

Martyna Poznachowska¹, Alicja Klonowska¹, Alina Borkowska²

¹Zakład Teleradioterapii, Centrum Onkologii im prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy

²Katedra i Zakład Neuropsychologii Klinicznej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy

Psychologiczne aspekty leczenia radioterapią. Znaczenie komunikacji pomiędzy technikiem radioterapii a pacjentem w redukcji lęku związanego z leczeniem

Psychological aspects of radiotherapy treatment.
The importance of communication between radiation therapist and patients in reduction of treatment related anxiety

Streszczenie

Jedną z głównych metod leczenia w onkologii jest radioterapia. Wiedza pacjentów leczonych radioterapią na temat tej procedury jest ciągle niewystarczająca. Może to skutkować dysfunkcyjnymi przekonaniami dotyczącymi radioterapii oraz lękiem przed tą metodą leczenia. Nasilenie zaburzeń lękowych i depresyjnych może natomiast niekorzystnie wpływać na obraz kliniczny choroby i proces leczenia, dlatego bardzo istotne jest podjęcie systemowych działań w celu redukcji lęku u chorych leczonych radioterapią, między innymi poprawa komunikacji. Technik radioterapii odgrywa istotną rolę w procesie terapeutycznym, dlatego też powinien wykazywać umiejętności psychologiczne, szczególnie w zakresie komunikacji w zespole terapeutycznym i z pacjentem. W niniejszym artykule zaprezentowano dane na temat specyfiki lęku u pacjentów poddawanych radioterapii i jego przyczyn, znaczenia objawów lęku i depresji w procesie leczenia oraz niektóre aspekty właściwej komunikacji z pacjentem i w zespole terapeutycznym.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2014; 8, 3: 108–114

Słowa kluczowe: radioterapia, technik radioterapii, komunikacja interpersonalna, lęk, depresja, choroba nowotworowa

Abstract

The one of most important therapy methods in oncology is radiotherapy. The knowledge on this method among patients treated with radiotherapy is still low. This may cause with dysfunctional beliefs for radiotherapy and radiotherapy fobia. The intensity of anxiety and depression disturbances may show negative influence on clinical picture of the illness and therapy process, for this reason very important is to introduce complex activities focused on anxiety reduction in patients treated with radiotherapy, e.g. improvement of communication. The radiation therapist play an important role in therapeutic process, should present

Adres do korespondencji: mgr Martyna Poznachowska

Katedra i Zakład Neuropsychologii Klinicznej

ul. M. Curie-Skłodowskiej 9, 85–094 Bydgoszcz

tel. (52) 585 37 02, faks (52) 585 37 03

e-mail: martyna-poznachowska@wp.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2014; 8, 3, 108–114

Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

psychological skills especially on communication in therapeutic team and in contact with patient. In this paper the data on specificity on anxiety and its features in patients received radiotherapy, the importance of anxiety and depression in therapeutic process and some aspects of positive communication with patients and therapeutic team were presented.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2014; 8, 3: 108–114

Key words: radiotherapy, radiation therapist, interpersonal communication, anxiety, depression, oncology illness

Wstęp

Radioterapia obok leczenia chirurgicznego i chemioterapii stanowi jedną z głównych metod leczenia nowotworów złośliwych [1]. W technice tej wykorzystuje się energię promieniowania jonizującego, co w wielu przypadkach może prowadzić do wystąpienia różnych skutków ubocznych. W zależności od przyjętego kryterium dzielą się one na odczyny popromienne wczesne i odczyny popromienne późne [2]. Występują one głównie w regionie napromienianego miejsca, a ich działanie jest maksymalne podczas leczenia skojarzonego — radioterapii z chemioterapią [3]. W zależności od rodzaju i stopnia zaawansowania choroby nowotworowej czas leczenia może wynosić od 1 do 37 dni, a czasami dłużej [4].

Pomimo zauważalnego wzrostu świadomości społeczeństwa na temat współczesnych metod skutecznego leczenia chorób nowotworowych wiedza na temat radioterapii wśród pacjentów nadal jest niepełna. Może to budzić wątpliwości, a także obawy przed wyborem takiego leczenia. Osoba chora poddawana terapii z reguły nie zna zasad działania aparatu terapeutycznego — akceleratora, ma niewielką wiedzę na temat możliwych ubocznych skutków leczenia, co może zwiększać lęk przed nim. Coraz częściej jednak zauważa się, że pewną rolę mogą tu odgrywać problemy psychologiczne pacjenta, dlatego też w przebiegu leczenia kluczowe miejsce zajmuje właściwa wieloaspektowa opieka nad chorym [5]. Bardzo często w opinii pacjenta technik radioterapii odgrywa główną rolę w procesie leczenia [6], ponieważ to on codziennie spotyka się z pacjentem i ma z nim najbliższy kontakt [4], dlatego tak istotne w tym zawodzie jest połączenie umiejętności techniczno-terapeutycznych z predyspozycją do pracy z chorymi [7]. W przebiegu leczenia ważne jest nawiązanie właściwego kontaktu terapeutycznego z pacjentem i uzyskanie jego optymalnego komfortu emocjonalnego, co zmniejsza niekorzystne psychologiczne skutki leczenia, a także poprawia współpracę z chorym podczas całego procesu terapii. Szczególnie ważne jest szybkie diagnozowanie zaburzeń lękowych i depresyjnych, między

innymi fobii przed procedurami medycznymi — rola technika radioterapii jest tu szczególnie istotna [6].

Znaczenie postaw pacjenta wobec radioterapii w procesie leczenia

Radioterapia jest skomplikowaną metodą leczenia, zarówno pod względem klinicznym, jak i technicznym [8]. Jest ona powszechnie stosowana w leczeniu chorób nowotworowych, każdego roku radioterapii poddaje się około miliona pacjentów. Jak wspomniano, wiedza na temat radioterapii wśród pacjentów jest nadal niska [9], a poglądy i przekonania na temat tej procedury funkcjonujące w społeczeństwie nie zawsze są właściwe [10]. Pacjenci najczęściej rozumieją, że wykorzystywane promieniowanie w jakiś sposób atakuje komórki nowotworowe, a jego celem jest całkowite zniszczenie zmiany chorobowej, ale wielu z nich martwi się szkodliwym działaniem promieniowania na organizm [11]. Pacjenci mają świadomość, że radioterapia może się wiązać ze skutkami ubocznymi, co znacząco wpływa na ich stan emocjonalny [3, 4]. Postrzeganie tej metody jako niosącej pewne zagrożenia może silnie wpływać na jej akceptację oraz stanowić dodatkowe źródło lęku [12]. W dzisiejszych czasach, gdy dostęp do informacji oraz wiedzy z Internetu jest nieograniczony, chorzy sami poszukują specjalistycznych wiadomości, jednak ponieważ nie zawsze są one przez nich właściwie rozumiane, w wielu przypadkach nasilają się negatywne przekonania co do leczenia radioterapią [11]. Skuteczna terapia wymaga motywacji — ważne są zarówno przekonanie co do celowości leczenia wybraną metodą, jak i pełne wsparcie rodziny, lekarzy i personelu sprawującego opiekę nad osobą chorą, ponieważ osoby te mogą mieć znaczący wpływ na decyzję pacjenta dotyczącą jego leczenia [8].

W ciągu ostatnich trzech dekad nastąpił znaczny postęp w zakresie leczenia radioterapią. Zaawansowana technologia i wielodyscyplinarne składy zespołów medycznych korzystnie wpłynęły na wzrost skuteczności leczenia tą metodą. Jednakże należy pamiętać, że pacjent może czuć się zagubiony, uczestnicząc

w licznych rozmowach i badaniach niezbędnych na poszczególnych etapach leczenia [13, 14]. Długotrwały proces przygotowań do radioterapii, rozpoczynający się konsultacją z radioterapeutą, a następnie proces planowania leczenia mogą wzbudzać niepokój pacjenta, szczególnie wtedy, gdy ma on niedostateczną wiedzę na temat rozpoczynanej terapii, a informacje przekazywane przez lekarza nie są dla niego w pełni zrozumiałe. Znacznym obciążeniem dla chorego jest też niepewność co do skuteczności leczenia [3]. Już podczas pierwszego spotkania z radioterapeutą chory otrzymuje informacje o zagrożeniach mogących wystąpić w trakcie terapii oraz po jej zakończeniu i musi wyrazić zgodę na przeprowadzenie procedury [8]. Pacjenci są bardzo uwrażliwieni na wszelkie wiadomości dotyczące ryzyka związanego z napromienianiem, ponieważ niepewne informacje zawsze budzą lęk. Przed rozpoczęciem procedury terapeutycznej radioterapeuta powinien szczegółowo omówić z chorym temat promieniowania jonizującego i techniki leczenia, ponieważ tylko takie postępowanie może zminimalizować lęk pacjenta przed leczeniem. Warto pamiętać, że ma on prawo do otrzymania niezbędnych informacji dotyczących procedury terapeutycznej wykorzystującej promieniowanie jonizujące, lecz wiadomości te muszą być podane w sposób indywidualny, uwzględniający wiedzę i oczekiwania chorego [12]. Dostarczanie rzetelnych danych, podejście ukierunkowane na pacjenta, kompetencje zawodowe personelu medycznego, planowanie czasu oczekiwania na zabiegi, dostępność informacji i terapeuty oraz poprawna współpraca i komunikacja mogą znacząco poprawić jakość leczenia chorych i ich indywidualną ocenę procesu terapeutycznego [15].

Źródła lęku w procesie leczenia radioterapią

W przygotowania do leczenia napromienianiem zaangażowany jest zespół lekarzy radioterapii, fizyków medycznych, techników radioterapii oraz pielęgniarek [16]. Przed rozpoczęciem napromieniania pacjent kierowany jest do pracowni tomografii komputerowej, modelarni i na symulator. Na jego ciele wykonywane są trwałe tatuaże i rysunki, które mają ułatwić poprawne i powtarzalne ułożenia podczas napromieniania [3]. W niektórych przypadkach konieczne jest wykonanie maski unieruchamiającej, która jest ciasna i dla większości pacjentów stanowi największy dyskomfort [4]. Osoba chora bardzo często nie rozumie znaczenia tych procedur, nie wie, dlaczego na jej skórze wykonywane są tatuaże, rysunki, jaką rolę w całym procesie odgrywają lekarze, fizycy i technicy [9]. U wielu osób oznakowanie ciała tatuażami i rysunkami może zmie-

nić obraz postrzegania samego siebie, bardzo często pacjenci wstydzą się pokazywać swoje ciało nawet osobom bliskim. Ciało ustanawia granice, które określają, kim jesteśmy, jest podstawą naszej tożsamości, dlatego każda widoczna zmiana w tym zakresie może stanowić źródło niepewności i lęku. Zmiana obrazu ciała najczęściej wywołuje konflikty wewnętrzne, które są źródłem poczucia wstydu i inności oraz niskiej samooceny. Takie postrzeganie siebie znacząco wpływa na jakość życia i kształtowanie się relacji społecznych pacjenta [3]. Już na tym etapie powinien on więc uzyskać szczegółowe informacje na temat procedur leczniczych oraz znaczenia poszczególnych zabiegów, jak również otrzymać odpowiednie wsparcie psychologiczne.

Cała procedura radioterapeutyczna w leczeniu radykalnym trwa od 5 do 8 tygodni, kursy radioterapii paliatywnej zaś są znacznie krótsze. Zabiegi zazwyczaj są wykonywane przez 5 dni w tygodniu i trwają średnio od 15 do 30 minut [16]. Już podczas pierwszego seansu terapeutycznego technik radioterapii powinien podjąć kroki zmierzające do poprawy komfortu emocjonalnego pacjenta, jest to bowiem ten etap leczenia, na którym to on najczęściej kontaktuje się z pacjentem, dlatego jego rola w procesie terapii jest wówczas największa [6]. W czasie zabiegów pacjent narażony jest na wiele niedogodności, które mogą budzić lęk, jak choćby nieznane otoczenie — bunkier, w którym podczas konfiguracji sprzętu jest ciemno i nie można się poruszać [17]. Wielu chorych odczuwa lęk w trakcie zabiegu, gdy pozostają sami z ogromną maszyną, w pomieszczeniu bez okien, z lekko przyciemnionym światłem [4]. Podczas napromieniania pacjent nie odczuwa bólu, ale widzi i słyszy pracę aparatu [16]. Szczególnie chorzy, którzy cierpią na zaburzenia lękowe, mogą w takich warunkach doświadczać napadów lęku, zwłaszcza klaustrofobii.

Wielotygodniowe leczenie obciąża pacjenta zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym [7]. Sytuacja, w jakiej znajduje się chory w trakcie leczenia, może nasilać zaburzenia depresyjne i lęk, budzić strach i niepokój, a także wzmacniać uczucie osamotnienia i bezradności. W przebiegu terapii pacjent może odczuwać ogólne osłabienie, brak apetytu i zmęczenie [3, 18]. Zmęczenie spowodowane radioterapią jest stanem odmiennym i znacząco różniącym się od zmęczenia fizjologicznego. Występuje jako zmęczenie chorobą, jej leczeniem, codziennym podróżowaniem na zabiegi [19]. Bardzo trudno jednak odróżnić zespół zmęczenia w przebiegu choroby i leczenia od depresji — jak wskazują wyniki współczesnych badań, depresja również może przebiegać z utratą energii, sił i zmęceniem, współwystępowanie zaś depresji i zespołu zmęczenia może powodować nasilenie

się tych dwóch zespołów. Powoduje to osłabienie, zmniejszenie motywacji do leczenia i podejmowania aktywności, może też prowadzić do bezradności oraz izolacji i w dalszej perspektywie niekorzystnie wpływać na przebieg choroby i leczenia [10, 19]. Wysokoenergetyczne promieniowanie wykorzystywane w trakcie terapii może też powodować podrażnienia skóry przypominające oparzenia słoneczne. Skóra może być zaczerwieniona i przyciemniona. W zależności od miejsca poddawania radioterapii mogą się pojawiać nudności, wymioty i biegunka. Skutki uboczne radioterapii dodatkowo nasilają zaburzenia emocjonalne [3, 16]. Warto również zaznaczyć, że objawy depresji i lęku istotnie wpływają na percepcję i przeżywanie objawów ubocznych leczenia oraz powodują znaczne zwiększenie psychicznego i fizycznego cierpienia pacjenta.

Do nasilenia lęku w trakcie radioterapii przyczyniają się także rozmowy z innymi pacjentami [4]. W wielu badaniach podkreśla się, że czas oczekiwania na zabieg i interakcja z innymi pacjentami są często uważane za potencjalnie stresujące, a także stanowią „pozamedyczne” źródło informacji na temat choroby i leczenia [13, 5]. Należy pamiętać, że nie wszyscy pacjenci odczuwają takie same skutki uboczne, każdy pacjent jest inny, może mieć inne choroby współistniejące, natomiast nastawienie psychiczne i oczekiwanie na objawy uboczne leczenia są dodatkowym źródłem dyskomfortu psychicznego [16].

Jednym z istotnych czynników lękotwórczych są niewłaściwe i sprzeczne komunikaty dotyczące leczenia i skutków ubocznych przekazywane pacjentowi przez zespół techników. Wywołują one niepokój wśród chorych, gdyż pacjent otrzymujący niepełne informacje na ich podstawie formułuje niekorzystne dla siebie wnioski. Dlatego ważna jest poprawa komunikacji w zespole, aby zapewnić zgodne informacje dla pacjentów [5, 13]. Kolejnym aspektem zwiększającym poczucie bezpieczeństwa chorych jest stały skład zespołu terapeutycznego, co dotyczy szczególnie techników radioterapii, zwłaszcza w początkowym okresie radioterapii. Technik radioterapii jest bowiem osobą, z którą pacjent widzi się codziennie w trakcie wielotygodniowego leczenia, on też najczęściej jest w stanie zauważyć zmiany emocjonalne zachodzące u chorego. Znając pacjenta, może lepiej dostosować własne reakcje, dopasować je odpowiednio do sytuacji [7, 15]. Pacjent, nawet jeśli tego nie werbalizuje, oczekuje zrozumienia i pomocy, wskazówek, jak radzić sobie z różnymi trudnymi sytuacjami podczas leczenia radioterapią, a technik radioterapii jest osobą, która może najszybciej ocenić indywidualne potrzeby i oczekiwanie pacjenta i pomóc mu w radzeniu sobie z trudnościami [13].

W niektórych przypadkach niezbędne jest przekazanie swoich spostrzeżeń lekarzowi lub wsparcie psychologa — w dobrze zorganizowanej placówce leczenia onkologicznego dostęp do tych specjalistów jest w tej chwili możliwy [7].

Znaczenie poprawnej komunikacji z pacjentem dla redukcji lęku przed radioterapią: rola technika radioterapii

Pod koniec XX wieku zaczęto akcentować konieczność zauważania przez techników radioterapii potrzeb pacjenta oraz kształcić ich w zakresie prowadzenia podstawowej pomocy psychologicznej. Zauważono bowiem, że często skupiali się oni na procedurach i nie przywiązywali należytej wagi do właściwego kontaktu psychologicznego z chorym. Poczyniono wówczas starania zmierzające do wypełnienia tej edukacyjnej luki, szkoląc personel, co miało na celu uwrażliwienie na sytuację psychologiczną pacjenta, rozwinięcie postawy empatycznej i jednocześnie poprawę własnych możliwości radzenia sobie ze stresem. Wykazano też, że pełne empatii, holistyczne podejście do chorego wpływa na efektywność postępowania medycznego i jest integralną, niezwykle ważną częścią radioterapii [20]. Obecnie standardem jest, że dobro chorego uważa się za nadrzędny cel na każdym etapie procesu leczenia. Rola technika radioterapii jest tu bardzo ważna zarówno pod względem technicznym, jak i w aspekcie wartości obserwacji wszystkich nietypowych reakcji pacjentów [7]. Stwierdzono też, że wsparcie psychologiczne w znacznym stopniu nie tylko poprawia komfort psychiczny pacjenta, ale wpływa na przebieg leczenia i jego efekty [21].

Do osiągnięcia optymalnego poziomu jakości życia i dobrostanu psychicznego pacjentów z chorobą nowotworową niezbędna jest efektywna komunikacja [22]. Wszyscy pracownicy służby zdrowia powinni mieć umiejętność komunikowania się z chorym onkologicznie pacjentem, stanowi to podstawę właściwej opieki medycznej. Technik radioterapii odgrywa kluczową rolę w procesie radioterapii, ponieważ jego kontakt z chorym jest najbardziej regularny [23]. Niestety, pomimo zwiększenia u techników radioterapii tej świadomości i intensyfikacji szkoleń z zakresu umiejętności psychologicznych pacjenci często zauważają problemy w tym zakresie [15]. Prawdopodobnie przyczyną tego stanu jest brak wypracowanych metod postępowania z chorym, które obowiązywałyby wszystkich pracowników medycznych.

Skuteczna komunikacja pozytywnie wpływa na ludzi chorych na raka i jest wymagana wśród całego zespołu radioterapeutycznego, natomiast słaba komunikacja ma negatywne konsekwencje zarówno dla pra-

owników służby zdrowia, jak i pacjentów [17, 24, 25]. Brak skutecznej komunikacji w zespole terapeutycznym może powodować utratę zaufania do personelu medycznego [24]. Technik radioterapii powinien potrafić nawiązać dobry, empatyczny kontakt z chorym, z zachowaniem należytego szacunku dla pacjenta na każdym etapie jego choroby. Należy zaznaczyć, że bardzo ważne jest pierwsze wrażenie, jakie się wywrze na pacjencie. Można stworzyć atmosferę zaufania bądź dystansu, nawiązać intensywne porozumienie albo wywołać liczne nieporozumienia, wykluczając tym samym współpracę [26]. Zarówno chory, jak i jego rodzina oczekują porad, edukacji i wsparcia [16], istotne jest umiejętne pokierowanie rozmową tak, aby rozwiązać wszelkie wątpliwości, odpowiedzieć zgodnie z własną wiedzą i kompetencjami na wszelkie zadawane pytania, w razie wątpliwości zaś umiejętnie pokierować do odpowiedniego źródła [26]. W praktyce zdarzają się niewłaściwe lub sprzeczne komunikaty płynące ze strony personelu, dotyczące choroby pacjenta, skutków ubocznych terapii, planowanego systemu opieki oraz leczenia [13]. Należy pamiętać, że każda wypowiedź czy reakcja będzie zapamiętana i analizowana przez chorego, a niewłaściwe reakcje personelu są najczęstszym źródłem błędów jatrogennych, przyczyniających się do pogorszenia jakości procesu leczenia pacjenta [26]. Rozbieżne informacje i niepokojące reakcje wywołują niepokój i lęk, dlatego konieczna jest poprawa komunikacji w zespole terapeutycznym, co przekłada się na lepszą komunikację z pacjentem. Jest to tym bardziej istotne, że postrzeganie przez pacjentów jakości leczenia jest silnie związane z jakością przekazywanych informacji oraz poziomem komunikacji z personelem medycznym [13]. Sposób komunikacji powinien też uwzględniać stopień wiedzy i świadomości pacjenta. Pacjenci z niską samoświadomością mają trudności w przyswajaniu wiedzy i angażowaniu się we własny proces leczenia, częściej starają się funkcjonować w charakterze „przedmiotu opieki” niż osoby świadomie uczestniczącej w leczeniu. Tacy chorzy często mają problem z zapamiętywaniem informacji medycznych, istotne jest więc unikanie (na ile to możliwe) terminologii fachowej oraz częstsze odwoływanie się do pomocy wizualnych czy analogii, a także powtarzanie przekazywanych informacji, ich zapisywanie lub poproszenie członków rodziny o udział w konsultacji [27]. Dotyczy to również pacjentów, których funkcjonowanie poznawcze jest ograniczone, a więc osób starszych, z chorobami neurologicznymi, a także dzieci.

Komunikacja z pacjentem w podeszłym wieku jest uwarunkowana wieloma czynnikami, związanymi zarówno ze starzeniem się układu nerwowego, jak i chorobami wieku podeszłego, co skutkuje zmniejszeniem

się sprawności funkcji poznawczych, takich jak pamięć, uwaga, spostrzeganie, szybkość psychomotoryczna i funkcje wykonawcze. Zmiany związane z procesem starzenia się, na przykład zaburzenia widzenia, słuchu, pamięci oraz otępienie, często utrudniają choremu możliwość adekwatnego rozumienia sytuacji, a także prawidłową komunikację z otoczeniem. Komunikacja ze starszym pacjentem powinna być dopasowana do indywidualnych możliwości chorego, co na oddziale radioterapii często jest uważane za swego rodzaju wyzwanie [17]. Umiejętność nawiązania kontaktu z osobą starszą jest bardzo ważna, składa się na nią wiele zachowań niewerbalnych, okazywanie zainteresowania i pozytywne nastawienie do pacjenta [28]. Starsi pacjenci są mało asertywni, bezradni, mają trudności w podejmowaniu decyzji i bardzo często nie zadają pytań [17]. Istotne jest kierowanie informacją w sposób prosty, styl i język powinny być zrozumiałe, a tempo wypowiedzi dostosowane do możliwości odbioru osoby starszej. Należy pamiętać, aby nie przeciążać pacjenta nadmiarem informacji i przekazywać te najbardziej istotne [28]. Pacjenci w podeszłym wieku wymagają też powtarzania informacji, a w sytuacji gdy nie mamy pewności, czy zrozumieli przekazane wiadomości, należy próbować użyć prostszych sformułowań bądź przekazać najważniejsze komunikaty w obecności osoby towarzyszącej [29].

Dobra komunikacja zależy również od uważnego słuchania oraz okazywania zaciekania wypowiedziami starszego pacjenta wyrażanego zachowaniami werbalnymi, na przykład zadawaniem pytań, i niewerbalnymi, takimi jak utrzymywanie kontaktu wzrokowego czy gesty aprobaty. Częstym błędem komunikacyjnym wobec osoby starszej jest przerywanie rozmowy na samym początku bądź w jej trakcie oraz niewerbalne oznaki zniecierpliwienia i braku uwagi [28, 30]. Dla pacjentów w podeszłym wieku ważne jest okazanie cierpliwości wyrażonej uprzejmością i szacunkiem [17].

W przypadku dzieci i młodzieży szczególnie ważna jest dbałość o jasność przekazywanych informacji, relacjonowanie ich w sposób dostosowany do możliwości zrozumienia małych pacjentów i dążenie do współdziałania z nimi w procesie leczenia. Komunikacja z pacjentem pediatrycznym zawsze obejmuje zarówno dziecko, jak i rodzica. Kiedy u dziecka zostaje zdiagnozowany nowotwór, pierwsza reakcja skupia się na rokowaniu. Dla wielu dzieci i młodzieży z chorobą nowotworową — w ich rozumieniu — kończą się przyjemne aspekty życia, co potęguje długie i częste przebywanie w szpitalu. Z kolei dla małego dziecka największymi problemami są osamotnienie oraz procedury wywołujące strach [17]. Dziecko ma jeszcze niedojrzałą osobowość, małą odporność na sytuacje

stresowe, a konieczność rozpoczęcia terapii niesie za sobą duże zmiany w jego funkcjonowaniu zarówno fizycznym, jak i psychicznym [30]. Leczenie radioterapią wywołuje liczne skojarzenia lękowe i wyobrażenia, na które ma wpływ wiele czynników. Czasami jest to niewłaściwy sposób przekazywania informacji przez personel medyczny (często trudny do zrozumienia nawet dla rodziców), a najczęściej konkretne sytuacje związane z zabiegiem, kontaktem z urządzeniami itp. W procesie leczenia radioterapią istotne jest więc zaangażowanie całego zespołu terapeutycznego oraz rodzica, który najlepiej potrafi zrozumieć emocje swojego dziecka, rozładować bunt wynikający z ograniczenia niezależności i z sytuacji. Rodzice powinni mieć poczucie, że są częścią zespołu i mogą uzyskać od niego wsparcie podczas całego procesu leczenia. Przed przystąpieniem do radioterapii ważne jest dokładne omówienie z dzieckiem i rodzicem etapu przygotowań i leczenia. W celu przedstawienia przebiegu leczenia, omówienia, co będzie się działo i jak to będzie wyglądało, warto wykorzystać odpowiednie do wieku dziecka rekwizyty, na przykład zdjęcia czy filmy [17]. Ma to ogromne znaczenie w prawidłowym przygotowaniu dziecka do napromieniania, gdyż w bunkrze podczas przygotowań do seansu radioterapeutycznego może znajdować się tylko zespół terapeutyczny i pacjent. Dziecko pozostaje samo w nieznanym otoczeniu, bez rodzica, co wzbudza w nim ogromny strach. Rodzic znajduje się w sterowni, obserwuje dziecko przez monitory i zarówno u niego, jak i u dziecka taka sytuacja wywołuje lęk. Dziecko można do tej procedury przygotować wcześniej, pokazując mu filmy, a następnie — za pomocą zabawy — zaangażować je do badania (dotyczy także innych procedur). Do zabaw można użyć odpowiednich do wieku rekwizytów wykorzystywanych w czasie leczenia. Podczas trudnych procedur, takich jak napromienianie okolicy głowy, gdy konieczne jest wykonanie ciasnej maski z termoplastycznego tworzywa, można zaangażować dziecko do wykonania własnej zabawki z tego samego materiału. Gdy mały pacjent znajduje się w sterowni aparatu terapeutycznego, należy mu pokazać monitory, przez które technicy i rodzice będą go obserwować. Należy pozwolić dziecku, jeżeli zechce, na słuchanie ulubionej muzyki podczas napromieniania albo udostępnić rodzicom interkom, aby mogli mówić do unieruchomionego w trakcie badania dziecka. Można też dać mu jego ulubioną maskotkę, żeby była z nim w trakcie seansu. Ważnym elementem jest system nagradzania po każdej zakończonej sesji, na przykład wklejanie naklejek do zeszytu na zakończenie dziennej sesji terapeutycznej [17].

Poprawna komunikacja pacjenta w każdym wieku z technikiem radioterapii pozwala zminimalizować lęk

i cierpienie spowodowane ciężką chorobą i długotrwałym leczeniem [21]. Technicy radioterapii powinni być systematycznie szkoleni w zakresie technik komunikacji i powinni mieć podstawową wiedzę psychologiczną niezbędną do pracy z chorymi. Również edukacja pacjentów może przynieść korzyści w postaci poprawy zdolności radzenia sobie z sytuacjami trudnymi w trakcie leczenia oraz po jego zakończeniu, co może się przyczynić do zmniejszenia lęku pacjenta i prewencji utrwalonych zaburzeń lękowych [31].

Podsumowanie

Wyniki dotychczas przeprowadzonych badań dowodzą, że wiedza na temat radioterapii wśród pacjentów jest niepełna, dlatego ogromne znaczenie ma doskonale wyszkolony personel, którego zadaniem jest właściwie przekazać informacje dotyczące tej metody leczenia, nawiązać poprawny kontakt z pacjentem, tak aby cały proces leczenia przebiegał z jak najmniejszym obciążeniem psychicznym dla niego, a tym samym zmniejszyć lęk wywołany terapią. Technik radioterapii powinien dostarczyć informacji o zabiegu, który będzie wykonywał na pacjencie. Powinien określić swój udział w procedurze, potrafić umiejętnie odpowiadać na pytania, a w razie konieczności kierować osoby chore do właściwych specjalistów, jeżeli problem przekracza jego kompetencje.

Objawy zaburzeń lękowych i depresji — nasilone podczas radioterapii — mogą niekorzystnie wpływać na obraz kliniczny choroby oraz proces leczenia. Objawy te mogą być łagodzone dzięki zastosowaniu procedur zmniejszających lęk wśród pacjentów leczonych tą metodą. Można to osiągnąć, dbając o poprawną komunikację z pacjentem i zmniejszenie sytuacji lękotwórczych w procesie leczenia. W tym zakresie kluczową rolę mogą odgrywać technicy radioterapii, dlatego też specjaliści ci powinni być systematycznie szkoleni w zakresie komunikacji i umiejętności psychologicznych niezbędnych w kontakcie z chorym. Istnieje potrzeba zwiększania świadomości pacjentów na temat radioterapii oraz świadomości techników radioterapii w zakresie ich roli w prawidłowym leczeniu chorych. W tym celu niezbędne jest opracowanie programów szkolenia dla techników radioterapii z zakresu udzielania wiarygodnych informacji pacjentom, efektywnego komunikowania się z ciężko chorym pacjentem, radzenia sobie ze stresem, a także programów edukacyjnych dla chorych w każdym wieku.

Piśmiennictwo

1. Kawecki A., Radioterapia. W: Kułakowski A., Skowrońska-Gardas A. (red.). Onkologia podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003: 63.

2. Dyczka J., Jassem J., Fijuth J. Radioterapia nowotworów. W: Kordek R. (red.). *Onkologia — podręcznik dla studentów i lekarzy*. Via Medica, Gdańsk 2007: 79–87.
3. Muniz R.M., Zago M.M.F. The oncologic radiotherapy experience for patients: a poison-drug. *Rev. Lat. Am. Enfermagem* 2008; 16 (6): 998–1004.
4. Ossowska M., Majkovicz M. Obraz idealnego technika radioterapii w ocenie pacjenta. *Psychoonkologia* 2010; 2: 41–47.
5. Dilhuydy J.M., Hoarau H., Délices B.F., Bonichon N., Laporte C., Minsat M., Pontet N., Vorton L. The patient care experience in radiotherapy: perspectives for better patient support. *Cancer Radiother.* 2002; 6 (supl. 1): 19–206.
6. Halkett G.K., Kristjanson L.J. Patients' perspectives on the role of radiation therapists. *Patient Educ Couns.* 2007; 69 (1–3): 76–83.
7. Walczak M., Kułakowicz P. Rola technika elektroradiologii w procesie radioterapii. *Inżynier i fizyk medyczny*. 2012; 3 (1): 105–108.
8. Factors that impact on referral rates for radiotherapy. NSW Government of Health 2011: 1–22.
9. Matsuyama R.K., Lyckholm L.J., Molisani A., Moghanaki D. The value of an educational video before consultation with a radiation oncologist. *Journal of Cancer Education*. 2013; 28 (2): 306–313 .
10. Hawkins N. Palliative Radiotherapy for Bony Metastases: A qualitative, exploratory study of prostate patients and their families' expectations and lived experiences of palliative radiotherapy treatment. http://www.sor.org/system/files/article/201401/097_write_up_for_webpages.pdf.
11. Hammick M., Tutt A., Tait D.M. Knowledge and perception regarding radiotherapy and radiation in patients receiving radiotherapy: a qualitative study. *Eur. J. Cancer Care (Engl)*. 1998; 7 (2): 103–112.
12. Freudenberg L.S., Beyer T. Subjective Perception of Radiation Risk. *J. Nucl. Med.* 2011; 52 (supl. 2): 29S–35S.
13. Soum-Pouyalet F., Hubert A., Kantor G. Quality as Viewed and Lived by the Patient. W: Pawlicki T., Dunscombe P.B., Mundt A.J., Scalliet P. *Quality and Safety in Radiotherapy. Imaging in Medical Diagnosis and Therapy*. Taylor & Francis 2010; rozdz. 2: 7–10.
14. Hogle W.P. The state of the art in radiation therapy. *Semin. Oncol. Nurs.* 2006; 22 (4): 212–220.
15. Nijman J.L., Sixma H., van Triest B., Keus R.B., Hendriks M. The quality of radiation care: the results of focus group interviews and concept mapping to explore the patient's perspective. *Radiother. Oncol.* 2012; 102 (1): 154–160.
16. Ruppert R. Radiation Therapy 101, What you need to know to help cancer patients understand their treatment and cope with side effects. *American Nurse Today*. 2011; 6 (1): 24–29.
17. Leech M., Coffey M. Information and Support for Patients Throughout the Radiation Therapy Treatment Pathway. *Modern Practices in Radiation Therapy*. www.intechopen.com.
18. *Radiation Therapy and You*, National Cancer Institute, Support for People With Cancer, 2012; 1-800-4-Cancer (1-800-422-6237): 12–19.
19. Janaki M.G., Amrit R. Kadam, Mukesh S., Nirmala S., Arul Ponni, Ramesh B.S., Rajeev A.G. Magnitude of fatigue in cancer patients receiving radiotherapy and its short term effect on quality of life. *J. Cancer Res. Ther.* 2010; 6 (1): 22–26.
20. Bernay T., Porrath S., Golding J.M. Sensitizing radiation therapists to the psychological needs of cancer patients. *Patient Educ. Couns.* 1984; 5 (4): 179–182.
21. Merchant S. Exploring the interactions between radiation therapists and cancer patients: an ethnographic study. Curtin University, Faculty of Health Sciences, WA Centre for Cancer and Palliative Care/Curtin Health Innovation Research Institute. http://espace.library.curtin.edu.au:80/R?func=dbin-jump-full&local_base=gen01-era02&object_id=186154 186154.
22. Maguire P. Improving communication with cancer patients. *Eur. J. Cancer.* 1999; 35 (10): 1415–1422.
23. Halkett G., Merchant S., Jiwa M., Short M., Arnet H., Richardson S., Kearvell R., Carson S., Spry N., Taylor M., Kristjanson L. Effective communication and information provision in radiotherapy—the role of radiation therapists. *J. Radiother. Pract.* 2010; 9 (1): 3–16.
24. Fallowfield L., Jenkins V. Effective communication skills are the key to good cancer care. *Eur. J. Cancer* 1999; 35: 1592–1597.
25. Williams S.W., Hanson L.C., Boyd C. Communication, decision making and cancer: What African Americans want physicians to know. *J. Radiother. Pract.* 2008; 11 (27): 1221–1226.
26. Jankowiak B. *Komunikowanie z pacjentem onkologicznym*. W: Kwiatkowska A., Krajewska-Kułać E., Panka W. (red.). *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Czelej, Lublin 2003: 229–237.
27. Smith S.K., Zhu Y., Dhillon H.M., Milross C.G., Taylor J., Halkett G., Zilliacus E. Supporting patients with low health literacy: what role do radiation therapists play?. *Support Care Cancer*. 2013; 21 (11): 3051–3061. Doi: 10.1007/s00520-013-1875-7. Epub 2013 Jun 28.
28. Lewko J. *Komunikowanie z ludźmi starszymi*. W: Kwiatkowska A., Krajewska-Kułać E., Panka W. (red.). *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Czelej, Lublin 2003: 184–192.
29. Robinson T.E. 2nd, White G.L. Jr, Houchins J.C. Improving communication with older patients: tips from the literature. *Fam. Pract. Manag.* 2006; 13 (8): 73–78.
30. Makara-Studzińska M. *Komunikacja z pacjentem*. Czelej, Lublin 2012: 92.
31. Posma E.R., van Weert J.C.M., Jansen J., Bensing J.M. Older cancer patients' information and support needs surrounding treatment: An evaluation through the eyes of patients, relatives and professionals. *BMC Nursing*. 2009; 8 (1). Doi: 10.1186/1472-6955-8-1.