

Justyna Janiszewska, Leszek Pawłowski, Monika Lichodziejewska-Niemierko
Zakład Medycyny Paliatywnej, Katedra Medycyny Rodzinnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Obraz pacjenta w terminalnej fazie choroby w świadomości osób zdrowych

Streszczenie

Wstęp. Celem pracy było ustalenie opinii studentów medycyny dotyczących sytuacji pacjentów w stanach terminalnych.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród studentów VI roku medycyny Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, przy zastosowaniu przygotowanej w tym celu anonimowej ankiety, wypełnianej przed zajęciami z przedmiotu medycyna paliatywna.

Wyniki. W badaniu wzięło udział 76 respondentów. Wyrazili oni opinie na temat m.in. informowania pacjentów o stanie zdrowia, uczuć towarzyszących choremu w stanie terminalnym i jego bliskim, rodzajów opieki, jaką powinien zostać objęty, czynników mających najistotniejsze znaczenie dla dobrostanu psychicznego pacjenta oraz relacji pomiędzy jego stanem psychicznym a stanem fizycznym lub długością przeżycia.

Wnioski. Badanie pokazało, że studenci VI roku medycyny dostrzegają problemy związane z sytuacją biopsychospołeczną osób umierających i ich rodzin. Jednocześnie odpowiedzi udzielane przez osoby badane wskazują na fakt postrzegania problemów związanych z końcem życia z perspektywy człowieka zdrowego.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2011; 5, 1: 6–15

Słowa kluczowe: medycyna paliatywna, opieka paliatywna, studenci, edukacja, wsparcie psychospołeczne

Wstęp

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) opieka paliatywna to „aktywna, całościowa opieka świadczona tym pacjentom, u których choroba nie reaguje już na leczenie przywracające zdrowie” [1–3]. Opieka paliatywna obejmuje wszechstronne działania interdyscyplinarnego zespołu, mające na celu zaspokajanie potrzeb (somatycznych, psychosocjalnych i duchowych) chorego oraz jego rodziny, również po śmierci pacjenta. Jej nadrzędnym celem jest poprawa jakości życia [4].

Medycyna paliatywna jest specjalnością lekarską dotyczącą leczenia (objawowego) i opieki nad cho-

rym z przewlekłą, postępującą, zagrażającą życiu chorobą oraz badającą jakość tej opieki [4].

Zakład Medycyny Paliatywnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego realizuje program z zakresu przedmiotu medycyna paliatywna w ramach zajęć teoretycznych oraz ćwiczeń praktycznych w hospicjach stacjonarnych w Gdańsku i Sopocie.

W trakcie zajęć z zakresu medycyny paliatywnej studenci nabywają wiedzę dotyczącą filozofii opieki paliatywnej, głównych procesów patofizjologicznych towarzyszących bólowi, duszności i wyniszczeniu nowotworowemu oraz patofizjologii gojenia się ran i odleżyn, a także zapoznają się z zasadami przekazywania informacji o niepomyślnym rokowaniu oraz właściwej komunikacji z najbliższymi nieuleczalnie cho-

Adres do korespondencji: dr n. med. Justyna Janiszewska
Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Dębinki 2, 80–211 Gdańsk
e-mail: jjaniszewska@gumed.edu.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2011; 5, 1: 6–15
Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

regu. Zajęcia z przedmiotu medycyna paliatywna obejmują również tematy związane z problemami etycznymi końca życia oraz z wybranymi zagadnieniami prawnymi z tego zakresu.

Niniejsza praca stanowi próbę odpowiedzi na pytanie: jaka jest wyjściowa wiedza studentów VI roku wydziału lekarskiego z obszaru zagadnień związanych z sytuacją biopsychospołeczną pacjentów objętych opieką paliatywną oraz organizacją tej opieki?

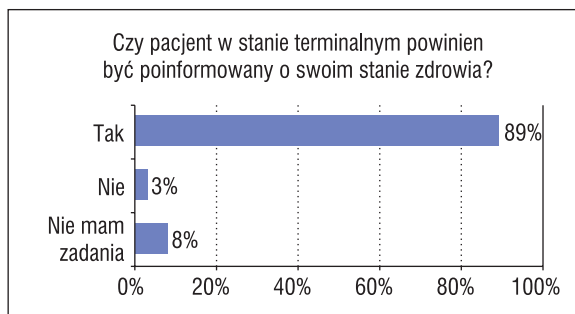
Celem pracy było ustalenie opinii studentów medycyny dotyczących sytuacji pacjentów w stanach terminalnych przed rozpoczęciem zajęć z przedmiotu medycyna paliatywna.

Materiał i metody

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, narzędziem badawczym była anonimowa ankieta skierowana do studentów VI roku medycyny Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Na potrzeby badania opracowano kwestionariusz, który następnie rozdawano przed rozpoczęciem zajęć z medycyny paliatywnej.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 76 studentów ostatniego roku studiów medycznych Gdańskiego Uni-



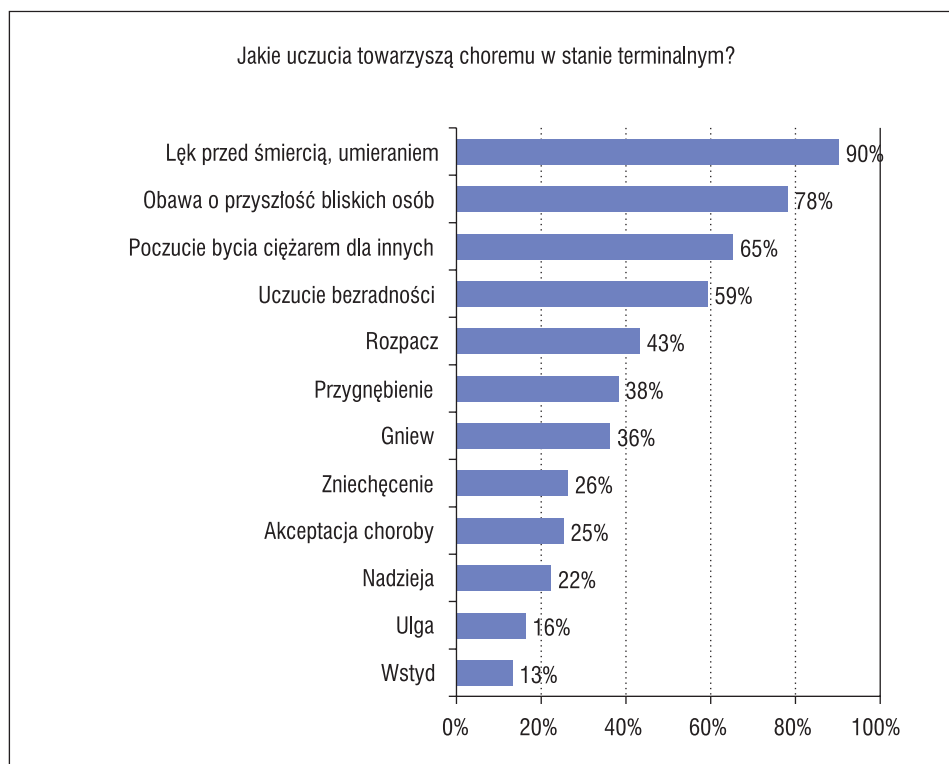
Rycina 1. Obowiązek informowania o stanie zdrowia pacjenta w stanie terminalnym

wersytetu Medycznego, którzy przed badaniem nie uczestniczyli w zajęciach z medycyny paliatywnej. Uzyskano zwrot 76 wypełnionych kwestionariuszy.

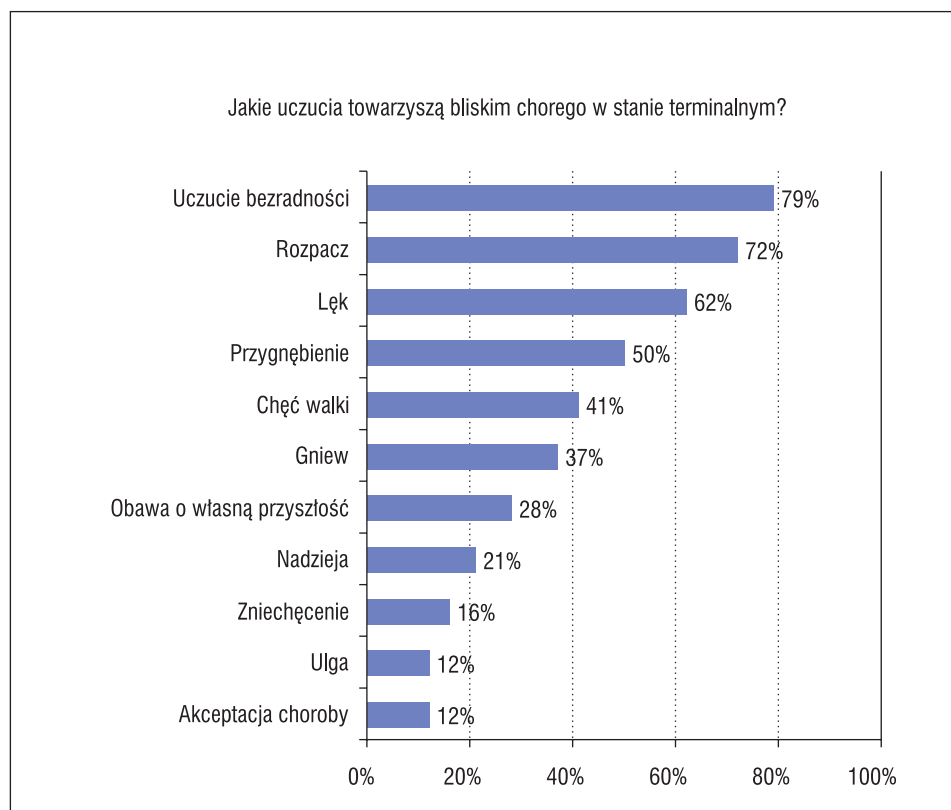
Większość respondentów twierdzi, że pacjent w stanie terminalnym powinien zostać poinformowany o stanie zdrowia (ryc. 1).

Wśród uczuć, które zdaniem respondentów najczęściej towarzyszą choremu w stanie terminalnym, są lęk przed śmiercią, obawa o przyszłość bliskich osób oraz poczucie bycia ciężarem dla innych (ryc. 2).

Uczuciami, jakie najczęściej towarzyszą bliskim chorego w stanie terminalnym, są zdaniem studentów poczucie bezradności, rozpacz i lęk. Bardzo rzadko zaznaczyli oni odpowiedzi dotyczące odczuć po-



Rycina 2. Uczucia towarzyszące choremu w stanie terminalnym



Rycina 3. Uczucia towarzyszące bliskim chorego w stanie terminalnym

zytywnych, takich jak akceptacja choroby, ulga lub nadzieja (ryc. 3).

Respondenci są przekonani, że pacjent w stanie terminalnym powinien zostać objęty opieką holistyczną, na którą w równym stopniu składa się opieka realizowana przez lekarza, pielęgniarkę i psychologa. Istotne jest również wsparcie przez duchownego (ryc. 4).

Wsparcie ze strony osób najbliższych ma, zdaniem respondentów, największe znaczenie dla dobrostanu psychicznego pacjenta. Opieka sprawowana przez osoby posiadające specjalistyczne kwalifikacje ma również istotne znaczenie, choć sytuuje się na drugim planie w stosunku do wsparcia rodziny i przyjaciół (ryc. 5).

Przeważająca liczba respondentów (96%) jest przekonana, że potrzeba wsparcia psychologicznego dotyczy zarówno chorego, jak i jego bliskich. Zaledwie 4% badanych stwierdziło, że pomoc psychologiczna jest potrzebna wyłącznie bliskim chorego.

Respondenci za pomocą skali liczbowej od 1 do 3 określali rangę poszczególnych działań realizowanych wobec pacjenta w stanie terminalnym. Zachęcenie do podtrzymania jego udziału w życiu społecznym uzyskało największą średnią wartość w tej klasyfikacji (ryc. 6).

Na pytanie, czy stan psychiczny pacjenta w stanie terminalnym wpływa na jego stan fizyczny, 87% respondentów odpowiedziało „tak”, a 13% wybrało odpowiedź „raczej tak”. Uczestnicy badania są więc przekonani o występowaniu takiej relacji.

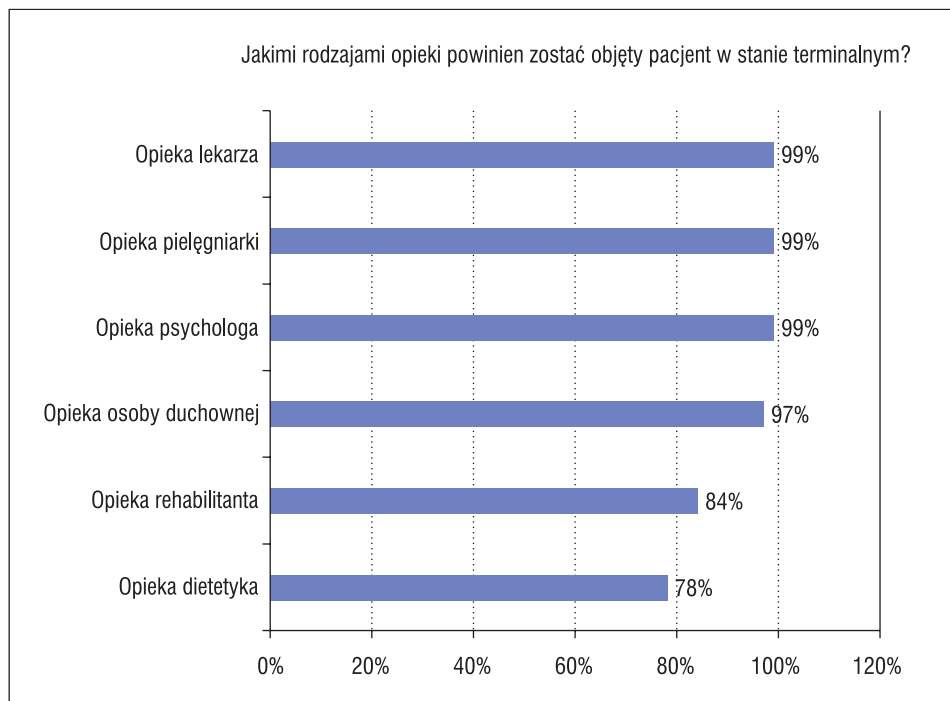
Większość respondentów uważa, że stan psychiczny chorego w stanie terminalnym wpływa na jego czas przeżycia (67% z nich wybrało odpowiedź „tak”, a 29% „raczej tak”, co łącznie daje 96%). Prawie 30% badanych ma jednak w tym zakresie pewne wątpliwości, a 4% jest przekonanych, że nie ma takiej zależności (3% odpowiedziało „raczej nie”, 1% zaznaczyło odpowiedź „nie”).

Objęcie chorego opieką przez hospicjum domowe w jego miejscu zamieszkania pozwala najlepiej zaspokoić potrzeby biopsychospołeczne pacjenta w stanie terminalnym (ryc. 7).

Dyskusja

Wyniki badania pokazują, że zdaniem znacznej większości studentów pacjent w stanie terminalnym powinien zostać poinformowany o stanie zdrowia.

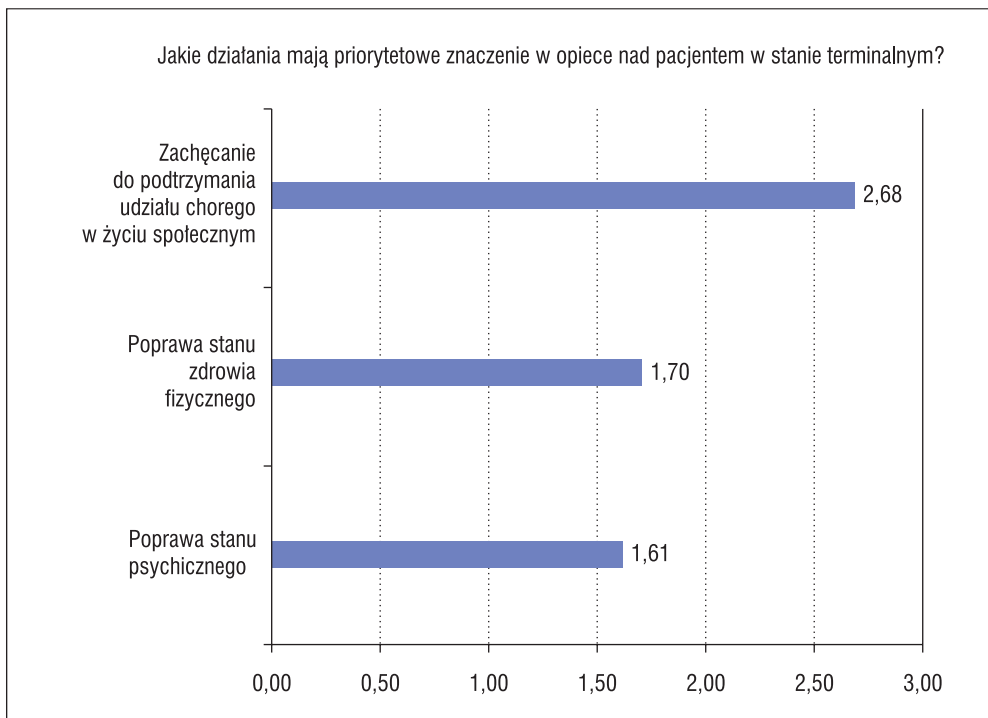
Problem informowania chorego o stanie jego zdrowia można rozpatrywać zarówno w ujęciu prawnym, etycznym, jak i psychologicznym.



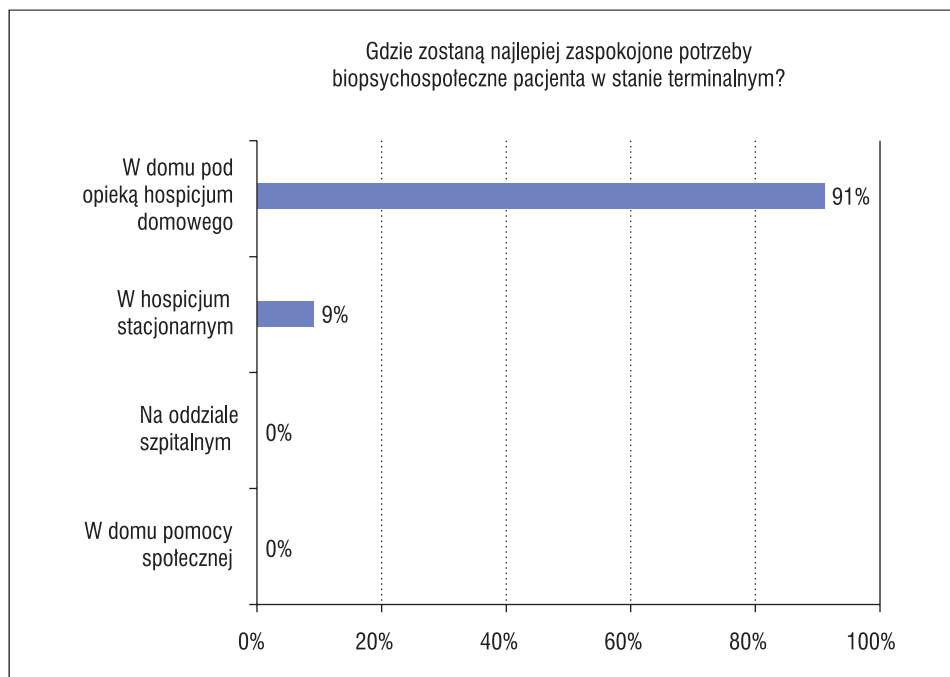
Rycina 4. Rodzaje opieki, jaką powinien zostać objęty pacjent w stanie terminalnym



Rycina 5. Czynniki o największym znaczeniu dla dobrostanu psychicznego pacjenta



Rycina 6. Znaczenie poszczególnych działań w opiece nad pacjentem w stanie terminalnym



Rycina 7. Formy organizacyjne opieki, które najlepiej zaspokajają potrzeby biopsychospołeczne pacjenta w stanie terminalnym

Przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. Dz.U. z 2008 r. nr 136, poz. 857 z późn. zm.) przewidują ogólną zasadę, w myśl której na lekarzu ciąży obowiązek udzielania pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu przystępnej informacji o stanie jego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 31). Lekarz jest zobowiązany do informowania pacjenta nie tylko wówczas, gdy ten poprosi o przekazanie informacji dotyczących stanu jego zdrowia, ale również w przypadkach, gdy nie zgłosi takiej prośby lub żądania. Zgodnie z art. 9 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. nr 52, poz. 417 z późn. zm.) pacjent ma prawo żądać, aby lekarz nie udzielał mu informacji dotyczących stanu jego zdrowia. Wówczas lekarz będzie zwolniony z obowiązku informowania chorego.

Art. 31 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry przewiduje wyjątek od wyżej opisanej zasady. Nie zwalnia on lekarza z obowiązku informowania pacjenta, lecz pozwala jedynie na ograniczenie informacji o stanie zdrowia i o rokowaniu. Tego rodzaju ograniczenie przekazywanych informacji może nastąpić jedynie w sytuacjach wyjątkowych i tylko wówczas, gdy rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, a w ocenie samego lekarza przemawia za tym dobro chorego.

W związku z tym, że jest to wyjątek od wyżej wspomnianej zasady informowania pacjenta, nie może być interpretowany w sposób rozszerzający, a ze względu na ochronę praw pacjenta nie można go traktować jako reguły postępowania wobec pacjentów, których rokowanie jest niepomysłne.

Dobro pacjenta jako podstawowe kryterium prawne, którym powinien się kierować lekarz przy podejmowaniu decyzji o zakresie przekazywanych informacji, powinno być rozpatrywane indywidualnie i uwzględniać w sposób całościowy sytuację konkretnego pacjenta. W szczególności nie można pominąć skutków, jakie może wywołać nieprzekazanie informacji w pełnym zakresie, wobec sytuacji osobistej i majątkowej chorego (np. gdy brak pełnej informacji spowoduje, że choremu nie wystarczy czasu na rozwiązanie sporów z osobami bliskimi, sporządzenie testamentu lub spłacenie długów).

W przypadku ograniczenia informacji przekazywanych choremu lekarz jest zobowiązany do powiadomienia w pełnym zakresie przedstawiciela ustawowego pacjenta lub upoważnioną przez niego osobę.

Lekarz nie może ograniczyć informacji o stanie zdrowia i o rokowaniu, gdy pacjent zażąda ich przekazania.

Rokowanie chorego w stanie terminalnym jest zawsze niepomysłne, jednakże w świetle obowiązujących regulacji prawnych nie można zastosować do tej grupy pacjentów reguły nieinformowania ich o stanie zdrowia i o rokowaniu, zgodnie z odpowiedziami części respondentów.

Kodeks Etyki Lekarskiej (KEL) również przyjmuje zasadę informowania pacjenta przez lekarza. Zgodnie z art. 17 KEL w razie niepomysłnej dla chorego prognozy lekarz powinien powiadomić o niej pacjenta z taktem i ostrożnością. Natomiast za wyjątkową należy uznać sytuację, gdy informacja o rozpoznaniu i niepomysłnym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana. Dotyczy to wyłącznie przypadków, gdy lekarz jest głęboko przekonany, że ujawnienie tej informacji spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa. Podobnie, jak to określono w przepisach ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, KEL przewiduje obowiązek przekazania pełnej informacji na każde żądanie pacjenta.

Z psychologicznego punktu widzenia przekazywanie niepomysłnych informacji dotyczących prognozy jest zagadnieniem złożonym.

Ankiety pomiar zapotrzebowania pacjentów na informacje o chorobie ujawnił, że około 75% osób oczekuje wiadomości, choćby były przykre lub niekorzystne [5]. Badania prowadzone wśród chorych z przewlekłą, postępującą, zagrażającą życiu chorobą nie są liczne. Reynolds i wsp. [6] stwierdzili, że 91% pacjentów z grupy chorych na raka chciało znać diagnozę, 97% — pragnęło uzyskać informację na temat leczenia, a 88% — oczekiwało wiadomości na temat prognozy. Jednocześnie chorzy, których informowano na temat rokowań, byli bardziej zadowoleni z opieki medycznej. Gilbersten i Wangenstein dodają, że 55% chorych na raka powiadomionych o diagnozie odczuwało większy spokój [7]. Z badań prowadzonych przez Marzanskiego w grupie pacjentów z demencją wynika, że 30% chorych nie chce być informowanych o swojej chorobie [8].

W ostatnich latach zagadnienie związane z otwartą komunikacją w przewlekłej, zaawansowanej chorobie somatycznej zyskało większe znaczenie. Istnieje znaczna rozbieżność w zakresie przekazywania informacji na temat prognozy. Jak pokazują wyniki badań, zapotrzebowanie na informacje może znacznie się różnić ze względu na trajektorię choroby. Wszyscy pacjenci oczekują uczciwości od opiekującego się nimi zespołu i ogromna większość chce uzyskać wiadomości na temat prognozy, jed-

nak preferencje dotyczące ilości otrzymywanych informacji zmieniają się [9, 10].

Wielu pacjentów w początkowym stadium choroby deklaruje chęć uzyskania wyczerpujących informacji na temat swego stanu, ale w miarę progresji procesu chorobowego stopniowo zapotrzebowanie na tego rodzaju wiadomości maleje [10]. Pełna świadomość na temat stanu swojego zdrowia niewątpliwie zwiększa poczucie kontroli nad życiem, które pozostało, pomaga w adaptacji do sytuacji oraz pozwala na realne zaplanowanie przyszłości. Jednak, jak pokazują badania, w wyniku przekazania szczegółowej, jednoznacznej informacji na temat prognozy realna ocena sytuacji wypierała nadzieję [9]. Zadaniem lekarza jest zatem przekazanie informacji pacjentowi, z jednoczesnym poszanowaniem jego potrzeby do zachowania pewnej niejednoznaczności dotyczącej przyszłości, jeżeli jest to życzeniem tego chorego. Z tego powodu rozmowy z pacjentem dotyczące prognozy wymagają ostrożności, oszacowania jego wiedzy na temat swojego stanu oraz poziomu zapotrzebowania na dodatkowe informacje. Należy pamiętać, że przekazywanie niepomyślnych wiadomości stanowi proces, będący czynnikiem wpływającym na jakość opieki nad pacjentem z postępującą, nieuleczalną chorobą somatyczną [11].

Wśród uczuć, które zdaniem respondentów najczęściej towarzyszą pacjentowi w stanie terminalnym, są lęk przed śmiercią, obawa o przyszłość bliskich osób oraz poczucie bycia ciężarem dla innych. Takie odpowiedzi wskazują na fakt postrzegania problemów osób w stanie terminalnym przez pryzmat potrzeb i uczuć osób zdrowych. Pacjenci w zaawansowanym stadium przewlekłej choroby somatycznej inaczej niż zdrowi doświadczają swojej sytuacji.

Potwierdzają to badania przeprowadzone w grupie pacjentek z nowotworem piersi w różnych etapach tej choroby. Wykazały one, że w miarę progresji procesu nowotworowego w terminalnym okresie choroby u pacjentek ujawnia się niższy niż w pozostałych okresach (z wyjątkiem remisji) poziom lęku. Fazę terminalną cechują okresowe nasilenie się dolegliwości lub pojawienie się nowych. Wywołuje to z reguły liczne przykre reakcje emocjonalne. Stwierdzono, że silny ból lub ustanie funkcji fizjologicznych wyzwala lęk, natomiast przewlekły ból lub pogorszenie stanu zdrowia powoduje przygnębienie [12]. U osób w terminalnym okresie choroby dominującym uczuciem jest przygnębienie, będące reakcją na pewność nieuchronnych zmian.

Na podstawie wyników badań oraz obserwacji pacjentów u kresu życia można stwierdzić, że obawa o przyszłość bliskich osób oraz poczucie bycia

ciężarem dla innych nie są uczuciami dominującymi w grupie chorych w stanie terminalnym. Stan zagrożenia życia sprawia, że szczególnego znaczenia nabiera poczucie bezpieczeństwa — jedna z najsilniejszych potrzeb biologicznych, pochodząca z popędu samozachowawczego [12]. W obliczu choroby upośledzającej podstawowe funkcje życiowe organizmu osoba nią dotknięta koncentruje się na sobie, własnych podstawowych potrzebach, poczuciu własnej wartości i godności.

Respondenci nie docenili natomiast roli nadziei, stanowiącej istotny element dobrej jakości życia. Nadzieja zmniejsza następstwa uczuć negatywnych. Określa się ją jako stan oczekiwania czegoś pozytywnego w przyszłości, dzięki czemu wzbudza optymistyczny stosunek do życia, mobilizuje do działania oraz ułatwia znoszenie trudności [12]. Twycross określa nadzieję jako „oczekiwanie więcej niż zero osiągnięć pożądanego celu” [13]. Zdaniem de Walden-Gałuszko nadzieja u chorych w stanie terminalnym może przybierać różne formy. W początkowym okresie jest to „nadzieja dużego formatu”, która oznacza wiarę w cud, w skuteczność nowego leku, w siłę własnej woli itp. Z czasem nadzieja przekształca się w „nadzieję małą”, dotyczącą skróconej perspektywy, w której chory spodziewa się, że jutro ustąpią dolegliwości, że wstanie z łóżka, wyjdzie na balkon itp. [14].

Uczuciami, jakie najczęściej towarzyszą bliskim chorego w stanie terminalnym, są zdaniem studentów poczucie bezradności, rozpacz i lęk. Bardzo rzadko zaznaczyli oni odpowiedzi dotyczące odczuć pozytywnych, takich jak akceptacja choroby, ulga lub nadzieja. Zdaniem Kubler-Ross okres terminalny choroby jest najtrudniejszy do zaakceptowania przez rodzinę chorego (dla pacjenta najtrudniejszy jest nawrót choroby) [15]. Wiele osób odczuwa wówczas wzmożoną wolę walki o życie osoby najbliższej, nie zgadzając się „na jej odejście” [1, 16].

Respondenci są przekonani, że pacjent w stanie terminalnym powinien zostać objęty opieką holistyczną, na którą w równym stopniu składa się opieka realizowana przez lekarza, pielęgniarkę i psychologa. Istotne jest również wsparcie przez duchownego. Studenci dostrzegają potrzebę oddziaływań interdyscyplinarnych. Pomimo dostrzegania konieczności wielospecjalistycznej formy opieki nad osobami w zaawansowanej fazie choroby somatycznej, nadal jest ona kierowana do zbyt wąskiej grupy chorych. Opieka paliatywna jest przeznaczona przede wszystkim dla pacjentów onkologicznych, co oznacza, że większość chorych ze schorzeniami takimi jak: przewlekła obturacyjna choroba płuc (PO-

ChP), przewlekła niewydolność nerek, schorzenia kardiologiczne, choroby o podłożu neurologicznym itp., nie korzysta z pomocy zespołów wielodyscyplinarnych, a opieka nad nimi ogranicza się wyłącznie do pomocy medycznej.

Wsparcie ze strony osób najbliższych ma, zdaniem respondentów, największe znaczenie dla dobrostanu psychicznego pacjenta. Według badanych opieka realizowana przez osoby posiadające specjalistyczne kwalifikacje również ma istotne znaczenie dla dobrego samopoczucia chorego, jednak sytuuje się na drugim planie w stosunku do wsparcia rodziny i przyjaciół. U osób w terminalnej fazie choroby obszar społeczny dotyczy głównie relacji wewnątrz rodziny. Stosunki społeczne pacjentów w tej fazie choroby są znacznie ograniczone, a wsparcie, jakiego doświadczają pacjenci, ponad połowa z nich określa jako niewystarczające. Poza tymi problemami chorzy stosunkowo często skarżą się na brak dobrych kontaktów z rodziną, niedostateczną komunikację i niesatysfakcjonujące relacje z personelem medycznym [17]. Pessin i wsp. na podstawie badania przeprowadzonego w grupie pacjentów w terminalnym stadium choroby nowotworowej stwierdzili, że czynnikami najczęściej określanymi jako korzystne były: dobre relacje społeczne (75%), wsparcie społeczne (57%) oraz możliwość rozmowy na temat choroby (47%) [18].

Badacze zajmujący się zagadnieniem integracji społecznej wskazują na stan cywilny jako najpowszechniejszy wskaźnik demograficzny stosowany do ustalenia relacji między integracją społeczną a zdrowiem i śmiertelnością. Wyniki większości badań sugerują, że pozostawanie w małżeństwie wydaje się dla chorego bardziej korzystne. Pozytywne relacje między małżonkami zmniejszają stres rozpoznania [10]. Kulik i Mahler [19] stwierdzili, że wsparcie emocjonalne uzyskiwane od współmałżonków miało pozytywny wpływ na pacjentów po operacji. Z kolei King i wsp. zauważyli związek spostrzeganej dostępności wsparcia z miarami emocji i funkcjonowania [20]. Wsparcie emocjonalne może być szczególnie korzystne dzięki temu, że wpaja optymistyczne przekonania na własny temat i wyposaża pacjenta w większą odporność w radzeniu sobie z ograniczeniami i stanami pogorszenia [21].

Badani uznali „zachęcanie do podtrzymania udziału chorego w życiu społecznym” za oddziaływanie mające priorytetowe znaczenie w opiece nad pacjentem w stanie terminalnym.

Zastanawia niższa ocena innych sposobów oddziaływania, tj. poprawy stanu fizycznego i psychicznego chorego. Być może wynika to z faktu, że re-

spondenci postrzegają potrzebę podtrzymania aktywności społecznej jako czynnik mający decydujące znaczenie dla pozostałych obszarów życia pacjenta (somatycznego, psychicznego). Udział chorego w życiu społecznym może być odbierany jako zewnętrzny — behawioralny przejaw dobrostanu fizycznego i psychicznego. Badanie prowadzone w grupie pacjentek z nowotworem piersi w różnych etapach choroby wskazuje na stan somatyczny jako najbardziej istotny dla jakości życia chorych w stanie terminalnym [22].

Uzyskany wynik może się wiązać z faktem, że podobnie jak w przypadku wcześniejszych zagadnień, tak i w tym pytaniu, badani w swojej ocenie sugerowali się własnymi odczuciami i oczekiwaniami.

Respondenci są przekonani, że kondycja psychiczna pacjenta w stanie terminalnym wpływa na jego stan fizyczny. Obserwacja ta jest zgodna z danymi zawartymi w literaturze. Istnieje stosunkowo bogaty materiał badawczy potwierdzający wpływ sfery psychicznej na percepcję dolegliwości somatycznych. Potwierdzono między innymi tezę dotyczącą wpływu depresji, zespołów lękowych, stanów psychotycznych na ocenę natężenia bólu. Negatywne emocje, takie jak lęk, przygnębienie, obniżają w znaczący sposób próg tolerancji bólu, czyli największe natężenie odczuwanego bólu, które chory określa jako możliwe do zniesienia. Z kolei ostre psychozy znacznie podwyższają próg tolerancji bólu [23].

Większość badanych osób jest przekonana o znaczeniu stanu psychicznego dla okresu przeżycia chorego, chociaż prawie 30% z nich ma jednak w tym zakresie pewne wątpliwości. Nie ma jednoznacznych danych potwierdzających tezę o bezpośrednim wpływie stanu psychicznego na długość przeżycia pacjentów w terminalnej fazie choroby. Prowadzone badania wskazują na wpływ depresji na podwyższenie ryzyka samobójstwa [24, 25]. Wyniki badań nad depresją u osób w podeszłym wieku sugerują, że jej występowanie wiąże się z podwyższonym ryzykiem zachorowalności, zwiększa ryzyko samobójstwa, ogranicza sprawność fizyczną, poznawczą i społeczną — wszystkie te czynniki w rezultacie są powiązane z większą śmiertelnością [26]. Autorzy wielu prac próbują określić wpływ mechanizmów radzenia sobie z chorobą na długość przeżycia. Jak pokazują wyniki badań prowadzonych wśród pacjentek z nowotworem piersi w różnych okresach choroby, skuteczność sposobów zmagania się maleje wraz ze stopniem zaawansowania procesu nowotworowego [27]. Jednocześnie wyniki badań wskazują na znaczenie poziomu religijności, jako sposobu radzenia sobie z zaawansowanym stadium choroby, dla przedłużenia czasu przeżycia

[28]. W terminalnym okresie choroby wysoki stopień religijności jawi się jako najbardziej efektywny sposób radzenia sobie z chorobą [22]. Dowodów na wpływ czynników psychologicznych na długość czasu przeżycia w zaawansowanej fazie choroby dostarczają badania na temat skuteczności psychoterapii. Pokazały one, że oddziaływanie psychoterapeutyczne może spowolnić rozwój nowotworu [29, 30].

Większość studentów jest zdania, że objęcie chorego opieką hospicjum domowego pozwala najlepiej zaspokoić potrzeby biopsychospołeczne pacjenta w stanie terminalnym. Pogląd ten jest zbliżony z oczekiwaniami pacjentów w stanie terminalnym. Badania na temat preferencji miejsca umierania wykazały, że ponad 81% chorych chce umierać w domu, we „własnym łóżku”, w otoczeniu najbliższych [31]. Na podjęcie decyzji wpływają takie czynniki, jak: poziom wykształcenia — osoby lepiej wyedukowane częściej wybierają pobyt w placówkach opieki paliatywnej; rodzaj nowotworu i związane z tym dolegliwości — wśród osób preferujących pobyt w hospicjum stacjonarnym większość stanowili pacjenci z nowotworem płuc; znaczne ograniczenie samodzielnej aktywności oraz znajomość prognozy [32]. Należy przypuszczać, że odpowiedzi udzielone przez studentów były podyktowane ich własnymi odczuciami i potrzebami. W praktyce lekarskiej często obserwuje się przedłużanie fazy uciążliwego leczenia, poddawanie pacjentów w terminalnej fazie choroby dotkliwym procedurom medycznym, dążenie do przedłużania życia kosztem cierpienia. W wielu przypadkach nie pozostawia się choremu możliwości wyboru formy postępowania terapeutycznego [33, 34].

Wnioski

Celem realizowania przedmiotu medycyna paliatywna jest nie tylko nauczanie umiejętności związanych z oddziaływaniem medycznym w zaawansowanej, nieuleczalnej chorobie somatycznej, ale także kształtowanie określonych postaw wynikających z filozofii opieki paliatywnej. Badanie pokazało, że studenci VI roku medycyny dostrzegają niektóre problemy związane z sytuacją biopsychospołeczną osób umierających i ich rodzin. Wiedza ta stanowi punkt wyjścia do dalszej pracy nad budowaniem właściwego postępowania wobec osób u kresu życia. Jednocześnie wyniki pracy wskazują na wyraźną tendencję do postrzegania problemów związanych z zaawansowanym stadium przewlekłej choroby somatycznej przez pryzmat własnych doświadczeń, postaw i emocji.

Piśmiennictwo

1. Kaptacz A. Organizacja i zarządzanie w opiece paliatywnej. W: Walden-Gałuszko K. (red.). Podstawy opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005: 21–34.
2. Krajnik M., Buczkowski K. Definicja i filozofia opieki paliatywnej. W: Adamczyk A., Buczkowski K., Jagielski D. (red.). Opieka paliatywna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 9–13.
3. Pereira J., Jadad A.R. "I found this on the internet" palliative care in the information age. W: MacDonald N., Oneschuk D., Hagen N. (red.). Palliative medicine. A case-based manual. Oxford University Press 2005: 388–404.
4. Łuczak J. Co to jest leczenie objawowe (paliatywne), opieka paliatywna — hospicyjna i dlaczego warto z nich korzystać? *Przeegl. Terapeut.* 2007; 3: 1–21.
5. Makowska H. Informowanie pacjenta przez lekarza. Czy ludzie chorzy chcą wiedzieć wszystko o tym, co im zagraża? W: Dolińska-Zygmunt G. (red.). Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001: 291–306.
6. Reynolds P.M., Sanson-Fisher R.W., Poole A.D., Harker J., Byrne M.J. Cancer and communication: information-giving in an oncology clinic. *Br. Med. J.* 1981; 282: 1449–1451.
7. Gilbertsen V.A., Wangenstein O.H. Should the doctor tell the patient that the disease is cancer. *CA Cancer J. Clin.* 1962; 12: 82–86.
8. Marzanski M. Would you like to know what is wrong with you? On telling the truth to patients with dementia. *J. Med. Ethics* 2000; 26: 108–113.
9. Innes S., Payne S. Advanced cancer patients' prognostic information preferences: a review. *Palliat. Med.* 2009; 23: 29–39.
10. Vachon M.L.S. Emotional problems in palliative medicine: patient, family and professional caregivers. W: Doyle D., Hanks G.W.C., MacDonald N. (red.). Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press 1993: 577–596.
11. Edwin A.K. Don't lie but don't tell the whole truth: the therapeutic privilege — is it ever justified? *Ghana Med. J.* 2008; 42: 156–161.
12. Walden-Gałuszko de K. U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 2000.
13. Twycross R.G. Modern Hospice Concept and its development. Sympozjum pn. "Psychosocial Oncology and Palliative Care". Radziejowice 1990 (cyt. za K. de Walden-Gałuszko. W: Walden-Gałuszko de K. Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. Uniwersytet Gdański, Gdańsk 1992: 31).
14. Walden-Gałuszko de K. Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. Uniwersytet Gdański, Gdańsk 1992: 31.
15. Kubler-Ross E. Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina, Poznań 1998: 164–186.
16. Dunn N. Cancer tales. Communicating in cancer care. Haymarket Medical Publications, London 2007.
17. Haes de J.C.J.M. Quality of life and breast cancer. W: Zittoun R. (red.). Quality of life of cancer patients. Beaune 1992: 143–149.
18. Pessin H., Galiotta M., Nelson C.J., Brescia R., Rosenfeld B., Breitbart W.J. Burden and benefit of psychosocial research at the end of life. *Palliat. Med.* 2008; 11: 627–632.
19. Kulik J.A., Mahler H.I. Emotional support as a moderator of adjustment and compliance after coronary artery by-

- pass surgery: a longitudinal study. *J. Behav. Med.* 1993; 16: 45–63.
20. King K.B., Reis H.T., Porter L.A., Norsen L.H. Social support and long-term recovery from coronary artery surgery: effects on patients and spouses. *Health Psychol.* 1993; 12: 56–63.
 21. Knoll N., Schwarzer R. Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. W: Sęk H., Cieślak R. (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004: 29–48.
 22. Janiszewska J., Buss T., de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M., Lichodziejewska-Niemierko M., Modlińska A. The religiousness as a way of coping with anxiety in women with breast cancer at different disease stage. *Supp. Care Cancer* 2008; 16: 1361–1366.
 23. Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. Psychologiczno-kliniczna ocena bólu przewlekłego. *AMG, Gdańsk* 2003: 14–20.
 24. Albert S.M., Rabkin J.G., Del Bene M.L. i wsp. Wish to die in end-stage ALS. *Neurology* 2005; 12, 65: 68–74.
 25. Rabkin J.G., Albert S.M., Del Bene M.L. Prevalence of depressive disorders and change over time in late-stage ALS. *Neurology* 2005; 12, 65: 62–67.
 26. Blazer D.G. Depression in late life: review and commentary. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* 2003; 58: 249–265.
 27. Janiszewska J., de Walden-Gałuszko K., Lichodziejewska-Niemierko M. The anxiety and coping with disease in women with breast cancer at different disease stages. *Psycho-Oncology* 2009; 18 (supl. 2): 196.
 28. Phelps A.C., Maciejewski P.K., Nilsson M. Association between religious coping and use of intensive life-prolonging care near death among patients with advanced cancer. *JAMA* 2009; 18: 1140–1147.
 29. Barraclough J. *Rak i emocje*. Wydawnictwo Medyczne Sanmedica, Warszawa 1997: 136.
 30. Bishop G.D. *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000: 463.
 31. Neergaard M.A., Jensen A.B., Sondergaard J., Sokolowski I., Olesen F., Vedsted P. Congruence in Accounts of Terminally Ill Cancer Patients' Preferred Place of Death in Denmark. The 1st International Multidisciplinary Forum on Palliative Care, Budapest 2010.
 32. Chen Ch.H., Tang S.T. Determinants of Preferred Place of Death for Taiwanese Terminally Ill Cancer Patients. The 1st International Multidisciplinary Forum on Palliative Care, Budapest 2010.
 33. Groot M.M., Vernooij-Dassen M.J., Crul B.J., Grol R.P. General practitioners (GPs) and palliative care: perceived tasks and barriers in daily practice. *Palliat. Med.* 2005; 19: 111–118.
 34. Solomon M.Z., O'Donnell L., Jennings B. Decisions near the end of life: professional views on life-sustaining treatments. *Am. J. Public Health* 1993; 83: 14–23.