

Wpływ kształcenia z zakresu medycyny paliatywnej na sposób postrzegania opieki paliatywnej przez studentów kierunku lekarskiego

The impact of palliative medicine education on medical students' perception of palliative care

Leszek Pawłowski, Anna Wyszadko, Justyna Janiszewska, Tomasz Buss, Aleksandra Modlińska, Magdalena Osowicka, Agnieszka Stankiewicz, Monika Lichodziejewska-Niemierko

Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

Psychoonkologia 2015, 1: 19–26

Adres do korespondencji:

dr Leszek Pawłowski
Zakład Medycyny Paliatywnej
Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Dębinki 2, 80-211 Gdańsk
e-mail: lpawlowski@gumed.edu.pl

Streszczenie

Wstęp: Medycyna paliatywna została zaliczona do koniecznych elementów treści programu nauczania przyszłych lekarzy, zgodnie z obowiązującymi w Polsce standardami kształcenia dla kierunku lekarskiego. Kształcenie w tym zakresie powinno obejmować wiedzę z zakresu przyczyn, objawów, zasad diagnozowania i postępowania terapeutycznego w najczęstszych problemach medycyny paliatywnej, zasad postępowania paliatywnego z pacjentem w stanie terminalnym oraz regulacji prawnych z tego zakresu.

Celem pracy było ustalenie wpływu kształcenia studentów w zakresie medycyny paliatywnej na zmianę sposobu postrzegania przez nich sytuacji chorych przewlekle.

Materiał i metody: W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był anonimowy kwestionariusz skierowany do studentów VI roku studiów na kierunku lekarskim. Ankietę przeprowadzono przed rozpoczęciem tygodniowego cyklu zajęć z przedmiotu „medycyna paliatywna”, a następnie uczestnicy ponownie wypełniali taki sam kwestionariusz po zakończeniu tego cyklu.

Wyniki: W badaniu wzięło udział 139 osób nieuczestniczących jeszcze w zajęciach i 99 osób po zakończeniu cyklu zajęć. Respondenci po zajęciach wyrazili przekonanie o większej skuteczności łagodzenia bólu u chorych w opiece paliatywnej niż badani przed zajęciami. Ponadto, według ich opinii wyrażonych po zajęciach, objęcie chorego opieką paliatywną pozwala na rozwiązywanie problemów psychologicznych, socjalnych i duchowych chorych w większym stopniu, niż wskazywali przed zajęciami. Wzrosła liczba badanych, którzy nie akceptują uporczywej terapii. Studenci po zajęciach wskazywali na wyższy stopień wsparcia dla rodzin chorych w opiece paliatywnej niż przed zajęciami.

Wnioski: Kształcenie studentów kierunku lekarskiego w zakresie medycyny paliatywnej prowadzi do zmiany postrzegania opieki paliatywnej i dostrzegania korzyści, jakie przynosi ona chorym i ich rodzinom.

Abstract

Introduction: According to Polish law palliative medicine has been included in the compulsory topic of medical education. The Department of Palliative Medicine of Medical University in Gdansk, since its establishment in 1995 provides training in palliative medicine for medical students. These classes include 10 hours of seminars and 20 hours of practical training, part of which takes place in hospices.

The aim of this study was to estimate the impact of education in palliative care on students' perception of the situation of chronically ill people.

Material and methods: The diagnostics survey was applied. Students of the 6th year of medical education filled in the anonymous questionnaires before (139) and after (99) one-week palliative medicine classes.

Results: After classes respondents believed that pain management in palliative patients can be more effective, than they estimated week before. Moreover they claimed that providing patients with palliative care allows to solve physical, social, psychological and spirituals problems to extent estimated higher than before palliative medicine classes. The number of respondents who do not approve continuing futile therapy in terminal patients increased from 57% to 74% after classes, and the percentage of students who accept such proceeding decreased from 27% to 12%. After classes students indicated that the support for families of palliative patients is more important than they had previously thought.

Conclusions: Teaching palliative medicine to medical students leads to changes in perceiving palliative care and appreciating benefits it gives to patients and their families.

Słowa kluczowe: medycyna paliatywna, studenci medycyny, chorzy w stanie terminalnym, szkolnictwo, badania przekrojowe.

Key words: palliative medicine, medical students, terminally ill, education, cross-sectional studies.

Wstęp

Powstanie i rozwój pierwszych polskich hospicjów w latach 80. XX wieku spowodowały potrzebę zorganizowania kształcenia dla pracowników tych placówek. Na podstawie zdobytych w ten sposób doświadczeń w 1991 r. w Poznaniu, z inicjatywy prof. Jacka Łuczaka, opieka paliatywna została wprowadzona jako przedmiot obowiązkowy dla VI roku kierunku lekarskiego [1]. Kolejnym miastem, w którym studenci mogli uczęszczać na zajęcia z medycyny paliatywnej, był Gdańsk, gdzie od 1993 r. zajęcia te odbywały się w ramach przedmiotu „medycyna rodzinna”, a następnie, od 1995 r., jako samodzielny przedmiot [2]. Inicjatorem tych działań była prof. Krystyna de Walden-Gałuszko, którą w 1995 r. powołano na stanowisko kierownika utworzonego w Akademii Medycznej w Gdańsku Zakładu Medycyny Paliatywnej [3]. Zakład, kierowany obecnie przez prof. Monikę Lichodziejewską-Niemierko, realizuje zajęcia dydaktyczne z medycyny paliatywnej lub opieki paliatywnej dla studentów różnych kierunków studiów, w tym dla kierunku lekarskiego, pielęgniarstwa, położnictwa, fizjoterapii, ratownictwa medycznego, zdrowia publicznego, oraz zajęcia w języku angielskim dla studentów medycyny (*English Division*).

Zgodnie z obowiązującymi w Polsce standardami kształcenia dla kierunku lekarskiego, medycyna paliatywna została zaliczona do koniecznych elementów treści programu nauczania przyszłych lekarzy. Kształcenie w tym zakresie powinno obejmować wiedzę z zakresu przyczyn, objawów, zasad

diagnozowania i postępowania terapeutycznego w najczęstszych problemach medycyny paliatywnej, zasad postępowania paliatywnego z pacjentem w stanie terminalnym oraz regulacji prawnych z tego zakresu.

Zajęcia dydaktyczne prowadzone w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym dla studentów VI roku kierunku lekarskiego w 2011 r., kiedy przeprowadzono niżej opisane badanie, obejmowały 10 godz. seminariów i 20 godz. ćwiczeń, z których część była realizowana w trójmiejskich hospicjach. Kadra dydaktyczna składała się z 4 lekarzy, psychologa i prawnika, co pozwoliło na zapewnienie kształcenia w zakresie całościowej (holistycznej) opieki nad pacjentem na zaawansowanym etapie nieuleczalnej choroby i członkami jego rodziny.

Celami nauczania przedmiotu „medycyna paliatywna” realizowanymi w ośrodku gdańskim są: przedstawienie założeń opieki paliatywnej w zaawansowanej fazie przewlekłej choroby, dostarczenie informacji na temat zasad kontroli bólu przewlekłego oraz łagodzenia innych dolegliwości związanych z zaawansowaną chorobą nowotworową, a także pogłębienie umiejętności studentów w zakresie komunikowania się z pacjentami i ich bliskimi (w tym przekazywanie niepomyślnych informacji).

Podczas zajęć omawiane są powszechne objawy zaawansowanej fazy choroby nowotworowej, a także najczęstsze dolegliwości ze strony układu oddechowego i przewodu pokarmowego. Szczególną uwagę poświęca się postępowaniu w duszności, w tym opanowaniu ataku paniki od-

dechowej. Obok podstawowych zasad farmakoterapii istotne miejsce zajmuje omówienie udziału czynników pozafizycznych w profilaktyce występowania i łagodzeniu dolegliwości, w tym m.in. wpływu lęku i utraty poczucia bezpieczeństwa na narastanie dolegliwości i pogarszanie się jakości życia chorego. Zajęcia dotyczą również postępowania w stanach nagłych (takich jak zespół ucisku rdzenia kręgowego, wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego czy zespół żyły głównej górnej), wymagających niezwłocznej interwencji zespołu opieki paliatywnej.

Ponadto w trakcie zajęć z medycyny paliatywnej przedstawiane są teoretyczne i praktyczne informacje dotyczące leczenia bólu przewlekłego u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową oraz zasady postępowania w bólu przewlekłym towarzyszącym innym schorzeniom. Przytaczane są zalecenia *European Association for Palliative Care* (EAPC) dotyczące stosowania opioidów w leczeniu bólu u osób objętych opieką paliatywną. Zajęcia są ukierunkowane na poznanie przez studentów ogólnego podejścia do stosowania opioidów. Na przykładach omawiane są argumenty za i przeciw stosowaniu silnych opioidów w trakcie leczenia nowotworu, jak również innej choroby przewlekłej, np. reumatoidalnego zapalenia stawów. Z kolei podczas ćwiczeń na podstawie badania pacjenta omawiany jest problem oceny nawodnienia i stosowania nawadniania u pacjentów wyniszczonych oraz żywienia do- i pozajelitowego pacjentów w stanie terminalnym. Studenci mogą zobaczyć odleżyny i zapoznać się ze sposobami oraz wskazaniem do stosowania nowoczesnych opatrunków do leczenia odleżyn, a także z zasadami profilaktyki przeciwodleżynowej w łóżku pacjenta. W trakcie zajęć praktycznych studenci zakładają pacjentom wkłucia podskórne (motylki), przyklejają chorym plastry przeciwbólowe (z fentanylem, buprenorfiną). Studentom zostają przybliżone praktyczne zasady cewnikowania i postępowania w wypadku krwimoczu. Uczestniczą oni również w cewnikowaniu pacjentów.

Zagadnieniom związanym z psychologicznymi aspektami przewlekłej nieuleczalnej choroby w jej zaawansowanym stadium poświęconych jest pięć godzin ćwiczeń i dwie godziny seminarium. Trening umiejętności komunikacyjnych obejmuje: dyskusje w małych grupach, odgrywanie ról, omawianie przypadków. Skuteczną metodę nauczania istotnych kompetencji w zakresie porozumiewania się z pacjentem i jego rodziną stanowi analizowanie nagrań rzeczywistych konsultacji. Przedmiotem analizy mogą też być odgrywane scenki, podczas których studenci prowadzą konsultacje z pacjentami symulowanymi. Zadaniem obserwatorów jest wyrażenie

opinii na temat sposobu komunikowania się, wpływu rozmowy na pacjenta oraz ocena przekazu niewerbalnego. W przeciwieństwie do omawiania zapisu prawdziwych konsultacji, metoda odgrywania ról daje możliwość udzielania odpowiedzi zwrotnych przez osobę odgrywającą rolę pacjenta oraz powtarzania konsultacji.

Ponadto zajęcia koncentrują się na pacjencie w zaawansowanym stadium choroby, a zwłaszcza na sytuacjach, kiedy rokowanie jest niepomyślne. Omawia się zasady przekazywania informacji, relacje, jakie powinny istnieć na płaszczyźnie lekarz–pacjent. Z kolei ćwiczenia praktyczne prowadzone przy łóżkach terminalnie chorych pozwalają studentom na poznanie praktycznych aspektów podejmowanych decyzji terapeutycznych, jak również podstaw komunikacji z chorym i współpracy z jego najbliższymi. Często po raz pierwszy w ciągu studiów uczestnicy zajęć są świadkami ostatnich chwil życia człowieka, uczą się zasad opieki i zachowania wobec umierającego. Prowadzący zajęcia kliniczne pokazują, jak zwracać uwagę na szczegóły mogące wpłynąć na autonomię pacjenta i w związku z tym, jakich błędów unikać. Przede wszystkim studenci mają bezpośredni kontakt z pacjentami oraz ich rodzinami. Uczą się, jak rozmawiać i być przy nich w trudnej, dla każdej ze stron, sytuacji.

W ramach przedmiotu „medycyna paliatywna” odbywają się ponadto zajęcia w formie seminariów i ćwiczeń pt. „Problemy etyczno-prawne w opiece paliatywnej”, które są prowadzone przez prawnika specjalizującego się w zakresie problematyki prawa medycznego. Ich treść obejmuje podstawy prawne organizacji i działania hospicjów, zasady udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, standardy prawne i zasady deontologiczne postępowania wobec pacjentów w opiece paliatywnej, w tym zwłaszcza związane z granicami interwencji medycznych, odpowiedzialności za eutanazję, pomoc w samobójstwie i uporczywą terapię. Podczas zajęć są prezentowane także zagadnienia związane z prawami pacjenta, a zwłaszcza prawem do umierania w spokoju i godności, problemy prawne dotyczące informowania pacjenta o niepomyślnym rokowaniu i podejmowania decyzji, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji, gdy pacjent jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji. Podczas ćwiczeń rozważane są sytuacje z praktyki dotyczące wyżej opisanych zagadnień.

Należy podkreślić, że w zajęciach z medycyny paliatywnej uczestniczą studenci, którzy już za kilka miesięcy będą musieli podejmować decyzje terapeutyczne. Zajęcia w hospicjum są często jedyną okazją, aby ci, którzy już niedługo będą

lekarzami, zetknęli się bezpośrednio z problemem śmierci i umierania. W trakcie zajęć praktycznych w hospicjum stwarza się okazję do oswojenia studentów z tą trudną sytuacją. Jeżeli to możliwe, to razem z lekarzem hospicjum stwierdzają zgon. Wypisują kartę statystyczną do aktu zgonu. Niejednokrotnie studenci stwierdzają, że przez całe studia nie widzieli osoby zmarłej czy umierającej.

Cel pracy

Celem pracy było ustalenie wpływu kształcenia studentów w zakresie medycyny paliatywnej na zmianę sposobu postrzegania przez nich sytuacji osób chorych przewlekle.

Material i metody

Badanie przeprowadzono w Zakładzie Medycyny Paliatywnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego na grupie studentów VI roku studiów na kierunku lekarskim. Zastosowano w nim metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był anonimowy kwestionariusz opracowany przez pracowników Zakładu Medycyny Paliatywnej w oparciu o treści programu kształcenia, dane z literatury przedmiotu oraz posiadane doświadczenie. Respondenci badania dwukrotnie wypełnili kwestionariusz: po raz pierwszy przed rozpoczęciem tygodniowego cyklu zajęć z przedmiotu „medycyna paliatywna”, a następnie po jego zakończeniu. Do zbadania wpływu udziału w zajęciach na opinie respondentów zastosowano test χ^2 Pearsona w programie Statistica 10 firmy Stat Soft. Inc.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 139 osób nieuczestniczących jeszcze w zajęciach i 99 osób po zakończeniu cyklu zajęć. Razem uzyskano 238 wypełnionych kwestionariuszy. Wśród respondentów biorących udział w badaniu przed zajęciami 65% stanowiły kobiety, a 33% mężczyźni, natomiast w badaniu po zajęciach uczestniczyło 62% kobiet i 33% mężczyzn.

Według respondentów wśród kryteriów leczenia chorego w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, uszeregowanych w skali od 1 do 3, gdzie 1 oznacza najważniejszy, pierwszą pozycję zajmuje jakość życia, drugą długość przeżycia, a ostatnią parametry biochemiczne. Nie stwierdzono istotnych różnic w tym zakresie pomiędzy odpowiedziami udzielonymi przed zajęciami i po zajęciach.

Opinie badanych studentów na temat czynników o największym znaczeniu dla dobrostanu psychicznego chorego w stanie terminalnym,

oceniane według skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza najważniejszy, wskazują na istotną rolę wsparcia rodziny lub przyjaciół. Na kolejnych pozycjach respondenci wskazywali: 2 – poradnictwo psychologiczne, 3 – opiekę duchową, 4 – zabiegi pielęgnacyjne, i 5 – leczenie farmakologiczne. W tym zakresie nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy opiniami badanych przed zajęciami i po zajęciach, poza nielicznymi wyjątkami, w świetle których respondenci, którzy zakończyli cykl zajęć, częściej wskazywali ostatnią pozycję dla leczenia farmakologicznego niż studenci przed zajęciami. Ponadto po zajęciach nieznaczny wzrost został odnotowany w zakresie oceny znaczenia zabiegów pielęgnacyjnych oraz wsparcia rodziny i przyjaciół.

Zasadnicze różnice pomiędzy opiniami uczestników wyrażonymi przed zajęciami i po zajęciach nie występowały również w odniesieniu do klasyfikacji uczuć, które w ich przekonaniu najczęściej towarzyszą choremu w stanie terminalnym. Wśród tych uczuć, uszeregowanych w skali od 1 do 6, gdzie 1 oznacza najważniejszy, respondenci wskazywali kolejno: 1 – przygnębienie, 2 – poczucie bycia ciężarem dla innych, 3 – obawę o przyszłość bliskich, 4 – gniew, 5 – akceptację choroby, 6 – ulgę.

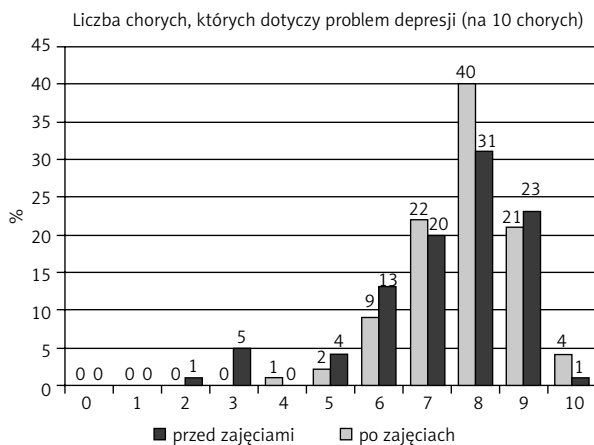
Obok uczuć chorego w stanie terminalnym badani zostali poproszeni o uszeregowanie uczuć towarzyszących jego bliskim, w skali od 1 do 6, gdzie 1 oznacza najważniejszy. W odpowiedzi na pytanie wskazali kolejno: 1 – bezradność, 2 – przygnębienie, 3 – lęk, 4 – nadzieję, 5 – chęć walki, a 6 – gniew. Również w tym zakresie nie występowały istotne różnice pomiędzy rodzajem odpowiedzi przed zajęciami i po zajęciach.

W grupie badanych studentów zarówno przed zajęciami, jak i po zajęciach dominowały opinie, że problem depresji dotyczy 8 na 10 chorych z zaawansowaną chorobą. Szczegółowe różnice oraz zmiany opinii respondentów w tym zakresie przedstawiono na rycinie 1.

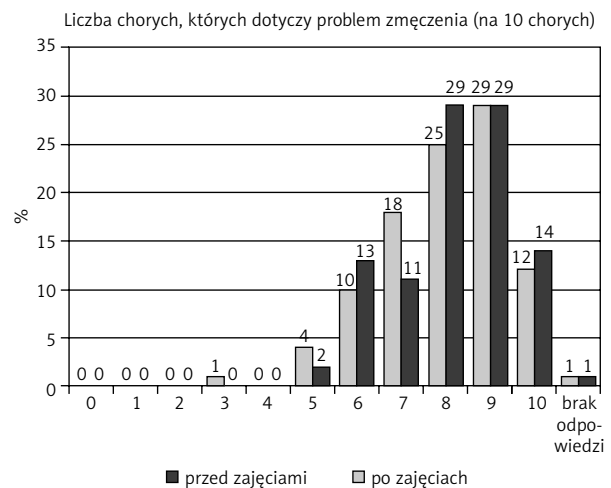
Wpływ udziału w zajęciach na zmianę opinii respondentów na temat występowania problemu zmęczenia u chorych z zaawansowaną chorobą został zobrazowany na rycinie 2. Większość badanych jest przekonana, że problem ten dotyczy 8 lub 9 na 10 chorych.

Pod wpływem udziału w zajęciach opinie badanych na temat nasilenia bólu u chorych objętych opieką paliatywną uległy istotnym zmianom ($p = 0,00146$), co zostało szczegółowo przedstawione na rycinie 3. Studenci, którzy uczestniczyli w zajęciach, znacznie częściej wskazywali niższe nasilenie bólu niż badani przed zajęciami.

Badanie dotyczyło również opinii respondentów na temat stopnia, w jakim są rozwiązywane



Rycina 1. Problem depresji u chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową
Figure 1. Depression in patients with advanced cancer disease



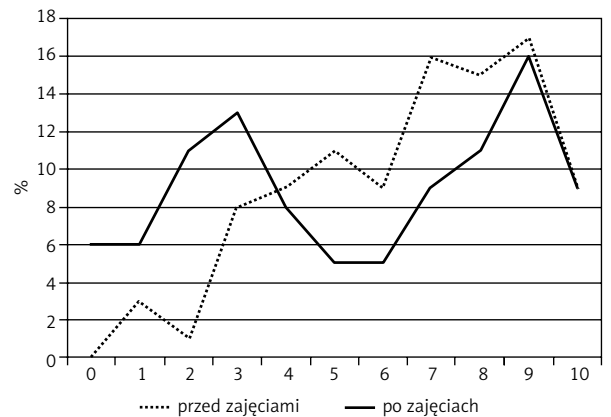
Rycina 2. Problem zmęczenia u chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową
Figure 2. Fatigue in patients with advanced cancer disease

problemy psychologiczne, socjalne i duchowe chorych w opiece paliatywnej, gdzie 0 oznacza, że nie są rozwiązywane, a 10, że są w pełni rozwiązywane. Pomiedzy odpowiedziami udzielonymi przez respondentów przed zajęciami i po zajęciach występowały istotne statystycznie różnice w każdej kategorii. Po zakończeniu zajęć badani wskazywali wyższy stopień, w jakim są rozwiązywane wymienione problemy, niż przed zajęciami. Największe różnice stwierdzono w zakresie problemów duchowych ($p = 0,00034$), na kolejnych pozycjach znajdowały się problemy socjalne i psychologiczne (odpowiednio: $p = 0,01206$, $p = 0,03747$). Szczegółowe dane przedstawiono na rycinach 4., 5. i 6.).

Istotne zmiany opinii badanych dotyczyły również postrzegania poziomu wsparcia dla rodzin chorych objętych opieką paliatywną. Po zakończeniu cyklu zajęć respondenci uważali, że jest on większy, niż przed jego rozpoczęciem ($p = 0,00047$), co zostało zaprezentowane na rycinie 7.

Udział w zajęciach wpłynął również na znaczne zmniejszenie liczby studentów, którzy nie akceptują prowadzenia u chorych uporczywej terapii, oraz na zmniejszenie liczby badanych dopuszczających takie postępowanie. Szczegółowe dane w tym zakresie prezentuje rycina 8.

Większość respondentów uważała, że zajęcia z medycyny paliatywnej powinny być obowiązkowe w ramach studiów medycznych. Po zajęciach istotnie wzrosła liczba osób popierających takie rozwiązanie. Z kolei ponad 1/3 badanych jest przekonana, że przedmiotowe zajęcia powinny się odbywać jako zajęcia obowiązkowe, ale powiązane z nauczaniem innych specjalności, np. opieka paliatywna w chorobach nowotworowych w ramach zajęć z onkologii, opieka paliatywna w przewlekłej niewydolności serca, przewlekłej obturacyjnej



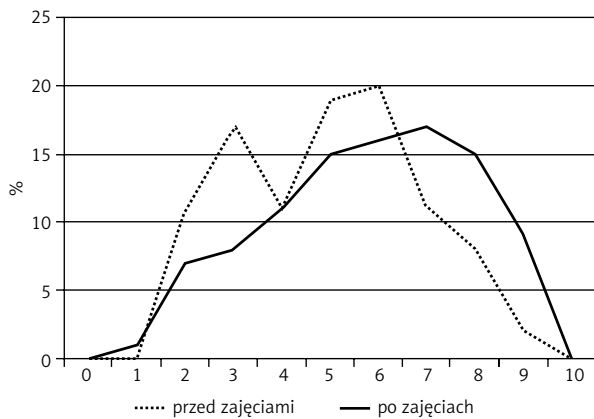
Rycina 3. Opinie na temat nasilenia bólu u chorych objętych opieką paliatywną, gdzie 0 oznaczało, że nie czują bólu, a 10, że nasilenie bólu jest bardzo duże ($p = 0,00146$)
Figure 3. The severity of pain in palliative care patients, according to medical students (0 means 'no pain', and 10 – 'very severe pain') ($p = 0.00146$)

chorobie płuc, przewlekłej chorobie nerek w ramach zajęć odpowiednio z kardiologii, pulmonologii i nefrologii (ryc. 9.).

Zdecydowana większość respondentów wyraziła opinię, że zajęcia z medycyny paliatywnej powinny się odbywać tak jak dotychczas w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym, na ostatnim roku studiów medycznych.

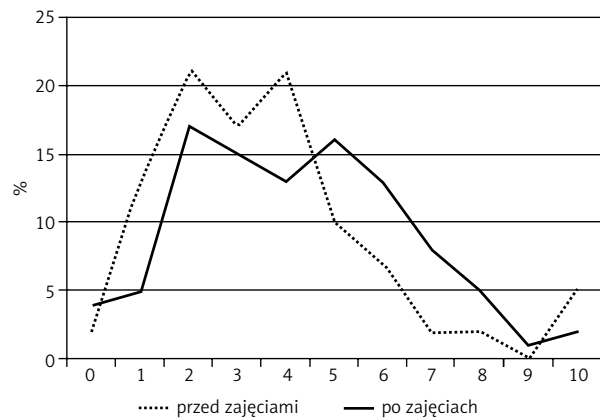
Dyskusja

Organizacja kształcenia w ramach studiów medycznych oraz treści przekazywane studentom wpływają nie tylko na nabycie nowej wiedzy i umiejętności, lecz także na zmianę ich przekonań dotyczących problemów poruszanych podczas zajęć [4].



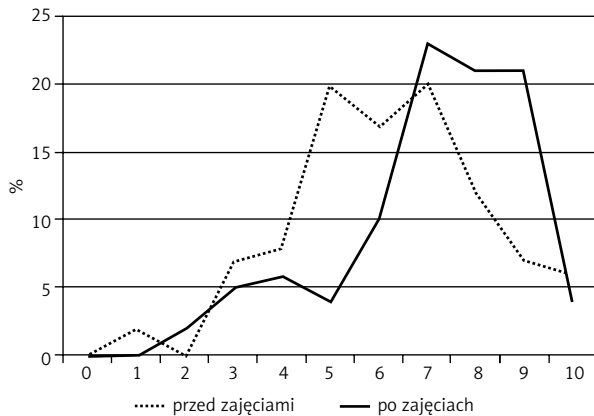
Rycina 4. Opinie na temat stopnia, w jakim są rozwiązywane problemy psychologiczne chorych w opiece paliatywnej, gdzie 0 oznaczało, że nie są rozwiązywane, a 10, że są w pełni rozwiązywane ($p = 0,03747$)

Figure 4. To what degree psychological problems of palliative care patients are solved, according to medical students (0 means 'not solved', and 10 - 'fully solved') ($p = 0.03747$)



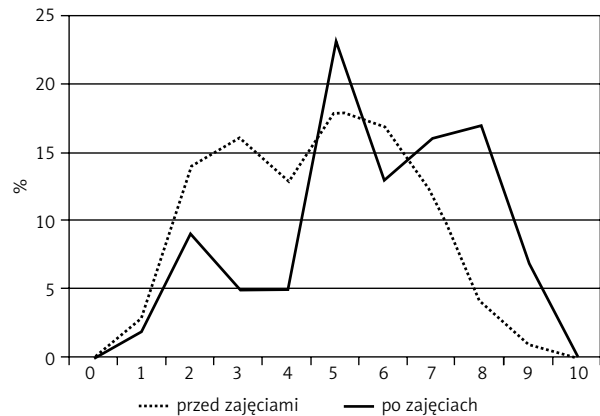
Rycina 5. Opinie na temat stopnia, w jakim są rozwiązywane problemy socjalne chorych w opiece paliatywnej, gdzie 0 oznaczało, że nie są rozwiązywane, a 10, że są w pełni rozwiązywane ($p = 0,01206$)

Figure 5. To what degree social problems of palliative care patients are solved, according to medical students (0 means 'not solved', and 10 - 'fully solved') ($p = 0.01206$)



Rycina 6. Opinie na temat stopnia, w jakim są rozwiązywane problemy duchowe chorych w opiece paliatywnej, gdzie 0 oznaczało, że nie są rozwiązywane, a 10, że są w pełni rozwiązywane ($p = 0,00034$)

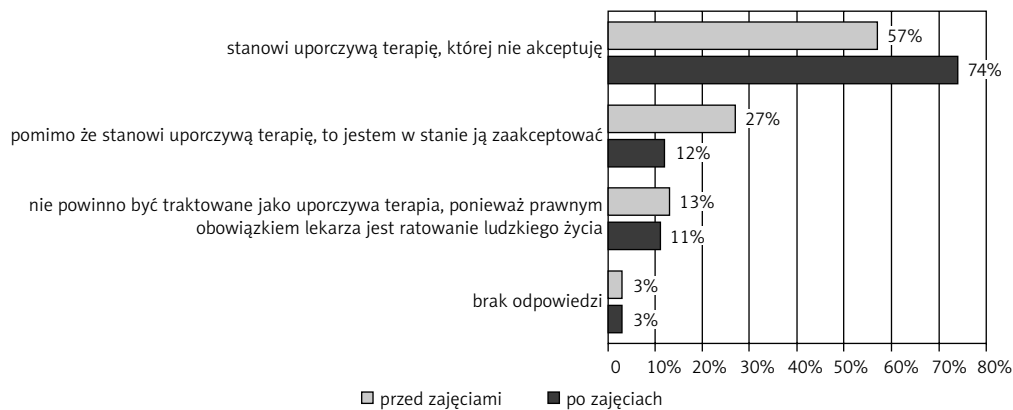
Figure 6. To what degree spiritual problems of palliative care patients are solved, according to medical students (0 means 'not solved', and 10 - 'fully solved') ($p = 0.00034$)



Rycina 7. Opinie na temat poziomu wsparcia dla rodzin chorych objętych opieką paliatywną, gdzie 0 oznaczało brak wsparcia, a 10 pełne wsparcie ($p = 0,00047$)

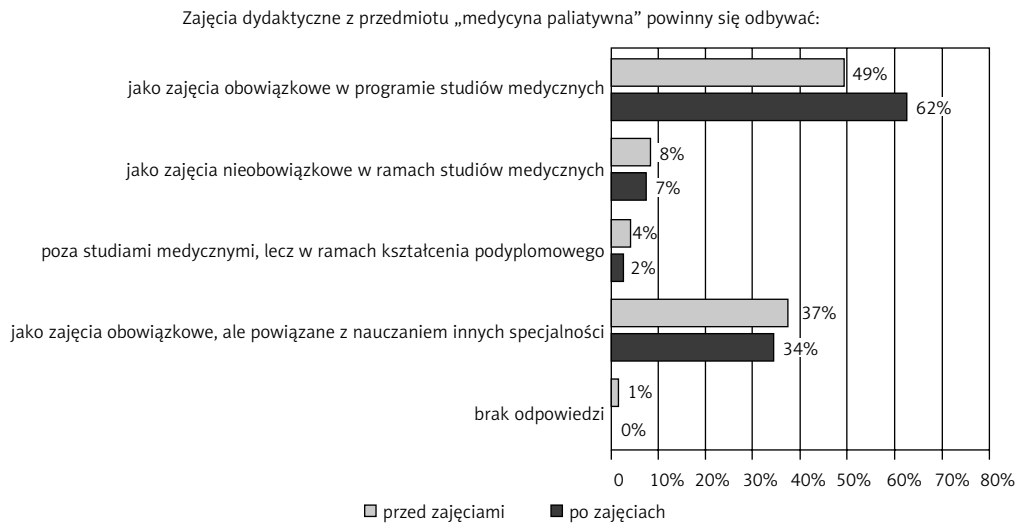
Figure 7. The level of palliative care patients' families support, according to medical students (0 means 'no support' and 10 - 'full support') ($p = 0.00047$)

Stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego w stanie terminalnym, wiążące się z jego nadmiernym cierpieniem:



Rycina 8. Poglądy respondentów na temat stosowania uporczywej terapii u chorych w stanie terminalnym

Figure 8. The provision of futile medical care to terminally ill patients, according to medical students



Rycina 9. Organizacja zajęć dydaktycznych z medycyny paliatywnej w odniesieniu do studiów medycznych
Figure 9. The medical students' opinions on the organization of palliative medicine classes

Opinie i wzorce postępowania ukształtowane podczas wykładów, seminariów i ćwiczeń, w tym zajęć klinicznych odbytych wcześniej, mogą oddziaływać na sposób postrzegania zagadnień przekazywanych na późniejszych etapach edukacji akademickiej. Uczestnicy przedmiotowego badania w kwestionariuszu wypełnionym przed zajęciami wyrazili swoje przekonania dotyczące sytuacji chorych u kresu życia i członków ich rodzin, na które niewątpliwie wpływały treści przekazywane ponad 5 lat studiów. Opinie studentów zaprezentowane w ankiecie przeprowadzonej po zajęciach potwierdzają istotny wpływ kształcenia z medycyny paliatywnej na zmianę ich przekonań. Należy podkreślić, że kierunek wymienionych zmian odpowiada celom i założeniom opieki paliatywnej, które respondenci mogli postrzegać jako znacznie odbiegające od zasad i standardów obowiązujących w innych dziedzinach medycyny. Ponadto analiza wyników badania pozwala na wskazanie zagadnień, w odniesieniu do których udział studentów w zajęciach nie wpłynął na zmianę ich opinii. Dotyczy to w szczególności wskazania jakości życia jako najbardziej istotnego kryterium leczenia chorego w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, przed długością przeżycia i parametrami biochemicznymi. Kształcenie z medycyny paliatywnej zasadniczo nie spowodowało zmian w zakresie opinii na temat czynników o największym znaczeniu dla dobrostanu psychicznego chorego w stanie terminalnym oraz uczuć towarzyszących jemu i jego bliskim. Niemniej jednak w porównaniu z wynikami innego badania opinii studentów, przeprowadzonego wcześniej przez zespół Zakładu Medycyny Paliatywnej wyłącznie przed zajęciami, występują zasadnicze różnice w za-

kresie przekonań respondentów na temat uczuć towarzyszących choremu w stanie terminalnym. W wyżej przywołanym badaniu obawa o przyszłość bliskich była znacznie częściej wskazywana niż poczucie bycia ciężarem dla innych i przygnębienie, natomiast gniew, akceptacja choroby i ulga zostały sklasyfikowane w porządku analogicznym do uzyskanego w wynikach prezentowanych w niniejszym artykule. Z kolei przekonania dotyczące uczuć towarzyszących bliskim chorego różnią się w zakresie ich uszeregowania, z wyjątkiem uczucia bezradności, które w obu badaniach występuje na pierwszej pozycji [5].

W innym badaniu, przeprowadzonym przez Sochę i wsp. na grupie 60 osób będących członkami rodzin chorych i jednocześnie ich opiekunami, respondenci najczęściej wskazywali, że towarzyszy im uczucie przygnębienia, przytłoczenia, spełnienia, a także satysfakcji i radości, co poza uczuciem przygnębienia tworzy zasadniczo odmienny obraz niż ten wynikający z przekonań studentów prezentowanych w przedmiotowej pracy [6]. Klasyfikacja uczuć towarzyszących bliskim chorego według opinii studentów jest natomiast zbliżona do wskazywanych przez pielęgniarki uczuć, jakie towarzyszą im w związku z opieką nad chorym u kresu życia [7]. Może to prowadzić do wniosku, że studenci postrzegają uczucia towarzyszące bliskim z perspektywy własnych doświadczeń wynikających z kontaktu z chorymi podczas zajęć klinicznych.

Zmiany przekonań respondentów zaobserwowano w odniesieniu do problemu depresji, którego skala występowania u chorych z zaawansowaną chorobą była mniejsza według opinii wyrażonych po zajęciach niż przed zajęciami. W badaniu prze-

prowadzonym przez Szwat i wsp., w którym uczestniczyło 50 pacjentów korzystających ze świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, nasilenie depresji według skali HADS stwierdzono u 30% chorych, a u kolejnych 30% stany graniczne, co wskazuje na to, że w rzeczywistości problem depresji dotyczy znacznie mniejszej liczby chorych, niż sądzili studenci [8]. W związku z powyższym udział w zajęciach wpłynął na zmianę opinii studentów na bliższe stanowi faktycznemu.

Pod wpływem kształcenia z zakresu medycyny paliatywnej zmieniły się opinie studentów na temat nasilenia bólu u chorych objętych opieką paliatywną. Studenci zakończyli zajęcia przekonani o większej skuteczności zwalczania bólu w ramach opieki paliatywnej niż przed ich rozpoczęciem.

Uczestnicy badania po zakończeniu zajęć częściej niż przed zajęciami wskazywali wyższy stopień, w jakim są rozwiązywane problemy psychologiczne i socjalne chorych w opiece paliatywnej. Zakończyli zajęcia przekonani o większej roli wsparcia psychosocjalnego zapewnianego chorym w ramach opieki paliatywnej, niż wcześniej sądzili.

Wysoce istotne statystycznie zmiany opinii studentów dotyczyły oceny stopnia, w jakim są rozwiązywane problemy duchowe chorych objętych opieką paliatywną, co pozwala na podkreślenie znaczenia udziału w zajęciach dla ukształtowania przekonań respondentów w tym zakresie.

Studenci przed zajęciami byli przekonani o znacznie niższym poziomie wsparcia dla członków rodzin chorych objętych opieką paliatywną niż po ich zakończeniu, w związku z czym można stwierdzić, że podczas ćwiczeń i seminariów poznali rolę opieki paliatywnej w tym zakresie.

Poziomy poszczególnych parametrów wskaziwane przez uczestników badania nie odpowiadają faktycznej sytuacji chorych w opiece paliatywnej, a jedynie pokazują opinie badanych na temat tych problemów i ich zmianę pod wpływem prowadzonych zajęć.

Prowadzący zajęcia wyjaśnili studentom istotę uporczywej terapii i skutecznie przekonali znaczną grupę badanych do jej negatywnej oceny, zgodnie z założeniami i celami opieki paliatywnej. Stwierdzono bowiem znaczne zmiany w tym zakresie w opiniach wyrażonych przez respondentów po zajęciach.

Należy podkreślić, że stwierdzone w badaniu zmiany opinii studentów dotyczących uciążliwych objawów występujących u chorych z zaawansowaną chorobą oraz skuteczności wsparcia udzielanego im w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej mogły wynikać również z ich bezpośredniego kontaktu z pacjentami podczas ćwiczeń praktycznych w hospicjum stacjonarnym.

Wnioski

Kształcenie studentów kierunku lekarskiego w zakresie medycyny paliatywnej prowadzi do zmiany postrzegania opieki paliatywnej i zauważania korzyści, jakie przynosi ona chorym i ich rodzinom zarówno w zakresie opieki medycznej, psychologicznej, jak i wsparcia socjalnego i duchowego. Ponadto zmienia ono stosunek studentów do poszczególnych sposobów postępowania wobec pacjenta z zaawansowaną chorobą, takich jak prowadzenie uporczywej terapii, która po zajęciach spotyka się z bardziej negatywną oceną.

Badanie wykazało, że udział studentów w zajęciach z medycyny paliatywnej istotnie wpływa na zmianę ich przekonań dotyczących sytuacji chorych u kresu życia i ich bliskich.

Piśmiennictwo

1. Bogusz H, Kotlińska-Lemieszek A, Łuczak J. Historia opieki paliatywnej w Wielkopolsce. Część II. Edukacja w poznańskim ośrodku akademickim 1988–2002. *Medycyna Paliatywna* 2013; 5: 129-135.
2. de Walden-Gałuszko K. Opieka hospicyjna/paliatywna wczoraj – dziś – jutro. *Gazeta AMG* 2005; 5.
3. Pawłowski L, Modlińska A. Kształcenie to nie tylko zdobywanie wiedzy, ale również nabywanie umiejętności praktycznych. *Gazeta AMG* 2012; 10: 24-25.
4. Parsons S, Harding G, Breen A i wsp. The influence of patients' and primary care practitioners' beliefs and expectations about chronic musculoskeletal pain on the process of care: a systematic review of qualitative studies. *Clin J Pain* 2007; 23: 91-98.
5. Janiszewska J, Pawłowski L, Lichodziejewska-Niemierko M. Obraz pacjenta w terminalnej fazie choroby w świadomości osób zdrowych. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2011; 5: 6-15.
6. Socha B, Kutnohorska J, Zielińska M i wsp. Ocena jakości życia członków rodzin pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej w warunkach domowych. *J Publ Health Nurs Med Rescue* 2011; 2: 20-25.
7. Sleziona M, Krzyżanowski D. Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. *Piel Zdr Publ* 2011; 1: 217-223.
8. Szwat B, Słupski W, Krzyżanowski D. Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieką paliatywną. *Piel Zdr Publ* 2011; 1: 35-41.