



Marta Kochan-Wójcik, Katarzyna Prokopowicz

Instytut Psychologii, Wydział Nauk Historycznych i Pedagogicznych Uniwersytetu Wrocławskiego

Pomoc psychologiczna dla pacjentów hemodializowanych — przykład dobrej praktyki współpracy między uczelnią a stacją dializ

Psychological help for hemodialysis patients — example of cooperation between the university and the dialysis station

ABSTRACT

The aim of the article is to demonstrate the cooperation between the Department of Psychology of University of Wrocław and Fresenius Nephrocare Dialysis Center in Wrocław. Psychology students (supervised by Doctors of Psychology) provided a psychological support for patients and dialysis center workers. The inspiration for this project were a psychological difficulties observed in

a group of patients. These problems are described in the first part of the article. This article analyzes solutions, which were developed in Dialysis Center and shows their strengths and weaknesses. These solutions could be a indication for further cooperation, which could be applied in other Dialysis Center.

Forum Nefrologiczne 2015, vol 8, no 2, 122–129

Key words: hemodialysis patients, psychological help

WSTĘP

Ze względów ekonomicznych, mimo licznych argumentów merytorycznych, pacjenci w polskich stacjach dializ rzadko są objęci pomocą psychologiczną. W takich realiach w 2011 roku pojawił się pomysł nawiązania współpracy między placówką świadczącą usługi medyczne dla osób z chorobami nerek — Centrum Dializ Fresenius we Wrocławiu — a Instytutem Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego (UWr)¹. Inicjatywa umożliwiła częściowe wypełnienie luki w dostępie

pacjentów do psychologicznej pomocy w taki jednak sposób, by korzyści ze współpracy dotyczyły obu stron — zarówno pacjentów i personel placówki medycznej, jak i studentów oraz wykładowców uniwersyteckich, sprzyjając utrzymaniu długoterminowej motywacji.

Wypracowane rozwiązanie zakładało przygotowanie od strony psychologicznej i zaproszenie do działalności wolontariackiej studentów IV i V roku psychologii UWr, których zadaniem miało być udzielenie psychologicznego wsparcia osobom hemodializowanym. W niniejszym artykule zaprezentowano

Adres do korespondencji:
dr Marta Kochan-Wójcik
Instytut Psychologii, Wydział Nauk
Historycznych i Pedagogicznych
Uniwersytet Wrocławski
ul. Dawida 1, 50–527 Wrocław
tel.: 71 367 20 01
e-mail: m.kochan-wojcik@psychologia.uni.wroc.pl

¹Z ramienia Instytutu Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego współpracę nawiązała dr Agnieszka Fornalczyk, następnie dołączyły do niej: dr Dagmara Lupicka-Szcześnik, dr Marta Kochan-Wójcik i dr Magdalena Ślęzyk-Sobol. Z ramienia Centrum Dializ Fresenius współpracę zainicjowała pielęgniarka oddziałowa stacji, Ewa Frątczak, którą natychmiast wsparła w inicjatywie dyrektor stacji, dr Maria Stanek-Piotrowska, oraz cały personel placówki.

efekty współpracy między placówką medyczną a uczelnią w tym zakresie. Jest to przykład tak zwanej dobrej praktyki, możliwej do realizacji także w innych instytucjach. W pierwszej części tekstu przybliżono specyfikę metod leczenia nerkozastępczego oraz psychologiczną charakterystykę pacjentów hemodializowanych, w drugiej zaś skupiono się na omówieniu wypracowanych rozwiązań oraz ich konsekwencji dla pacjentów, personelu medycznego i studentów psychologii.

HEMODIALIZA JAKO FORMA LECZENIA PRZEWLEKŁEJ NIWYDOLNOŚCI NEREK

Przewlekła niewydolność nerek stopniowo upośledza czynności tych narządów: chroniczny proces chorobowy niszczy ich strukturę. Stan, w którym nerki nie podejmują aktywności, zagraża życiu, dlatego konieczne jest zastosowanie jednej z dwóch form leczenia: transplantacji nerki lub dializoterapii. Dializoterapia to forma leczenia nerkozastępczego polegająca na usuwaniu produktów przemiany materii oraz toksyn z organizmu za pomocą błony otrzewnej pacjenta (dializa otrzewnowa) lub tak zwanej sztucznej nerki (hemodializa). Dializę otrzewnową uznaje się za najbardziej przyjazną dla chorego, ponieważ może być wykonywana w warunkach domowych, jednak z różnych powodów stosuje się ją u mniej niż 10% ogólnej liczby osób dializowanych [1]. Hemodializa należy natomiast do metod klasyfikowanych jako pozaustrojowe i wykorzystuje się ją najczęściej. Ponieważ jest przeprowadzana wyłącznie w warunkach szpitalnych, uważa się ją za bardziej uciążliwy sposób terapii nerkozastępczej. Pacjenta podłącza się do sztucznej nerki trzy razy w tygodniu, ale częstotliwość ta może być ze wskazań medycznych modyfikowana. W trakcie i po zabiegu pojawiają się często skutki uboczne: świąd skóry, niedociśnienie tętnicze, kurcze mięśni, bóle pleców, głowy czy klatki piersiowej [2]. Długotrwałe stosowanie tej formy leczenia skutkuje również szeregiem powikłań somatycznych: niedoborami odpornościowymi, infekcjami, zmianami w układzie kostno-stawowym, hormonalnym, neurologicznym i sercowo-naczyniowym [3, 4], oraz psychicznych: pogorszeniem funkcjonowania poznawczego, zmianami w ekspresji emocji i osobowości [5]. Mimo tak poważnych skutków ubocznych należy zaznaczyć, że ta forma leczenia jest dla wielu pacjentów jedyną szansą na dalsze życie.

Przewlekła niewydolność nerek stanowi poważne źródło stresu dla chorego. Obszary problemowe wynikają po pierwsze z nagłej konfrontacji z rozpoznaniem choroby i wizją jej nieuleczalności, po drugie — są konsekwencją codziennej uciążliwości samej terapii oraz doświadczania przez pacjenta skutków ubocznych leczenia i chorób współtowarzyszących. Po trzecie — problemy wiążą się z doświadczaniem rzeczywistych zmian w dotychczasowym życiu. Wynikają one ze znacznego ograniczenia lub nawet rezygnacji z pełnienia dotychczasowych ról społecznych: zawodowych, rodzinnych, towarzyskich, a także z konieczności stosowania farmakoterapii i ścisłej diety, istotnie redukującej spożycie płynów. Wszystkie te czynniki prowadzą do psychologicznego kryzysu, z którym chory musi się zmierzyć.

Skutkiem radzenia bądź właśnie nieradzenia sobie z taką sytuacją jest obserwowane u pacjentów hemodializowanych obniżone poczucie jakości życia [2, 6–8]. Jak podaje Gulin i wsp. [9], pacjenci dializowani mają tendencje do zamykania się w sobie, zakres ich zainteresowań się zawęża, odczuwają niepokój, są przewrażliwieni, mają zmienne nastroje. Bereza [10], próbując zidentyfikować źródła niepokoju, ustaliła, że dotyczy on najczęściej poczucia straty wynikającego z nieprawidłowego funkcjonowania ciała i odczuwania nieprzewidywalności stanu własnego zdrowia oraz skutków leczenia. Ponadto niepokoje związane są z samą procedurą leczenia i reżimem mu towarzyszącym. Pacjenci czują się osamotnieni i martwią się o los osób najbliższych. Lew i Piraino [11] zwracają też uwagę na dyskomfort chorych wynikający z utraty niezależności, pogorszenia sytuacji materialnej czy też trudności w sferze seksualnej. Choroba wyzwała w nich poczucie bezradności, a do świadomości gwałtownie przebija się lęk przed śmiercią, z którym często nie potrafią sobie poradzić. U niektórych pacjentów pojawiają się w związku z tym myśli samobójcze, wyrażające się w najczęściej w biernych zachowaniach, takich jak opuszczanie zabiegów medycznych czy niestosowanie się do zaleceń lekarskich [12]. U innych chorych przeradzają się one w depresję, zaburzenia lękowe, uzależnienie od leków i alkoholu [13]. Ponieważ zdrowie psychiczne idzie w parze z fizycznym zdrowiem pacjenta, chorzy z większym nasileniem objawów depresyjnych i niższym poczuciem jakości życia mają gorsze parametry medyczne i w konsekwencji częściej korzystają z hospitalizacji [11].

▶▶ Przewlekła niewydolność nerek stanowi poważne źródło stresu dla chorego ◀◀

▶▶Psychologiczne konsekwencje choroby mają duży wpływ na jakość leczenia, czyli gotowość i zaangażowanie chorego w proces terapeutyczny oraz jego współpracę z personelem medycznym◀◀

Trudna sytuacja osób z trwałą niewydolnością nerek odbija się także na relacjach z personelem medycznym, prowadzącym i nadzorującym proces leczenia. Dializowani pacjenci kontrolę nad własnym zdrowiem upatrują głównie w działaniach lekarzy [14]. Oczekują od nich aktywności, skutecznych procedur medycznych i jednocześnie obarczają winą za przeżywane podczas leczenia niedogodności, a własną bierność usprawiedliwiają [9]. Obwinianie personelu medycznego za własne złe samopoczucie i narastająca frustracja, jakiej doświadcza pacjent, sprzyjają przeżywaniu większej ilości złości i wzmagają niechęć do współpracy. W efekcie pacjenci są nie tylko nieprzyjemni dla personelu medycznego, lecz także opornie stosują się do zaleceń lekarskich, których powinni przestrzegać poza szpitalem, mianowicie diety, badań profilaktycznych czy regularnego przyjmowania leków. Stają się zobojeźniali na własny los [15].

Psychologiczne konsekwencje choroby — jej postrzeganie, wyjaśnianie, emocjonalne przeżywanie i sposób, w jaki pacjent sobie z nią radzi — mają duży wpływ na jakość leczenia, czyli gotowość i zaangażowanie chorego w proces terapeutyczny oraz jego współpracę z personelem medycznym. Zasadne staje się więc włączenie pomocy psychologicznej na różnych etapach leczenia: w fazie osvajania się z chorobą, leczenia oraz decydowania o zmianach form terapii (np. decyzji o przejściu na hemodializę lub o transplantacji).

Wniosek ten potwierdzają zarówno teoretycy, jak i praktycy: psychologowie oraz przedstawiciele różnych szczebli personelu medycznego sprawującego opiekę nad pacjentami [8, 15–19]. Co więcej, spostrzeżenia te mają również potwierdzenie empiryczne. Tsay i wsp. [19] przeprowadzili eksperyment, w którym podzielili osoby dializowane na dwie grupy. Jedna z nich poza rutynowym oddziaływaniem medycznym uczestniczyła dodatkowo w ośmiotygodniowym treningu radzenia sobie ze stresem. W porównaniu z grupą kontrolną zanotowano w niej poprawę w zakresie postrzegania stresu, obniżenie wskaźników depresji oraz wzrost odczuwanej jakości życia. Podobne wyniki przedstawił Cook [20], wskazując, że programy edukacyjne i wsparcie psychologiczne przyczyniają się do poprawy samopoczucia i dobrostanu zarówno pacjentów, jak i ich rodzin. Ciekawą propozycję działań zaproponowała Leung [21], według której psychologiczna interwencja powinna zostać podjęta już na etapie rozpoznania choroby. Należy wtedy

szczegółowo informować pacjenta o chorobie, przebiegu leczenia i progresji objawów. Kolejnym krokiem jest analiza potrzeb, identyfikacja problemów i zasobów chorego. Na tej podstawie należy ułożyć indywidualny plan pomocy. Udzielane wsparcie powinno opierać się na maksymalizowaniu siły i zasobów pacjenta, a szereg interwencji — obejmować programy edukacyjne, motywacyjne, wzmacniania samooceny oraz nauki samoobserwacji. Leung wskazuje przy tym, że wsparcie psychologiczne powinno być również dostępne dla rodzin borykających się ze zmianami, jakie niesie za sobą choroba jednego z jej członków, oraz dla personelu medycznego, konfrontującego się na co dzień z trudnymi postawami i emocjonalnymi reakcjami pacjentów.

Jak wspomniano we wstępie, mimo że uznano argumenty merytoryczne, ze względów ekonomicznych w polskich stacjach dializ pacjenci rzadko objęci są pomocą psychologiczną, a obecność etatowego psychologa jest wciąż rzadkością. O ile zaakceptowano konieczność włączenia tej formy pomocy do terapii pacjentów onkologicznych, o tyle trudno o zrozumienie i przyjęcie w środowisku zarządzającym placówkami medycznymi podobnych argumentów w odniesieniu do pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek oraz pacjentów borykających się z innymi przewlekłymi chorobami, uciążliwie determinującymi ich zdrowie i życie. Problem dostrzegany jest natomiast przez mający bezpośredni kontakt z pacjentami personel medyczny, poszukujący w tych warunkach dostępnych rozwiązań i możliwości uzyskania wsparcia psychologicznego dla swoich pacjentów. W takich okolicznościach podjęte zostały rozmowy o współpracy między Centrum Dializ Fresenius we Wrocławiu a Instytutem Psychologii UW. Zaproponowano, aby do działalności wolontariackiej na terenie placówki zaprosić studentów ostatnich lat psychologii, których merytorycznie przygotowaliby i nadzorowali pracownicy uczelni.

WSPÓŁPRACA UCZELNI Z PLACÓWKĄ MEDYCZNĄ

Specyfika działania placówki i procesu leczenia, jakiemu poddawani są pacjenci stacji, determinowała sposób realizacji wolontariatu. W ośrodku hemodializowanych jest łącznie około 130 pacjentów, nad którymi opiekę sprawuje personel medyczny. Dializy odbywają się od poniedziałku do soboty w ramach trzech zmian: porannej, popołudniowej oraz wieczor-

nej, w godzinach od 7 do 23. Przeciętna jednorazowa dawka dializy wynosi 4 godziny (12 godz. tygodniowo) i jest modyfikowana w zależności od stanu pacjenta. Dojazd do stacji, czynności przygotowawcze i zabieg hemodializy trwają łącznie około 6 godzin. Podczas każdego zabiegu pacjenci po podłączeniu do maszyn dializujących spędzają około 4 godzin w pozycji siedzącej lub leżącej, z zaleceniem wykonywania jak najmniejszej liczby ruchów kończyną, na której został wytworzony dostęp naczyniowy. Sesje dializacyjne odbywają się w dwóch salach dializ na specjalnych stanowiskach zgodnie ze statusem wirusologicznym pacjenta.

Na spotkania z wolontariuszami zdecydowano się wykorzystać czas, w którym pacjenci podłączeni byli do maszyn dializujących, mimo że w tych warunkach nie dało się zapewnić rozmówcom pełnej prywatności. Niestety, umawianie się z pacjentami na rozmowy po zabiegu zaburzało logikę transportu innych chorych (grupowy transport na zabiegi zapewniała stacja dializ). Z kolei rozwiązanie polegające na tym, aby osoby dializowane miały przyjeżdżać osobno na spotkania, było dla chorych czasowo i fizycznie zbyt obciążające. Wolontariat planowano w taki sposób, aby podczas jednej zmiany zabiegowej na sali przebywało około dwóch–trzech studentów, a świadczona pomoc nie zakłócała podstawowych działań personelu ani odpoczynku pozostałych chorych.

Zadania wolontariatu należało dopasować także do możliwości i kompetencji podejmujących je studentów IV i V roku psychologii². Celem ich działań było zainicjowanie kontaktu z pacjentami stacji i zaproponowanie indywidualnej rozmowy na dowolny temat. W założeniu miały być to rozmowy wspierające, ukierunkowane na poszukiwanie i akcentowanie osobistych zasobów pacjentów, mogących im pomóc w radzeniu sobie z chorobą. Ich czas był ograniczony trwaniem zabiegu medycznego, samopoczuciem chorych i samych wolontariuszy. Student po nawiązaniu dyskusji miał podążać za swoim rozmówcą, tworząc przyjazną i bezpieczną przestrzeń do wypowiedzi (nie prowadził konsultacji psychologicznych ani interwencji psychoterapeutycznych, choć na prośbę pacjenta przekazywał informacje o miejscach i możliwościach skorzystania z takich form pomocy). Przed rozpoczęciem wolontariatu odbyło się szkolenie, na którym studenci zapoznawali się z zasadami działania placówki,

etyką pracy psychologa, regułami budowania kontaktu z pacjentem oraz prowadzenia dokumentacji własnej pracy. Byli również wyczulani na obserwowanie pacjentów pod kątem niepokojących psychologicznie objawów, które później omawiano podczas regularnych superwizji u pracowników uczelni. Jeśli istniały podstawy do postawienia hipotezy o zaburzeniu psychicznym u któregoś z pacjentów (np. depresji), informacje były przekazywane przez studenta i jego uczelnianego opiekuna wyznaczonej osobie z personelu medycznego stacji.

Początek współpracy okazał się trudny dla obu stron. W zachowaniu chorych widoczna była nieufność i lęk przed kontaktem ze studentem psychologii. Część pacjentów wyrażała niechęć do wchodzenia w rolę „królików doświadczalnych dla uczących się studentów”. Studenci mierzyli się z kolei z przełamaniem własnych oporów w proponowaniu rozmowy pacjentom i jej prowadzeniu. Dla wielu z nich trudna okazała się także konfrontacja z placówką, sprzętem medycznym oraz konsekwencjami przewlekłej choroby somatycznej. Stopniowo jednak bariery opadały, a pacjenci decydowali się na podjęcie rozmowy z wolontariuszami. Początkowo dyskusje dotyczyły stanu zdrowia (sposobów radzenia sobie z chorobą nerek, chorobami współtowarzyszącymi), następnie sytuacji rodzinnej. Starsze osoby chętnie wracały także do wspomnień z przeszłości.

W kolejnych rozmowach pacjenci byli coraz bardziej otwarci i oczekiwali na przyście wolontariuszy. Dotyczyło to zwłaszcza tych osób, które samotnie borykały się z chorobą i nie miały satysfakcjonujących kontaktów z rodziną. Chorzy deklarowali, że po zakończonej rozmowie ich samopoczucie się poprawiało, a sam zabieg i towarzyszące mu odczucia bólowe były mniej uciążliwe. Ich obserwacje potwierdzał personel stacji, który zauważał stopniową poprawę stanu psychicznego pacjentów, lepszą współpracę podczas zabiegów i zmniejszenie ilości przyjmowanych środków przeciwbólowych. Stopniowo pacjenci coraz chętniej korzystali z obecności wolontariuszy. Niektórzy zgłaszali chęć spotkania ze studentami personelowi medycznemu, a ten kierował tam dyżurujących wolontariuszy albo wskazywał pacjentów, którzy danego dnia gorzej funkcjonowali psychicznie.

Udana współpraca wolontariuszy, pacjentów i personelu stacji poskutkowała kolejny-

►►Chorzy deklarowali, że po zakończonej rozmowie ich samopoczucie się poprawiało, a sam zabieg i towarzyszące mu odczucia bólowe były mniej uciążliwe◀◀

²Decydujący się na taką formę doświadczeń studenci realizowali je w ramach współpracy z Pracownią Konsultacji i Poradnictwa Psychologicznego Instytutu Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego, w ramach modułu edukacyjnego dotyczącego praktycznych aspektów udzielania pomocy psychologicznej lub w ramach praktyk zawodowych.

ANALIZA ROZWIĄZAŃ

mi działaniami. W 2012 roku sześć studentek należących do zespołu Pracowni Konsultacji i Poradnictwa Psychologicznego zostało wybranych, aby pomóc 12 pacjentom stacji, wobec których świadczenie medycznej pomocy było wyjątkowo skomplikowane ze względu na wrogość w stosunku do personelu stacji. Wolontariuszki przeprowadziły z chorymi rozmowy, których celem miało być lepsze zrozumienie ich postawy i wypracowanie wskazówek dla personelu medycznego, ułatwiających radzenie sobie z trudnościami, jakie napotykały w kontakcie z tymi chorymi. Studentki po nawiązaniu rozmowy miały zadać otwarte pytania dotyczące wątpliwości i obaw pacjentów związanych z chorobą i procesem leczenia, porozmawiać o zasobach (rodzinnych i zawodowych), z jakich chorzy mogą obecnie korzystać, a także o ich oczekiwaniach względem każdego z tych obszarów. Tylko jedna z pacjentek odmówiła kontaktu z wolontariuszką. U pozostałych widoczna złość na otoczenie związana była z niepokojem się z chorobą, wynikała z wymuszonej rezygnacji z odgrywanych wcześniej ról społecznych lub przeżywania licznych objawów chorób współtowarzyszących, uciążliwości samej dializoterapii i rygoru dietetycznego. U jednego z pacjentów zaobserwowano objawy depresyjne i zaproponowano mu konsultację psychiatryczną. U czwórki chorych z kolei napięcie w relacjach z personelem stacji wynikało z odmowy wpisania się na listę oczekujących na przeszczep mimo braku przeciwwskazań medycznych. Pacjenci ci wykazywali lęk powodowany wizją zabiegu, jego powikłaniami i możliwością odrzucenia przeszczepu przez organizm. Na podejmowane przez personel próby rozmowy o transplantacji reagowali wycofaniem z kontaktu lub napięciem i złością. Sformułowane na zakończenie rozmów indywidualne wskazówki dla pacjentów i personelu zostały przekazane zainteresowanym stronom. Pracowników stacji poinformowano także, że smutek czy złość pacjentów kierowane na otoczenie są sposobem na odreagowanie napięcia wynikającego z nieradzenia sobie z chorobą i jej konsekwencjami. Dzięki temu mogli nabrać dystansu do reakcji pacjentów i lepiej radzić sobie z ich emocjami.

W okresie obejmującym współpracę (3 lata) w wolontariacie wzięło udział blisko 180 studentów realizujących indywidualnie od 15 do 150 godzin dydaktycznych wolontariatu. Można zatem powiedzieć o przeprowadzeniu blisko 4000 godzin spotkań z osobami dializowanymi.

Pomysł zaangażowania studentów ostatnich lat psychologii jako wolontariuszy wspierających pacjentów hemodializowanych należy uznać za udany. Zyskali na tym pacjenci, personel stacji i sami studenci.

Pacjenci, uczestnicząc w rozmowach, mogli nie tylko lepiej znosić hemodializę, lecz także dzielić się swoimi refleksjami i emocjami z osobami poświęcającymi im czas, uwagę i chcącymi je wysłuchać. Dla wielu starszych pacjentów były to nieliczne na obecnym etapie życia doświadczenia rozmowy z drugim człowiekiem zainteresowanym ich osobą, gotowym pobyć przy ich łóżku i wysłuchać historii życiowych. Jedno-, a czasem dwupokoleniowa różnica wieku między studentami a pacjentami wzmacniała zaciekawienie obu stron perspektywami postrzegania życia, choroby i bieżących spraw. Ukierunkowanie kontaktu na poszukiwanie i wzmacnianie zasobów osobistych pacjentów sprzyjało również lepszemu radzeniu sobie przez nich z chorobą lub przynajmniej z procesem leczenia. Działania te są zgodne z podejściem proponowanym przez Leung [21], akcentującym istotną rolę zwiększania pracy nad zasobami pacjenta podczas kontaktu z osobami przewlekłe chorymi.

Studenci, podsumowując doświadczenia z wolontariatu, oceniali je (poza dwoma wyjątkami) pozytywnie. Wskazywali na zmianę swojego sposobu myślenia o relacji z pacjentami, lepsze rozumienie ich perspektywy i refleksję nad własnym stanem zdrowia oraz celami życiowymi. Jako osobistą korzyść z wolontariatu wymieniali przełamanie lęku przed inicjowaniem kontaktu i prowadzeniem rozmowy z realnym (nie zaś odgrywanym przez kolegów z grupy podczas zajęć ćwiczeniowych) pacjentem. Konfrontowali się także z trudnymi dla młodych ludzi, a obecnymi w praktyce psychologicznej tematami podejmowanymi przez pacjentów, takimi jak: cierpienie, ból, choroba, bezradność, lęk, śmierć. Trenowali w ten sposób podstawowe kompetencje zawodowe, a zdobyte refleksje pozwalały na uświadomienie sobie, dlaczego w problematycznych sytuacjach reagowali tak, a nie inaczej (unikanie, ucieczka od trudnego tematu, irytacja, złośczenie się lub nadmiarowa chęć pomagania pacjentowi i ratowania go). Opieka merytoryczna pracowników uczelni zwiększała u wolontariuszy poczucie bezpieczeństwa, ukierunkowywała ich działania i pomagała poszerzać perspektywy

►►W okresie obejmującym współpracę (3 lata) w wolontariacie wzięło udział blisko 180 studentów realizujących indywidualnie od 15 do 150 godzin dydaktycznych wolontariatu◀◀

rozumienia siebie, drugiego człowieka oraz przeżywania w kontakcie z nim emocji.

Z kolei personel stacji wskazywał, że dzięki obecności studentów obniżało się napięcie u indywidualnych pacjentów, co sprzyjało prawie samopoczucia całej dializowanej zmiany chorych i ułatwiało pracę całemu personelowi stacji. Pomagało to również pracownikom zmniejszyć wewnętrzne napięcie wynikające z dotychczasowego konfliktu czasowego między wypełnianiem swoich obowiązków zawodowych a ludzkim, życzliwym podążaniem za potrzebami pacjentów: wchodzeniem w dłuższe rozmowy, okazywaniem większej uwagi i zainteresowania. Personel mógł w związku z tym swobodniej wykonywać swoją pracę, a wymagające więcej czasu towarzyszenie pacjentom — pozostawić wolontariuszom. Dzięki wskazówkom płynącym z rozmów ze studentami pracownicy mogli także lepiej rozumieć perspektywę niektórych chorych i bardziej się dystansować wobec emocjonalnych zaczepek i trudnych zachowań pacjentów.

Współpraca uczelni ze stacją dializ miała oczywiście także swoje słabe strony. Dla pacjentów obszar problemowy stanowiła przede wszystkim wymiennosc wolontariuszy. Mimo że część studentów przebywała w placówce przez kilka miesięcy, większa grupa realizowała wolontariat tylko przez kilka (cztery–osiem) spotkań. Oznaczało to, że pacjenci nie mogli wejść w trwalszy kontakt z wolontariuszami. Z perspektywy studentów dłużej przebywających w stacji było to jednak rozwiązanie sprzyjające jasności relacji i klarowności roli, jaką odgrywali. W przypadku liczniejszych spotkań pacjenci, zwłaszcza ci, którzy nie mieli poza placówką satysfakcjonujących kontaktów społecznych, zaczęli traktować wolontariuszy jak osoby sobie bliskie. Co za tym idzie — oczekiwali stałego i coraz głębszego zaangażowania w relację. W studentach wzbudzało to mieszane uczucia: poczucie winy i napięcie, które omawiane były niejednokrotnie podczas spotkań superwizyjnych. Pozwalało to odkryć różne motywy uczestnictwa studentów w wolontariacie. Wymiennosc wolontariuszy wzbudzała także złość u części pacjentów, którzy z tego powodu odmawiali spotkań i rozmów ze studentami lub pozostawali w nich zamknięci i powierzchowni. Studenci musieli zatem zadbać o to, aby ich rola była w placówce klarowna, zwłaszcza gdy przedstawiali się pacjentom i proponowali im rozmowę, oraz uważać na granice budowanej z chorymi relacji i ich delikatną równowagę.

Wielość osób zaangażowanych w rozmowy z pacjentami miała też kilka zalet. Różne osobowości studentów sprzyjały dopasowaniu się do różnych osobowości pacjentów. Kiedy wolontariusze rozpoczynali pracę w stacji, nie mieli wiedzy o pacjentach, nie posługiwali się zatem etykietami i byli otwarci na kontakt ze wszystkimi. W efekcie chorzy, którzy początkowo odmawiali współpracy z wolontariuszami, podejmowali ją przy którejś kolejnej próbie. Początkowe działania studentów, poza pierwszym lękiem, cechował za każdym razem duży zapał i zaangażowanie, co sprzyjało jakości kontaktów z pacjentami. Oczywiście mankamentem tego układu był brak doświadczenia studentów w zakresie psychologicznych działań wobec osób chorych somatycznie, a także brak możliwości formułowania psychologicznych diagnoz lub prowadzenia interwencji psychoterapeutycznych. Rozwiązaniu tej kwestii służył do pewnego stopnia superwizyjny nadzór pracowników uczelni nad studentami, ale nawet w takim układzie brak doświadczonego psychologa w placówce stanowił wyraźną lukę.

WSKAZANIA NA PRZYSZŁOŚĆ

Współpraca pomiędzy uczelnią a stacją dializ Fresenius okazała się bardzo owocna, dlatego też jest kontynuowana. Pomimo swojej specyfiki i początkowych trudności przynosi wyraźną korzyść pacjentom, personelowi medycznemu oraz studentom psychologii. Wydaje się, że jest to też pewne rozwiązanie kwestii braku możliwości zatrudnienia psychologa jako etatowego pracownika placówki. Należy jednak pamiętać, że studenci psychologii mogą podejmować w stacji dializ wyłącznie działania wspierające, czasem kończące się przeprowadzeniem konsultacji psychologicznej. Ich pracę powinien kontynuować doświadczony psycholog, który mógłby zaproponować pacjentom wybranym na podstawie informacji od studentów inne formy pomocy, takie jak: pogłębiona diagnoza, interwencja terapeutyczna, wsparcie w sytuacji przygotowania do zabiegu transplantacji lub zmiany formy leczenia, a także systemowa konsultacja z uwzględnieniem kontekstu rodzinnego pacjenta. Po przebyciu cyklu spotkań z wolontariuszami kilkunastu pacjentom zaoferowano takie rozwiązania, wskazując przy tym ośrodki i miejsca, w których mogli uzyskać nieodpłatną pomoc psychologiczną blisko ich miejsca zamieszkania. Poza jedną osobą chorzy niestety nie skorzystali z propozycji. Tłumaczyli to względami organizacyj-

▶▶Pracę studentów powinien kontynuować doświadczony psycholog, który mógłby zaproponować pacjentom inne formy pomocy psychologicznej◀◀

nymi — obciążenie leczeniem nerkozastępczym i jego konsekwencjami uniemożliwiało znalezienie czasu i transportu do placówek świadczących pomoc psychologiczną. Z tych właśnie powodów konieczne jest zorganizowanie takiej formy pomocy w prowadzącej pacjenta placówce medycznej, o co autorki niniejszego tekstu stale postulują, napotykając jednak wciąż nieprzekraczalne bariery ekonomiczne.

Wśród planowanych kierunków współpracy placówki i uczelni na kolejne lata znajduje się przygotowanie zajęć psychoedukacyjnych oraz grupy wsparcia dla rodzin osób dializowanych. Początkowe działania nastawione będą jednak na stopniowe przełamywanie barier między członkami rodzin pacjentów a wolontariuszami, aby stworzyć przestrzeń do dialogu. Posłuży temu akcja informacyjna oraz

inicjatywa otwartych wykładów i warsztatów poświęconych tej tematyce. Kolejne kwestie, nad którymi trzeba się pochylić, to udzielenie psychologicznego wsparcia pacjentom podejmującym decyzję o poddaniu się transplantacji nerki i zmuszonym do uporania się z jej konsekwencjami, a także pomoc personelowi medycznemu w radzeniu sobie z wypaleniem zawodowym i komunikacją z tak zwanymi trudnymi pacjentami. Autorki niniejszej pracy mają nadzieję, że w którymś momencie współpracy podjęte zostaną próby rozwiązania również tych problemów. Trzeba podkreślić, że o sukcesie prowadzonych działań decyduje w dużej mierze postawa pracowników placówki: ich nieustająca otwartość i życzliwość zwiększa zaangażowanie zarówno wykładowców, jak i chcących zdobywać praktyczne doświadczenie studentów psychologii.

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest zaprezentowanie współpracy między Instytutem Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego a Centrum Dializ Fresenius Nephrocare we Wrocławiu. Polegała ona na udzielaniu przez studentów psychologii (pod merytoryczną opieką wykładowców) pomocy psychologicznej pacjentom i pracownikom stacji dializ. Impulsem do podjęcia działań w tej grupie był szereg ob-

serwowanych trudności psychologicznych, które opisano w pierwszej części tekstu. W artykule dokonano także analizy wypracowanych rozwiązań: wskazano ich mocne i słabe strony oraz kierunki dalszej współpracy, co może stanowić inspirację dla innych instytucji o podobnym profilu działalności.

Forum Nefrologiczne 2015, tom 8, nr 2, 122–129

Słowa kluczowe: pacjenci hemodializowani, pomoc psychologiczna

Piśmiennictwo

1. Lichodziejewska-Niemierko M. Czy i jak rozwijać dializoterapię otrzewnową w Polsce? *Forum Nefrologiczne* 2008; 1: 7–12.
2. Rutkowski B., Nowaczyk R., Mierzicki P., Majkovicz M., Sułowicz W. Jakość leczenia a jakość życia w polskich ośrodkach hemodializy w 2005 roku. Część III. Jakość życia. *Nefrologia i Dializoterapia Polska* 2008; 12: 65–80.
3. Bereza B. Doświadczenie własnej choroby przez pacjentów dializowanych. *Towarzystwo Naukowe KUL i Katolicki Uniwersytet Lubelski im. Jana Pawła II, Lublin* 2009.
4. Grochanas E., Schneider D., Szkup-Jabłońska M. i wsp. Ocena czynników wpływających na odczuwanie komfortu i dyskomfortu chorych dializowanych z wykorzystaniem teorii Katharine Kolcaby. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012; 20: 1–7.
5. Trzcńska M. Psychologiczne problemy pacjentów przed transplantacją i po transplantacji nerki. *Nowiny Psychologiczne* 2002; 2: 51–61.
6. Bereza B. Ocena nastroju pacjentów w terminalnej fazie choroby nerek. *Nefrologia i Dializoterapia Polska* 2007; 11: 40–44.
7. Majkovicz M., Afeltowicz Z., Dębska-Slizień A., Lichodziejewska-Niemierko M., Rutkowski B. Jakość życia chorych hemodializowanych, dializowanych otrzewnowo oraz pacjentów onkologicznych. *Psychoonkologia* 1999; 4: 53–63.
8. Misiewicz A., Różański J., Marchelek-Myśliwiec M., Wiśniewska M. Problemy psychospołeczne chorych przewlekle dializowanych. *Postępy Nauk Medycznych* 2010; 3: 188–191.
9. Gulin W., Ostrowski J., Rutkowski B. Obraz siebie osoby w sytuacji choroby przewlekłej. *Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy Nauki o Edukacji* 2012; 5: 31–45.
10. Bereza B. Źródła niepokoju pacjentów długotrwale hemodializowanych. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2007; 1: 8–14.
11. Lew S.Q., Piraino B. Psychosocial factors in patients with chronic kidney disease: Quality of Life and Psychological Issues in Peritoneal Dialysis Patients. *Seminars in Dialysis* 2005; 18: 119–123.
12. de Sousa A. Psychiatric issues in renal failure and dialysis. *Indian Journal of Nephrology* 2008; 18: 47–50.
13. Trędzbor B., Piekarska-Bugiel K., Kucia K., Giemza G., Stepańczak R. Wątpliwości prawne dotyczące przyjęcia bez zgody pacjentki przewlekle dializowanej — opis przypadku. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2008; 17: 251–253.
14. Billington E., Simpson J., Unwin J., Bray D., Giles D. Does hope predict adjustment to end-stage renal failure and consequent dialysis? *British Journal of Health Psychology* 2008; 13: 683–699.

15. Wiśniewska L., Paczkowska B., Białobrzaska B. Zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne wśród pacjentów leczonych nerkozastępczo. *Forum Nefrologiczne* 2010; 3: 63–70.
16. Finnegan-John J., Thomas V.J. The Psychosocial Experience of Patients with End-Stage Renal Disease and Its Impact on Quality of Life: Findings from a Needs Assessment to Shape a Service. *ISRN Nephrology* 2013; ID 308986.
17. Levy J.B., Chambers E.J., Brown E.A. Supportive care for the renal patient. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2004; 19: 1357–1360.
18. Plantinga L.C., Fink N.E., Harrington-Levey R. i wsp. Association of Social Support with Outcomes in Incident Dialysis Patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 2010; 5: 1480–1488.
19. Tsay S.L., Lee Y.Ch., Lee Y.Ch. Effects of an adaptation training programme for patients with end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 50: 39–46.
20. Cook S. Psychological and educational support for CAPD patients. *British Journal of Nursing* 1995; 4: 809–828.
21. Leung D.K.C. Psychosocial aspects in renal patients. *Peritoneal Dialysis International* 2003; 23: 90–94.