianów, Warszawa 2004.

Wirga M., DeBernardi M., *The ABCs of Cognition, Emotion, and Action*. Archives of Psychiatry and Psychotherapy 2002; 4(1): 5–16.

Wojtaszak K., Śmiech, komizm, śmiechoterapia. *Laughter, humor, laughter therapy*. Bibliotherapy Review, Biblioteka Raczyńskich, Poznań 2014, s. 33–46.

Wójtowicz K., *Przyczynki*. Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej, Wrocław 1991.

Zahradnikowa M., *Bóg nie jest automatem do kawy*. Wydawnictwo Dowody na Istnienie, Warszawa 2018.

Organizacje wspierające pacjentki i pacjentów chorujących na nowotwory

ALIVIA – Fundacja Onkologiczna Osób Młodych – www.alivia.org.pl; www.kolejkoskop.pl

Federacja Stowarzyszeń AMAZONKI – www.amazonkifederacja.pl

Fundacja BĄDŹ Małgorzaty Braunek – www.fundacjabadz.pl

Fundacja CHUSTKA – <https://www.facebook.com/FundacjaChustka/>

Fundacja DAR SZPIKU (DRUŻYNA SZPIKU) – www.darszpiku.pl

Fundacja Dolnośląskie Centrum Psychoonkologii i Rehabilitacji – www.dcpir.pl

Fundacja Gdyński Most Nadziei – www.odwazni.com

Fundacja ISKIERKA – www.fundacjaiskierka.pl

Fundacja OMEALIFE Rak Piersi Nie Ogranicza – www.facebook.com/FundacjaOmealife

Fundacja ONKOCAFE – RAZEM LEPIEJ – www.onkocafe.pl

Fundacja Onkologiczna DUM SPIRO-SPERO – www.forum-onkologiczne.com.pl/forum/

Fundacja Onkologiczna NADZIEJA – www.fundacjaonkologicznanadzieja.org

Fundacja PIĘKNIEJSZE ŻYCIE – www.piekniejszezycie.org

Fundacja POKONAJ RAKA – www.pokonajraka.com

Fundacja Rak'n'Roll Wygraj Życie! – www.raknroll.pl; www.cancersutra.pl

Fundacja ROSA – www.rakoobrona.pl

Fundacja RÓŻOWA KONWALIA – www.rozowa-konwalia.pl

Fundacja TAM I Z POWROTEM – <https://www.facebook.com/FundacjaTamizPowrotem/>

Infolinia onkologiczna Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego – bezpłatny tel.

800 080 164; pon.–pt. 18:00–22:00

Ogólnopolska Organizacja na Rzecz Walki z rakiem Szyjki Macicy KWIAT KOBIECOŚCI – www.kwiatkobiecosci.pl

Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych – www.pkopo.pl; www.onkofundusz.pl;
www.wygrajmyzdrowie.pl

Polska Liga Walki z Rakiem – www.ligawalkizrakiem.pl

Polskie Towarzystwo Medycyny Seksualnej – www.ptms.pl

Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią POL-ILKO – www.polilko.pl

Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne – www.ptpo.org.pl

Polskie Towarzystwo Seksuologiczne – www.pts-seksuologia.pl

Portal onkologiczny ZWROTNIKRAKA.PL – www.zwrotnikraka.pl

SANITAS Stowarzyszenie na Rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi – <http://sanitas.sanok.pl>

Społeczna Fundacja Ludzie Dla Ludzi – www.onkolodzy.net

Stowarzyszenie Kobiet z Problemami Onkologiczno-Ginekologicznymi MAGNOLIA – www.stowarzyszenie-magnolia.org

Stowarzyszenie Mężczyzn z Chorobami Prostaty GLADIATOR – www.gladiator-prostata.pl

Stowarzyszenie na Rzecz Walki z Rakiem Jajnika NIEBIESKI MOTYL – www.niebieskimotyl.pl

Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Mięśaka SARCOMA – www.sarcoma.pl

Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych na Chłoniaki PRZEBIŚNIEG – www.przebisnieg.org

Stowarzyszenie PSYCHE SOMA POLIS – www.psychesomapolis.org

Stowarzyszenie UNICORN – www.unicorn.org.pl

Stowarzyszenie Walki z Rakiem Płuca – www.rakpluca.org.pl

Stowarzyszenie Wspierające Chorych na Chłoniaki SOWIE OCZY – <https://www.facebook.com/sowieoczy/>; <https://sowieoczy.pl>

Warszawskie Centrum Psychoonkologii – www.wcp.org.pl

Skorowidz

ABCD emocji 209

Adiuwanty 60

Aktywizacja zawodowa 46

Aktywność fizyczna, wpływ na organizm
72

- ruchowa 64

Analgetyki opioidowe 59

Asertywność 154

Autoprezentacja 48

Badanie(a) kliniczne 24

- - fazy 30

- przesiewowe 8

Bezsensowność 68

Białko(a) zapotrzebowanie 83

- źródła 84

Ból 55

- przewlekły leczenie 58

- - w chorobie nowotworowej 54

Brachyterapia 16

Chemioterapia 11, 20

Chirurgia onkologiczna 13

Choreoterapia 76

Choroba(y) nieuleczalna 194

Ciekawość 136

Cukier 87

Cytostatyki 21

Depresja 172

Dieta ciężkostrawna 83

- lekkostrawna 82

- przemysłowa 95

Distres 124

Dokument(y) aplikacyjne 47

Dostęp jelitowy sztuczny 97

Duchowość 146

Dysonans poznawczo-emocjonalny
216

Dystrakcja 66

Dzielność 134

Empatia 158

Gniew 190

Hormonoterapia 11

Immunoterapia 23

Inhibitory kinaz 23

Jejunostomia 97

Joga 74

Karta bilansowa 103

Koanalgetyki 60

Kreatywność 138

Ksylitol 89

Leczenie celowane 11

- hormonalne 21

- onkologiczne 10

- - powikłania 32

- paliatywne chirurgiczne 15

- przeciwbólowe wspomagające 60

- systemowe 11, 18

- - powikłania 33

Lęk 185

Masa ciała prawidłowa 90

Melasa 89

Mikrojejunostomia 97

Mindfulness 200

Miód 89

Morfina 59

Mrożenie komórek jajowych 180

- nasienia 181

- tkanki jajnikowej 180

- zarodków 180

Nadzieja, mechanizm 129

Nordic walking 76

Nowotwór(y) badania 6

- rozpoznanie 5

Odwaga 134

Odwracanie uwagi 66

Odżywianie 82

Oncofertility 176

Onkoplastyka 15

Opieka paliatywna 194

Optymizm 126

Organizacja codziennego życia 150
Osłabienie w chorobie nowotworowej 61

PEG 98

Pilates 75

Placebo 32

Płyny 86

Poczucie humoru 140

- kontroli 131

Powrót na rynek pracy 46

Praca z wyobraźnią 215

Prawa pacjenta 36

Przebaczenie 167

Przeciwciała monoklonalne 23

Przekonania 213

Przygnębianie 147

Radioterapia 11, 15

- dieta 16

- powikłania 33

Radość 142

Relaksacja 69

Rozmowa kwalifikacyjna 50

- z bliskimi 110

- - dziećmi o chorobie 118

- - lekarzem 106

RTZ 208

Sen 67

Smutek 187

Stewia 89

Stres 124

Śmiechoterapia 204

Taniec 76

Teleradioterapia 16

Terapia(e) Simontonowska 208

- molekularne celowane 22

Tłuszcze 85

Uważność 200

Wdzięczność 163

Wzrost potraumatyczny 125

Zachowanie płodności 178

Zasady zdrowego myślenia 211

Zdrowienie, wpływ aktywności fizycznej
74

Zespół(y) lękowy 185

Złość 190

Zmęczenie skala oceny 63

- w chorobie nowotworowej 61

Życie seksualne 170

Książka została przygotowana przez doświadczonych lekarzy i psychologów. Powstała z myślą o osobach żyjących z rakiem, a także tych, którym udało się zakończyć leczenie.

Obecnie oddajemy do rąk Państwa drugie jej wydanie, w którym zmieniliśmy nieco i zaktualizowaliśmy informacje, dostosowując je do najczęściej zadawanych nam pytań.

Czytelnicy znajdą w poradniku praktyczne informacje na temat nowotworów, ich leczenia, praw pacjentów; porady dotyczące odżywiania, uśmierzania bólu, zmęczenia i kłopotów ze snem, a także radzenia sobie z przykrymi dolegliwościami. Autorzy zachęcają pacjentów do skutecznego pomagania samemu sobie, dbania o siebie, podjęcia aktywności fizycznej i wzmacniania sił psychicznych. Dużą uwagę poświęcono budowaniu pozytywnych relacji i umiejętności komunikowania się z dalszym i bliższym otoczeniem, rodziną i personelem medycznym.

Główny partner II wydania

ERGO
HESTIA



infolinia: 801 33 33 88
pzwł.pl

