

Znaczenie duchowości pacjentów w procesie leczenia

Marc Galanter, MD, Linda Glickman, PhD, Helen Dermatis, PhD, Kathlene Tracy, PhD, Caitlin McMahon, BA

- Postawy wielu pacjentów wobec choroby, determinujące ich możliwości radzenia sobie, są silnie zakorzenione w duchowości.
- Uwzględnienie duchowych potrzeb pacjentów w placówkach ogólnomedycznych może zwiększyć satysfakcję z kontaktów z opiekunami i poprawić przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.
- Opracowywane są strategie zajmowania się kwestiami duchowymi w ośrodkach klinicznych.

Streszczenie

Opieka medyczna od dawna była związana z kwestiami religii i duchowości, jednak w ostatnich latach pojawiła się tendencja do wprowadzania różnych metod terapeutycznych opartych na duchowości jako uzupełnienia opartych na dowodach empirycznych metod postępowania. W artykule dokonano przeglądu zastosowania tych metod we współczesnej praktyce medycznej. Zwrócono uwagę na względną przydatność takich strategii postępowania, wykorzystanie oceny duchowości pacjenta, a także rolę duchowych i pielęgniarek we wprowadzaniu kwestii duchowości w ośrodkach klinicznych. Zaprezentowano wyniki programu opracowanego przez autorów artykułu, obejmującego tworzenie grup wsparcia duchowego w szpitalach ogólnych, mających na celu udzielanie pomocy pacjentom w radzeniu sobie z chorobą, a także kształtowania pozytywnej identyfikacji z leczącymi.

Wprowadzenie

Według zachodniej tradycji, medycyna i religia zawsze były ze sobą związane, czasem blisko, kiedy indziej luźniej, zaś wpływ religii na praktykę medyczną i etykę lekarską ma długoletnią tradycję.¹⁻³ Zwiększenie zainteresowania lekarzy aspektami religii i duchowości w ostatnich latach odzwierciedla podobne tendencje w całym społeczeństwie. Wielu pracowników opieki zdrowotnej silnie zorientowanych na kwestie duchowości próbowało w większym stopniu przenieść duchowy aspekt ich osobistego życia do praktyki klinicznej. Najważniejszą tego konsekwencją było m.in. udowodnienie dodatnich zależności między zaangażowaniem religijnym, duchowością i zdrowiem w wielu publikacjach w piśmiennictwie medycznym.⁴ Porównywalne znaczenie ma coraz większe docenianie faktu, że duchowość i religia przenikają do życia pacjentów, również podczas

spotkań z lekarzem. Powstało pytanie nie tylko o to, w jaki sposób radzić sobie z religijnymi i duchowymi aspektami w opiece zdrowotnej, ale także o to, w jaki sposób kwestie te można uwzględnić w programach terapeutycznych. W artykule skoncentrowano się na ostatnich próbach ustalenia przydatności tego rodzaju interwencji, przedstawiono jako przykład program opracowany przez autorów, wprowadzany w ośrodkach ogólnomedycznych.

W tej pracy ważne jest rozróżnienie religii od duchowości, które jednak nie może być dokonane bez pewnych kontrowersji. Wybory duchowe i religijne często odzwierciedlają bardzo osobiste i prywatne aspekty życia danej osoby, a próba ich zdefiniowania wymaga wnikliwej analizy. Dla celów badawczych niewskazane byłoby tworzenie definicji duchowości, która jest zbyt szeroka i niejasna albo zbyt zindywidualizowana.⁵ Panuje jed-

Dr Galanter, professor of psychiatry, director, dr Glickman, assistant clinical professor, dr Dermatis, research associate professor, dr Tracy, assistant professor, Caitlin McMahon, research assistant, Division of Alcoholism and Drug Abuse, New York University School of Medicine, Bellevue Hospital Center, New York City. Dr Galanter, dr Dermatis, dr Glickman research scientist, Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York.

Dr Galanter i dr Dermatis otrzymują wsparcie badawcze od John Templeton Foundation. Dr Glickman i Caitlin McMahon nie zgłaszają żadnych mogących powodować konflikt interesów zależności finansowych ani innych powiązań z organizacjami komercyjnymi. Dr Tracy otrzymuje wsparcie w postaci grantów od National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Autorzy dziękują Hannah Barbash, BA, New York University Divisional research assistant za pomoc w przygotowaniu artykułu. Dziękują również Lindzie Curtis, dr. Ericowi Manheimerowi, dr. Marcowi Gourevitchowi i dr Irene Torres.

Adres do korespondencji: Marc Galanter, MD, Professor of Psychiatry, NYU School of Medicine, 550 First Ave, Room NBV20N28, New York, NY 10016, Stany Zjednoczone; e-mail: marcgalanter@nyu.edu

nak ogólna zgoda na podstawowym poziomie co do tego, że religia i duchowość są związane z poszukiwaniem sacrum i przeżyciami transcendentnymi.^{6,7} To podstawowe stwierdzenie prowadziło do ukształtowania różnych poglądów na związki między religią a duchowością. Według założeń teoretycznych opracowanych przez Pargamenta,⁸ duchowość i religia są ze sobą nierozdzielnie związane. Duchowość jest postrzegana jako podstawowy element szerszego pojęcia, jakim jest religia.⁸ Coraz większą popularnością cieszy się jednak przeciwstawne podejście do definicji tych pojęć, zbliżone do reprezentowanego przez Koeniga i wsp.⁴ Autor ten definiuje religię jako „zorganizowany system przekonań, praktyk, rytuałów i symboli” związany z sacrum, przeciwstawiając ją duchowości, rozumianej jako „osobista próba zrozumienia”.⁵ Takie rozumienie religii i duchowości pozwala na bycie religijnym, ale nie uduchowionym, uduchowionym, ale nie religijnym albo ani jednym, ani drugim. W tym artykule duchowość jest zdefiniowana jako coś, co umożliwia nadanie znaczenia i celu ludzkiemu życiu.⁹ Można to osiągnąć przez uczestniczenie w życiu religijnym, jednak również innymi drogami, przez zaangażowanie w rodzinę, humanizm, czy sztukę.¹⁰ W przeważającej części piśmiennictwa i w amerykańskiej kulturze, duchowość zaczęła być postrzegana jako ludzki wymiar, szczególnie przydatny do łączenia różnych religii.

Ocena duchowa

Najważniejszą techniką zajmowania się duchowością w praktyce klinicznej jest ocena duchowa.⁹ Koncentruje się ona na ustaleniu, czy pacjent jest częścią wspierającej społeczności religijnej, wykryciu niezaspokojonych potrzeb duchowych, którymi należy zająć się podczas leczenia, identyfikowaniu religijnych przekonań, które mogą wpływać na decyzje terapeutyczne, a także wykrywaniu potencjalnie szkodliwych praktyk duchowych, takich jak walka duchowa, którą pacjenci wiążą ze swoją chorobą. Walka duchowa jest definiowana jako „wysiłki zmierzające do zachowania lub zmiany tych aspektów duchowości, które okazały się zagrażające lub szkodliwe”. Wyraża się przez konflikt połączony z kwestionowaniem duchowych/religijnych przekonań danej osoby.¹¹ W przypadku pacjentów, którzy deklarują brak życia religijnego lub związków z duchowością, lekarz może również ocenić, jakie są ich sposoby walki z chorobą. Puchalski⁹ opracowała podejście, zaadaptowane przez ogólne ośrodki kliniczne, o nazwie FICA. Obejmuje ono „F” (faith and healing – wiara i leczenie), „I” (importance – znaczenie wiary w życiu pacjenta), „C” (communities – miejsce wiary i zdrowienia w spo-

łeczeństwie) i „A” (addressing – zajęcie się niezaspokojonymi potrzebami).

Lekarze wchodzący w długotrwałe relacje z umierającymi pacjentami opracowali pytania próbujące dotrzeć do tego, w jaki sposób choroba jest przez nich interpretowana i jakie nadają jej znaczenie. Miał to na celu pomoc w identyfikowaniu interwencji duchowych, które u tych osób mogą okazać się korzystne.¹⁰ Interwencje duchowe oznaczają strategię terapeutyczne odnoszące się przede wszystkim do wymiaru religijnego lub duchowego.¹² Uwzględniają ocenę duchową, ale wykraczają poza nią.

Kristeller i wsp.¹³ opracowali interwencję mającą na celu poprawę samopoczucia pacjenta i przystosowanie się do choroby nowotworowej. Wykazali, że 5-7-minutowa interwencja skoncentrowana na pacjencie oferowana przez onkologa przyczyniała się w pewnym stopniu do poprawy samopoczucia pacjenta. Interwencję tę stosowano u chorych wybranych losowo spośród osób czekających w poczekalni na wizytę u onkologa, natomiast grupa kontrolna, dobrana w podobny sposób, była poddana standardowej opiece. W ramach krótkiej interwencji wprowadzono temat przekonań duchowych lub religijnych i zachęcano pacjentów do identyfikowania tego, w jaki sposób wykorzystują swoją duchowość i religijność. W wywiadzie przeprowadzonym po 3 tygodniach 33% badanych przyznało, że interwencja ta wpłynęła na ich sposób radzenia sobie z chorobą nowotworową. Zaś ponad 40% było zdania, że dzięki niej uzyskali więcej satysfakcji z ogólnej opieki medycznej. Obserwowana po 3 tygodniach poprawa parametrów oceny jakości życia u osób w grupie badanej w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej osiągnęła poziom uważany za porównywalny z istotnym rezultatem klinicznym związanym ze stosowaniem leków czy innych oddziaływań behawioralnych. Poprawa była najwyraźniejsza u pacjentów uzyskujących niskie wyniki w skali dobrostanu duchowego na początku badania. Dobrostan duchowy oceniano w Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale. W skali tej wyróżnia się dwie podskale, tzn. znaczenia/spokoju i wiary.¹⁴ Sumaryczny wynik odzwierciedlający dobrostan duchowy (z połączenia wyników uzyskanych w obydwu podskalach) w umiarkowanym stopniu korelował z parametrami dobrostanu emocjonalnego i czynnościowego ($r=0,58$ dla każdego), sugerując, że jest empirycznie odrębnym wymiarem. Badanie potwierdziło korzyści z krótkiej, nieswoistej, empatycznej, interwencji podczas wizyty lekarskiej, nawet w przypadku niewykorzystywania przez lekarza zdobytych w ten sposób informacji w procesie leczenia. Należy jednak zwrócić uwagę na to, czy jakiś aspekt interwencji nie powoduje dyskomfortu u pacjenta lub lekarza. Nie

wiadomo nadal, jak często należy wykorzystywać interwencje duchowe i czego po nich oczekiwać.

Duchowienstwo

Mniej więcej 85% wszystkich szpitali w Stanach Zjednoczonych zatrudnia kapelanów. Szacuje się, że z wizyty kapelana korzysta 20% wszystkich hospitalizowanych.¹⁵ Coraz większa profesjonalizacja działalności kapelanów w modelu medycznym przyczyniła się do zaakceptowania ich jako członków zespołu oferującego leczenie podtrzymujące i zapewniającego opieką paliatywną na oddziale intensywnej opieki medycznej dużego szpitala zajmującego się urazami. Zespół medyczny składa się tam z lekarzy, wyspecjalizowanych pielęgniarek zajmujących się leczeniem bólu, oddziału intensywnej opieki i oddziału opieki paliatywnej, pracowników społecznych, farmaceutów i muzykoterapeutów. Kapelani zapewniają wsparcie duchowe pacjentom zmagającym się z problemami związanymi z poszukiwaniem sensu życia i radzeniem sobie z cierpieniem, pomagają również pacjentom wykorzystywać swoje przekonania w zmaganiach z chorobą.⁹

Najważniejsze przeszkody zidentyfikowane przez kapelanów obejmują zbyt małą liczbę personelu, brak umiejętności identyfikowania duchowych potrzeb pacjentów przez pracowników ochrony zdrowia, zbyt późne wzywanie kapelanów – uniemożliwiające zapewnienie odpowiedniej opieki rodzinie pacjenta.¹⁶ Lekarzom często doradza się odsyłanie pacjentów z poważnymi problemami związanymi ze sferą duchową do duchownych lub kapelanów, działających przy ich szpitalu. Pojawiają się głosy, że należy w większym stopniu uwzględniać duchowe potrzeby pacjentów w opiece medycznej, zaś brak skierowania pacjenta po poradę duchową stanowi pewną formę zaniedbania.¹⁷ Naśladowanie kapelana może być najważniejszym elementem programu edukacji duchowej wielu profesjonalistów zajmujących się opieką paliatywną.

Stwierdzono ostatnio, że w Memorial Sloan-Kettering Cancer Center w Nowym Jorku, mniej więcej do 20% wszystkich interwencji kapelanów dochodziło w wyniku kierowania pacjentów do nich, przede wszystkim przez pielęgniarki, zaś 33% tych interwencji obejmowało prace z rodzinami i przyjaciółmi.¹⁸ W podobnym badaniu sondażowym przeprowadzonym w podmiejskim szpitalu stwierdzono, że pielęgniarki kierowały pacjentów do kapelanów w ponad 50% przypadków. W 75% przypadków osobami kierowanymi byli sami pacjenci, natomiast w pozostałych sytuacjach konsultowano członków rodziny i przyjaciół.¹⁹ Chociaż pielęgniarki kierowały pacjentów do kapelanów przede wszystkim w sytuacjach kryzysowych, niektóre przeło-

żone pielęgniarek dostrzegały potrzebę stworzenia ściślejszej współpracy, która mogłaby bardziej zróżnicowanych sytuacji.^{20,21} Pacjenci często proszą o opiekę duszpasterską – częściej niż byli kierowani do kapelanów przez pielęgniarki w badaniu dotyczącym nastolatków hospitalizowanych w pediatrycznym szpitalu o trzecim stopniu referencyjności.

Opieka pielęgniarska

Badania dotyczące interwencji duchowych przeprowadzanych przez pielęgniarki (według ich relacji) oraz złożonych duchowych umiejętności pielęgniarskich rzuciły pewne światło na ogromną rozpiętość różnych form aktywności, postrzeganych przez pielęgniarki jako mieszczące się w zakresie ich kompetencji, w tym zajmowanie się duchowymi potrzebami pacjentów.^{22,23} Przyczyną przeprowadzenia tego rodzaju badań była chęć określenia istotnej pomocy duchowej oferowanej przez pielęgniarki, która nie zostaje udokumentowana. Modlitwa i aktywne słuchanie to najczęściej opisywane spośród interwencji zapewnianych przez pielęgniarki.²⁴ Do innych często opisywanych interwencji należą: akceptacja, towarzyszenie pacjentowi (oferowanie swojej obecności), dotyk terapeutyczny i wzbudzanie nadziei. Obecność jako interwencja obejmuje zarówno obecność fizyczną bez oczekiwania zwrotnych interakcji oraz element psychologiczny, w ramach którego pielęgniarka zwraca uwagę na doświadczenia pacjenta i wykazuje dla nich zrozumienie.²⁴

Narayananasamy i Owens²⁵ zidentyfikowali różne formy reakcji pielęgniarek na krytyczne wydarzenia, które ich zdaniem obejmowały sferę duchową. W podejściu osobistym pielęgniarki wykorzystujące poradnictwo angażowały się we wzajemne dzielenie się doświadczeniami duchowymi, często rozumianymi w kategoriach niezwiązanych z religią. W podejściu proceduralnym pielęgniarka wykorzystywała postępowanie rutynowe, często odsyłając pacjenta do eksperta, czyli kapelana, lub pracując z krewnymi pacjenta, nierzadko bez jego udziału. W podejściu ewangelicznym pielęgniarki, często wyznające tę samą religię co pacjenci, próbowały rozbudzić wiarę pacjenta. Rodziło to różne wątpliwości etyczne, m.in. związane z możliwością narzucania pacjentom lub rodzinom przez pielęgniarki swoich dla nich przekonań duchowych/religijnych, a także zacierania granic między zawodami pielęgniarki i osoby duchowej.⁹

Uwzględnianie duchowości w programach psychospołecznych

Jedną z metod uwzględniania duchowości w procesie leczenia jest włączanie wymia-

ru duchowego w ustalony program terapeutyczny, np. psychoterapię. Próbowano opracowywać różne formy psychoterapii oparte na wartościach chrześcijańskich, z wykorzystaniem modlitw i materiałów religijnych. Wyniki wczesnego badania²⁶ wykazały, że chociaż terapia poznawczo-behawioralna (cognitive-behavioral therapy, CBT) i zmodyfikowana CBT, uwzględniająca kwestie religijne, powodowały poprawę u chorych na depresję, to poprawa ta była większa u pacjentów uczestniczących w programie zmodyfikowanym o kwestie religijne. W niewielkiej metaanalizie wykazano jednak, że ogólna skuteczność obydwu form psychoterapii była w zasadzie jednakowa.²⁷

Inne stosowane podejście polegało na włączaniu kwestii duchowych do gotowego programu rehabilitacji psychospołecznej. W niewielkim badaniu dotyczącym pacjentów z poważnymi zaburzeniami psychicznymi objętych miejskim programem społecznym stwierdzono, że wszyscy badani, u których uczestniczyli w zorientowanych na duchowość grupach wsparcia (stanowiących uzupełnienie programu), zrealizowali swoje cele terapeutyczne związane z radzeniem sobie z objawami, integracją ze społeczeństwem i poprawą ogólnej jakości życia w porównaniu z zaledwie 50% osób uczestniczących w standardowym programie rehabilitacyjnym.²⁸ W innym badaniu, które przeprowadzili Worthington i Sandage,²⁹ które dotyczyło pacjentów z depresją przydzielonych do programu CBT według Becka lub programu uwzględniającego wartości chrześcijańskie stwierdzono, że obydwie metody postępowania były jednakowo skuteczne w łagodzeniu depresji, natomiast program zorientowany religijnie powodował większą poprawę dobrostanu duchowego.

W przeprowadzonym ostatnio przeglądzie¹² piśmiennictwa z całego świata dotyczącego terapii poznawczej zmodyfikowanej o sferę duchową, w kulturze islamskiej, taoistycznej i chrześcijańskiej, tego rodzaju metody leczenia klasyfikowano jako eksperymentalne w terapii zaburzeń lękowych, nerwic, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego i innych zaburzeń, z wyjątkiem depresji, dla której spełniały one kryteria Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego dla dobrze udowodnionej interwencji.

Modele interwencji

Pargament i wsp.³⁰ oraz McConnell i wsp.³¹ przeprowadzili wiele badań potwierdzających pogląd, zgodnie z którym niektóre formy walki duchowej są związane z psychopatologią, zaś psychoterapia uwzględniająca sferę duchową może skutecznie rozwiązać ten i podobne problemy. Badacze, wykorzystując te założenia, opracowali interwencje, w tym

krótką interwencję indywidualną przeznaczoną dla kobiet, które doświadczyły wykorzystania seksualnego połączonego z negatywnym wpływem na ich sferę duchową, mającą na celu poprawę ich dobrostanu duchowego.³² Grupowa interwencja dla osób z poważnymi chorobami psychicznymi, oparta na teorii Pargamenta dotyczącej pozytywnych i negatywnych konsekwencji radzenia sobie w sferze religijnej,³³ uwzględniała takie problemy, jak duchowe zmagania, walka duchowa i nadzieja.

Cole i Pargament³⁴ opracowali również program psychoterapii grupowej dla pacjentów z chorobami nowotworowymi, „Re-Creating Your Life: During and After Cancer” („Odtwarzanie twojego życia: podczas choroby nowotworowej i po jej przebiegu”), łączący w sobie najważniejsze problemy egzystencjalne i pozytywne praktyki religijne, sprzyjające radzeniu sobie. Opracowano wiele modeli psychoterapii grupowej dla pacjentów z chorobami nowotworowymi.^{35,36} Chociaż większość grup terapeutycznych koncentrowała się na edukacji, stwarzaniu możliwości wyrażania emocji i wzmacnianiu umiejętności radzenia sobie jako elementach ogólnego wsparcia; to często pojawiały się również problemy duchowe i religijne, poruszane w celu złagodzenia duchowego cierpienia i dyskomfortu towarzyszącemu schyłkowi życia.

Obszar medycyny paliatywnej, koncentrujący się na opiece w końcowym okresie życia, okazał się polem istotnych innowacji w łączeniu problemów duchowych ze specyficzną formą praktyki medycznej. W jednym z takich programów opracowanych przez Breitbarta³⁵ w Memorial Sloan-Kettering Cancer Center wykorzystuje się podejście skoncentrowane na znaczeniu, wywodzące się z logoterapii opracowanej przez Frankla. Program składa się z ośmiu sesji, które bezpośrednio zajmują się kwestią znaczenia, spokoju i ostatecznego celu.^{35,37} Uczestnicy tego programu, wszyscy w zaawansowanych stadiach choroby nowotworowej z rokowaniem ograniczającym czas przeżycia, otrzymywali materiały do czytania i prace domowe związane tematycznie z problemami omawianymi na sesjach, np. „Znaczenie i historyczny kontekst życia”, „Sens choroby nowotworowej” i „Ograniczenia i skończoność życia”. Program ten miał pomóc pacjentom w pogodzeniu się ze sobą w obliczu przeżywanego przez nich duchowego cierpienia i poczucia beznadziejności.

W szpitalu onkologicznym w Toronto, w Kanadzie, wprowadzono bardziej obszerny, trójstopniowy program, mający na celu wzmocnienie sfery duchowej, poprawę nastroju i poczucia skuteczności pacjentów z różnymi rodzajami nowotworów o różnym stopniu zaawansowania.³⁸ Pierwszy stopień obejmował cztery sesje terapii grupowej,

na których zajmowano się stresem towarzyszącym chorobie nowotworowej. Poziom drugi składał się z ośmiu sesji terapii grupowej, skoncentrowanych na umiejętnościach radzenia sobie, za pomocą techniki „wewnętrzny uzdrowiciel”, przez medytację lub z wykorzystaniem innych technik. Techniki medytacyjne nie stanowiły głównej osi tej interwencji. Medytacyjne śpiewy odbywały się raczej przez pierwszych kilka minut wszystkich sesji i stanowiły wstęp przed poruszeniem głównych tematów. Trzeci poziom polegał na ośmiu sesjach duchowego zdrowienia. Następnie wszyscy pacjenci, którzy ukończyli cały program, mogli korzystać z odbywających się dwa razy w miesiącu spotkań grupowych. Taki wielostopniowy model umożliwiał pacjentom podejmowanie samodzielnej decyzji dotyczącej tego, który poziom duchowego rozwoju jest dla nich najbardziej komfortowy. W badaniu eksploracyjnym, w którym oceniano skuteczność tego programu, na początku zastosowano baterię testów psychometrycznych, następnie badania powtórzono po upływie 8 tygodni i 6 miesięcy. Uczestnicy badania odrabiali pisemnie prace domowe. Dziewięćdziesięciu siedmiu pacjentów, którzy ukończyli trzeci poziom programu, charakteryzowała istotna poprawa w zakresie nastroju, poczucia własnej skuteczności i duchowości w ciągu 8-tygodniowego okresu stosowania badanej interwencji. Po upływie 6 miesięcy tylko poprawa w sferze duchowej utrzymywała się na poziomie statystycznie istotnym. Na podstawie zadań pisemnych, obrazujących, w jaki sposób pacjenci zmagają się ze swoimi problemami duchowymi, badacze zasugerowali, że oceniany model może stanowić zaawansowany trening w sferze duchowej dla bardzo zmotywowanych pacjentów ze środowiska dysponującego ograniczonymi zasobami.

Randomizowane badania kontrolowane mogą pomóc ocenić względną wartość interwencji zorientowanych na sferę duchową w porównaniu z interwencjami standardowymi, a także zidentyfikować podgrupy, w których mogą one okazać się najbardziej pomocne. W badaniu klinicznym³⁹ przeprowadzonym niedawno w klinice Mayo skierowano się w stronę, w którą prawdopodobnie będzie ewoluował ten kierunek. Oceniano mianowicie próby zintegrowania problemów duchowych z wielowymiarowymi i wielodyscyplinarnymi interwencjami, mającymi na celu poprawę ogólnej jakości życia pacjentów z chorobami nowotworowymi. W badaniu tym pacjenci w zaawansowanych stadiach choroby nowotworowej, zakwalifikowani do radioterapii, uczestniczyli w opartym na podręczniku 3-tygodniowym programie, który składał się z ośmiu sesji. Na każdej sesji wykorzystywano elementy poznawcze,

emocjonalne, fizyczne, społeczne, a także interwencje duchowe. Sesje były prowadzone przez psychiatrów lub psychologów, zaś koterapeutą był kapelan, pracownik społeczny lub wyspecjalizowana pielęgniarka, w zależności od tematyki sesji. Porównywano jakość życia pacjentów objętych tym programem i pacjentów objętych opieką standardową oferowaną przez onkologa-radioterapeutę po upływie 4 tygodni i 6 miesięcy. Grupa badana w porównaniu z grupą kontrolną charakteryzowała się istotnie lepszą jakością życia po 4 tygodniach, natomiast po 6 miesiącach różnica ta prawie zanikła. Najważniejszą korzyścią ze stosowanej interwencji wydaje się zapobieganie gwałtownemu pogarszaniu się jakości życia bezpośrednio po radioterapii.

Stefanik i wsp.⁴⁰ przestrzegali przed wyciągnięciem wniosku, że religia i duchowość wpływają na wyniki leczenia u osób z chorobami nowotworowymi, ze względu na ograniczenia metodologiczne wielu badań oceniających to zagadnienie, w tym przewagę badań przekrojowych, badania w niewielkich grupach pacjentów i subiektywność ich doboru, brak korygowania wyników przez wielokrotne porównania statystyczne, niemożność kontrolowania zmiennych zakłócających, a także kwestionowaną rzetelność i trafność narzędzi badawczych.

HIV/AIDS

Wysiłki zmierzające do uwzględniania aspektów duchowych i religijnych w leczeniu HIV/AIDS przybierają różne formy, jednak większość z nich nie podlegała ocenie. W innowacyjnym ambulatoryjnym programie opieki paliatywnej nad pacjentami zarażonymi wirusem HIV w dzielnicy Bronx, w Nowym Jorku pracownicy społeczni dostarczali materiały i partnerów do dialogu, pomagając w odnalezieniu sensu pacjentom przechodzącym proces umierania i żałoby, a także ich rodzinom.⁴¹ W innym badaniu Pargament i wsp.⁴² opracowali złożony z ośmiu sesji nie-swoisty program terapii grupowej przeznaczony dla mieszkających w miastach kobiet rasy czarnej zarażonych HIV lub z AIDS. W programie wykorzystywano takie ćwiczenia, jak pisanie listu do Boga na temat winy i wstydu, identyfikowanie marzeń możliwych do zrealizowania pomimo choroby, zachęcanie uczestników do gromadzenia zasobów duchowych, które mogą sprzyjać poprawie ich zdrowia i samopoczucia podczas zmagania się z chorobą.

Inną interwencję ukierunkowaną na poprawę jakości życia przedstawiono w randomizowanym kontrolowanym badaniu pilotażowym,⁴³ które obejmowało pacjentów z ośrodków opieki przeznaczonych dla chorych na AIDS. Oceniano niezależny i zsumowany wpływ medytacji i masażu na duchowość i jakość życia.

U uczestników tego programu, u których stosowano obydwie formy terapii, obserwowano istotnie większą poprawę dotyczącą parametrów ogólnej jakości życia i jakości życia w sferze duchowej w porównaniu z tymi pacjentami, u których zastosowano tylko medytację lub tylko masaż, albo pacjentami objętymi opieką standardową. Interwencje ukierunkowane na zmniejszenie zagrożeń związanych z HIV/AIDS łączące podejścia oparte na duchowości i zorientowane poznawczo obejmują nie-teistyczny program oparty na buddyźmie ukierunkowany na zachowania ryzykowne u pacjentów centrów miast objętych programem metadonowym oraz grupę radzenia sobie w sferze duchowej dla pacjentów z HIV.⁴⁴⁻⁴⁶

W przeprowadzonym niedawno badaniu,⁴⁷ z którego płyną wnioski dotyczące znaczenia interwencji opartych na duchowości u osób z rozpoznaniem potencjalnie zmieniającym życie, oceniano, czy po rozpoznaniu zarażenia wirusem HIV dochodzi do zmian w sferze duchowej i czy zmiany te są związane z progresją choroby, ocenianą na podstawie liczby limfocytów CD4 i poziomu replikacji wirusa. Osoby wykazujące zwiększenie przeżyć duchowych/religijnych charakteryzowała wolniejsza progresja choroby (oceniana na podstawie obydwu wymienionych powyżej parametrów), nawet po uwzględnieniu uczęszczania do kościoła i wyjściowego nasilenia choroby. Wyniki te potwierdzają słuszność ciągłych wysiłków ukierunkowanych na opracowywanie interwencji zorientowanych na sferę duchową u pacjentów z HIV.

Zgłaszano wiele zastrzeżeń dotyczących wprowadzania interwencji opartych na duchowości w ośrodkach ogólnomedycznych i psychiatrycznych. Profesjonalni pracownicy ochrony zdrowia mogą czuć, że brakuje im wystarczających kompetencji do omawiania problemów duchowych, nie są pewni, jaką rolę mogą odgrywać w porównaniu z rolą kapelana, lub przeżywają wątpliwości dotyczące prawa do ingerowania w prywatne życie pacjenta.¹⁷ W przypadku zajmowania się kwestią duchowości w relacji lekarz-pacjent istnieje ryzyko, że niektórzy przekonania pacjenta mogą podkopywać plan terapeutyczny lekarza, co może z kolei prowadzić do odmowy leczenia lub daremnych prób o leczenie.¹⁷ Inny problem wiąże się z tym, czy interwencje oparte na duchowości mają na celu zaspokajanie potrzeb pacjentów. Pracownicy ochrony zdrowia i pacjenci mogą nie zgadzać się ze sobą co do tego, jakie wymiary duchowe powinny być uwzględniane w opiece nad pacjentami. W przeglądzie artykułów dotyczących badań nad opieką duchową oferowaną w ramach opieki pielęgniarskiej Ross²¹ relacjonuje możliwą rozbieżność między rozumieniem pojęcia duchowości

przez pacjenta i lekarza, a także dotyczącą charakteru opieki duchowej, której mogą oczekiwać pacjenci.

Program grup wsparcia zorientowanych na sferę duchową

Pomimo imponujących postępów technologicznych w leczeniu ostrych stanów w szpitalach ogólnych ograniczone stosowanie się do planu terapeutycznego przez wielu pacjentów systematycznie zaburza kliniczny wynik leczenia. Skutkiem tego są nawroty choroby, większa częstość występowania powikłań i nadmierne koszty ponoszone przez system opieki zdrowotnej. Jeśli chodzi o podstawową opiekę zdrowotną, Światowa Organizacja Zdrowia oszacowała, że zaleconych przez lekarza schematów leczenia farmakologicznego przestrzega nie więcej niż 50% pacjentów z nadciśnieniem.⁴⁸ Wynika to w dużym stopniu z ograniczonego poczucia wzajemności i zaufania między pacjentami

a osobami zapewniającymi im opiekę, a także odbierania kontaktów z przedstawicielami ochrony zdrowia jako bezosobowych.⁴⁹

Joint Commission of Accreditation of Health Care Organizations, najważniejsza komisja zatwierdzająca w szpitalach amerykańskich, stworzyła następującą definicję operacyjną tego deficytu: „wartości kulturalne i duchowe (powinny) być uwzględniane podczas pierwszego badania pacjentów” oraz „Każdy pacjent ma prawo do posiadania... duchowych i osobistych wartości i przekonań, a także preferencji, które powinny być respektowane.”⁵⁰ Jednak, co ważne, jest niewiele lub wręcz nie ma żadnych opublikowanych doświadczeń programowych, które opisywałyby, w jaki sposób można skutecznie uwzględnić w ośrodkach szpitalnych wartości i przekonania związane ze sferą duchową.

Próbując odpowiedzieć na to zapotrzebowanie, autorzy tego artykułu prowadzili grupy tematyczne złożone z pacjentów Bellevue Hospital Center, głównego klinicznego szpitala uniwersyteckiego w Nowym Jorku.

Stwierdzili, że jednym z czynników zwiększających problem jest fakt, że wielu pacjentów ma poczucie, że najważniejsze dla nich przekonania osobiste i duchowe nie są rozpoznawane, ani uwzględniane przez personel szpitalny. We wcześniejszym badaniu personel i pacjenci oceniali znaczenie zasobów związanych ze sferą duchową, z uwzględnieniem zasobów medycznych i materialnych, w procesie wychodzenia z uzależnienia.^{51,52} Personel nie doceniał znaczenia, jakie pacjenci przypisywali uczestniczeniu w grupach zorientowanych na duchowość w procesie zdrowienia.^{51,52} Na tej podstawie autorzy opracowali pilotażowy program kliniczny w celu określenia, czy pacjenci będą dyskusować o tym, w jaki sposób mogą wykorzystywać swoje zasoby duchowe i mocne strony, aby wzmacniać proces zdrowienia i rehabilitacji, korzystając ze wsparcia personelu szpitalnego. Zdobyte w ten sposób doświadczenia autorzy wykorzystali⁵⁴⁻⁵⁶ w podobnych projektach klinicznych i badawczych, dotyczących przydatności takich grup dyskusyjnych w różnych ośrodkach klinicznych, a także utworzonych grup dla pacjentów w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej i ośrodkach przeznaczonych dla leczenia pacjentów nadużywających substancji psychoaktywnych, u których współwystępują dodatkowe zaburzenia psychiczne.

Pracę wszystkich grup wspomagali wolontariusze (personel medyczny lub podobny), którzy poświęcali swój czas z powodu przekonania, że jest to ważne. Celem było uzyskanie od wszystkich uczestników grupy informacji zwrotnych dotyczących tego, w jaki sposób ich duchowe postawy, przekonania i zachowania mogą być pomocne w promowaniu zdrowia i radzeniu sobie z chorobą. Atmosfera grupy była przepojona wzajemnym szacunkiem dla orientacji religijnej (lub niereligijnej) jej uczestników. Najważniejszym poruszonym zagadnieniem miała być podstawowa orientacja duchowa. W tabeli 1 przedstawiono schemat spotkań duchowych.

W grupach utworzonych w ambulatoryjnych ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej w jednym lub większej liczbie spotkań grupowych uczestniczyło 221 pacjentów. Autorzy zdecydowali się na poradnie ogólne, aby ocenić przydatność tej strategii w populacji ogólnomedycznej. Pracę grup oceniano również na trzech psychiatrycznych oddziałach szpitalnych (131 uczestników) i w dwóch poradniach psychiatrycznych (48 uczestników). W pracy uczestniczyło sześciu różnych pomocników, każdy zajmował się grupą w osobnej jednostce. Wybrano pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, aby móc porównać pacjentów z jednym rozpoznaniem psychiatrycznym i tzw. podwójną diagnozą (z towarzyszącym nadużywaniem substancji psychoaktywnych). Opis wyników u pacjen-

TABELA 1
Schemat spotkań grupowych o tematyce duchowej

Podczas godzinnych spotkań wykorzystywano następujący, częściowo ustrukturyzowany schemat:

Wprowadzenie: wyjaśnienie pojęcia duchowości uczestnikom spotkania (5 minut)

Rozpoczęcie: omówienie jednego z poniższych pytań na każdej sesji (10 minut)

Osobiste: „Czy uważasz siebie za osobę duchową?”

Znaczenie: „Jakie znaczenie ma duchowość w radzeniu sobie z chorobą?”

Społeczne: „Czy jesteś częścią społeczności duchowej lub religijnej?”

Przydatność: „Czy odwoływałeś się do kwestii duchowych zmagając się ze swoimi problemami?”

Zdrowienie: „Czy duchowość może mieć znaczenie w procesie twojego zdrowienia?”

Właściwa dyskusja: otwarta dyskusja moderowana przez lidera, dotycząca problemu wiary, winy, nadziei, wybaczenia, wdzięczności, miłości, altruizmu i społeczności duchowej (35 minut). Wszyscy uczestnicy spotkania są zachęceni do wypowiadania się i otrzymują wsparcie od innych członków grupy

Radzenie sobie z chorobą: po uprzątnięciu sobie swoich przekonań i mocnych stron duchowych można spojrzeć na problemy z lepszej perspektywy. Możemy także lepiej współpracować z lekarzami i personelem, którzy próbują pomóc nam w rozwiązywaniu naszych problemów.

Wybaczenie: wszyscy bywamy obrażani lub nawet ranieni przez innych ludzi, jednak korzystne dla nas może być wybaczenie ludziom doznanych z ich strony krzywd. Dzięki temu stajemy się bardziej wyrozumiali i silniejsi.

Wdzięczność: chociaż wszyscy napotykamy na problemy, w naszym życiu są również dobre rzeczy, za które możemy być wdzięczni. Pomocne może być zastanowienie się, za co możemy być wdzięczni i co było pozytywnego w naszym życiu

Altruizm: ludzie pomagając sobie nawzajem wzbogacają swoje życie. Nasze życie może zyskać na znaczeniu, a także możemy być zadowoleni wiedząc, że inni poczuli się lepiej dzięki temu, co zrobiliśmy

Społeczność duchowa: istnieje wiele sposobów, w jakie możemy wykorzystać nasze zasoby duchowe w lokalnym środowisku. Można korzystać z pomocy instytucji religijnych, ale także innych grup, np. lokalne YMCA, grupy medytacyjne, programy 12-kroków i inne grupy wsparcia dla członków rodziny i przyjaciół.

Podsumowanie: w jaki sposób omawiane dziś problemy duchowe mogą pomóc ci w radzeniu sobie z twoimi problemami tutaj i w domu? (9 minut)

Czas na refleksję: (minuta) cicha refleksja lub zastanowienie się „Na co masz nadzieję dla siebie i innych”, członkowie grupy mogą w tym czasie trzymać się za ręce

YMCA – Young Men's Christian Association.

Galanter M, Glickman L, Dermatis H, Tracy K, McMahon C. *Primary Psychiatry*. Vol. 15, No 9. 2008.

tów z zaburzeniami psychicznymi przedstawiono w innym miejscu. W recepcjach poradni ogólnych w widocznych miejscach umieszczano plakaty i rozdawano pacjentom ulotki zawierające informacje dotyczące spotkań grupowych i zapraszające wszystkich zainteresowanych do uczestniczenia w nich. Na oddziałach psychiatrycznych personel zachęcał wszystkich pacjentów do udziału w grupach dyskusyjnych. Przeważnie miało to miejsce na początku cotygodniowego zebrania społeczności. Uczestnictwo w grupach, w których dyskutowano na tematy duchowe, było w pełni dobrowolne i w żaden sposób nie wpływało na zapewnianą pacjentom opiekę medyczną lub psychiatryczną. Dla celów obecnego doniesienia przedstawiono tylko dane uczestników zbierane w medycznych ośrodkach ambulatoryjnych.

W poradni medycznej przeprowadzono badanie oceniające duchowy stosunek do życia z wykorzystaniem Spirituality Self-Rating Scale (SSRS).⁵³ Za pomocą tego narzędzia przebadano 52 przyjmowanych kolejno pacjentów podczas pierwszej sesji terapii grupowej. Średni wynik w SSRS u tych pacjentów był tak wysoki jak u hospitalizowanych pacjentów z uzależnieniem i istotnie wyższy niż u studentów medycyny. W kolejnym badaniu, również przeprowadzonym u zgłaszających się kolejno uczestników pierwszej se-

sji terapii grupowej, 113 osób oceniano pod kątem poglądów duchowych i religijnych oraz odbywania różnych praktyk religijnych. Pytania te wykorzystano wcześniej w narodowych badaniach sondażowych oceniających prawdopodobieństwo.⁵⁷ W badanej grupie dominowały kobiety (64%), zaś średnia wieku wynosiła 53 lata (SD 14). Pod względem etnicznym struktura grupy przedstawiała się następująco: 27% Afroamerykanów, 25% Latynosów, 25% osób rasy białej i 23% osób o innej przynależności rasowej, najczęściej mieszanej. Pacjenci różnili się pod względem preferencji religijnych, przy czym 31% stanowili katolicy, 15% protestanci, 10% muzułmanie, 6% żydzi i 28% osoby o innych preferencjach religijnych, np. wierzące w wyższą siłę, zaś 10% nie miało żadnych preferencji religijnych. Wyniki wskazywały, że w porównaniu z próbą w badaniu narodowym, większy odsetek pacjentów leczonych ambulatoryjnie częściej opisywali siebie jako osoby jednocześnie religijne i duchowe oraz relacjonowali większą częstość praktyk związanych z duchowością, w tym uczestnictwo w praktykach religijnych (tab. 2).⁵⁷ Wyniki sugerują, że pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej uważają sferę duchową za ważną i są podobnie lub nawet bardziej aktywni w tej dziedzinie niż osoby w populacji ogólnej.

Informacje zwrotne od uczestników grup wskazywały na to, że doceniają oni możliwość przedyskutowania swoich doświadczeń duchowych z profesjonalnym personelem w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej; odczuwają bardziej pozytywny związek z leczeniem; a także popierają integrację terapii z formalnym systemem opieki zdrowotnej. W celu udokumentowania tematów omawianych podczas sesji grupowych asystent projektu zapisywał komentarze pacjentów. Następnie dokonywano kategoryzacji odpowiedzi pacjentów udzielanych podczas sesji, zaś wiele tematów okazało się ważnych.

Znaczenie duchowości

Kiedy zapytano uczestników badania, czy uważają siebie za osoby uduchowione, najczęściej udzielali odpowiedzi, że wierzą w wyższą siłę, związaną z Bogiem lub innego rodzaju wyższą instancją. Zróżnicowanie badanych znajdowało odzwierciedlenie w różnych formach tej „wyższej siły”, np. chrześcijanie mówili, że modlą się do Jezusa lub Boga; inni natomiast, którzy określali się jako buddyści, uważali, że wyższa moc jest obecna w spotykanych na co dzień przedmiotach.

Porównanie duchowości i religii

Niektórzy uczestnicy omawiali niektóre aspekty swojej duchowości w kategoriach

TABELA 2

Porównanie wypowiedzi pacjentów ambulatoryjnych i respondentów Newsweeka dotyczących poglądów i praktyk dotyczących duchowości⁵⁷

Pytania sondażowe	Pacjenci		Populacja ogólna	
	Pacjenci ambulatoryjni (n=113; %)	Osoby pytane online (n=150 000; %)	Osoby pytane telefonicznie (n=1,004; %)	
Które sformułowanie najlepiej cię opisuje?				
Zarówno religijny, jak i duchowy	66	51	55	
Duchowy, ale nie religijny	19	32	24	
Religijny, ale nie duchowy	3	3	9	
Jak ważne jest duchowość w twoim codziennym życiu?				
Bardzo ważna	74	60	57	
Dość ważna	21	19	27	
Niezbyt ważna	3	8	7	
Całkiem nieważna	2	11	7	
Jak często chodzisz do kościoła lub innych miejsc kultu religijnego?				
Raz w tygodniu/częściej	46	19	15	
Raz lub dwa razy w miesiącu	12	30	30	
Kilka razy do roku	21	8	15	
Rzadko/nigdy	19	24	27	
Jak często czytasz Biblię, Koran lub inne święte księgi?				
Raz w tygodniu/częściej	51	47	45	
Raz lub dwa razy w miesiącu	6	8	11	
Kilka razy do roku	16	9	9	
Rzadko/nigdy	27	36	33	

Galanter M, Glickman L, Dermatis H, Tracy K, McMahon C. *Primary Psychiatry*. Vol. 15, No 9. 2008.

specyficznych praktyk religijnych (np. modlitwa, czytanie świętych ksiąg, rytuały), ale również zwracali uwagę na różnice między religią a duchowością.

Zasoby, które można wykorzystać

Uczestnicy badania opisywali liczne praktyki duchowe, które wzmacniały ich wiarę w wyższe moce, w tym modlitwę, recytowanie religijnych formułek lub osobistej mantry, bezpośrednie komunikowanie się w zewnętrznej siłą (np. przez śpiew), czytanie świętych ksiąg i medytację. Pacjenci angażowali się w tego rodzaju praktyki, aby się uspokoić, poradzić sobie z depresją lub niezadowolaniem, zmniejszyć ból fizyczny lub emocjonalne cierpienie.

Niektóre osobiste doświadczenia

Niektórzy uczestnicy opisywali swoją duchowość w kategoriach wewnętrznych procesów służących wzbudzaniu nadziei, wzmacnianiu i poprawie ogólnego samopoczucia. Odwoływali się do doświadczenia przemiany duchowej, w tym objawień, cudów lub odrodzenia się.

Poszukiwanie duchowego spełnienia

Niektórzy uczestnicy opisywali siebie jako emocjonalnie wyczerpanych i poszukujących łączności ze sferą duchową. Wielu z nich pamiętało, że byli bardziej uduchowieni, kiedy byli młodszy. Jednak wskutek choroby lub zmian fizycznych związanych z wiekiem stali się bardziej cyniczni i obojętni duchowo.

Poczucie wyalienowania wobec lekarzy szpitala Bellevue

Niektórzy pacjenci byli rozczarowani personelem medycznym. Jeden z nich powiedział: „Jedyną co robią, to dawanie pigułek, a jeśli te nie działają – dają ci po prostu więcej pigułek.” Niektórzy mówili o studentach lekarzach, którzy „nie mieli czasu wysłuchać ich historii”.

Związek z leczeniem i zdrowieniem

Uczestnicy omawiali różne aspekty swojej duchowości, odnoszące się do związków z innymi opartych na zaufaniu, np. z lekarzem rodzinnym, lub z grupą, jak w programie 12 kroków. Wielu z nich dzieliło się swoimi doświadczeniami duchowymi, traktując to jako sposób pomagania innym w radzeniu sobie z chorobą i służący poprawie współpracy w leczeniu. W mniejszym stopniu pacjenci wyrażali pogląd, że ich przekonania duchowe mogą dostarczać sposobu na wyleczenie dolegliwości fizycznych, którym nie dysponuje nowoczesna medycyna. Rzadko skutkowało to jednak odmową stosowania się do wszystkich zaleceń medycznych.

Podsumowanie

Artykuł rzuca światło na postępy, jakie dokonały się w przekładaniu rosnącego zainteresowania medycyny sferą duchową i religijną na interwencje, które mogą okazać się skuteczne i być może staną się elementem standardowej opieki medycznej. Jednym z wyraźnych aspektów tego procesu są próby wykorzystywania różnych interwencji ukierunkowanych na sferę duchową i religijną w różnych formach praktyki klinicznej. Niekontrolowane badania kliniczne dostarczyły większości informacji koniecznych do opisania złożonych dynamicznych zależności między interwencjami duchowymi a opieką medyczną. Jedno z podejść, opracowane w szpitalu uniwersyteckim Bellevue w Nowym Jorku, ilustruje niektóre ze sposobów pomagania pacjentom w wykorzystywaniu zasobów duchowych w radzeniu sobie z chorobą.

Programy zorientowane na sferę duchową mogą rodzić zastrzeżenia etyczne, podobnie jak interwencje związane z konkretnym wyznaniem religijnym. Przez rozszerzenie zakresu dyskusji o wiele zagadnień, które można podciągnąć pod sferę duchową, można ograniczyć wątpliwości dotyczące sekciarstwa i zniekształceń wywodzących się z konkretnej religii. Jeżeli spełniony zostanie ten warunek można zaakceptować i respektować całą różnorodność przekonań i przynależności pacjentów. Pamiętając o tym, interwencje te można ocenić jako skuteczne w poprawie stosunku pacjentów do opieki medycznej, a także rozumienia przez nich roli personelu szpitalnego. Sprzyja to lepszej współpracy w leczeniu.

Piśmiennictwo

- Falby A. The modern confessional: Anglo-American religious groups and the emergence of lay psychotherapy. *J Hist Behav Sci.* 2003;39(3):251-267.
- Fuller RC. American psychology and the religious imagination. *J Hist Behav Sci.* 2006;42(3):221-235.
- Lazaro J. Doctors' status: changes in the past millennium. *Lancet.* 1999;354(suppl):SIV17.
- Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of Religion and Health.* New York, NY: Oxford University Press; 2000.
- Moreira-Almeida A, Koenig HG. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group's „A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life” (62:6, 2005, 1486-1497). *Soc Sci Med.* 2006;63(4):843-845.
- Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. *Am Psychol.* 2003;58(1):64-74.
- Galanter M. *Spirituality and the Healthy Mind: Science, Therapy, and the Need for Personal Meaning.* New York, NY: Oxford University Press; 2005.
- Pargament KI. The psychology of religion and spirituality? Yes and no. *Int J Psychol Relig.* 1999;9(1):3-16.
- Puchalski CM. Spirituality and health: the art of compassionate medicine. *Hosp Physician.* 2001;37(3):30-36.
- Lo B, Ruston D, Kates LW, et al. Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians. *JAMA.* 2002;287(6):749-754.

- Pargament KI, Murray-Swank NA, Magyar GM, Ano G. Spiritual struggles: a phenomenon of interest to psychology and religion. In: Miller WR, Delaney HD, eds. *Judeo-Christian Perspectives on Psychology: Human Nature, Motivation, and Change.* 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2005:245-268.
- Hodge DR. Spiritually modified cognitive therapy: a review of the literature. *Soc Work.* 2006;51(2):157-166.
- Kristeller JL, Rhodes M, Cripe LD, Sheets V. Oncologist assisted spiritual intervention study (OASIS): patient acceptability and initial evidence of effects. *Int J Psychiatry Med.* 2005;35(4):329-347.
- Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy—Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med.* 2002;24(1):49-58.
- Flannelly KJ, Galek K, Handzo GF. To what extent are the spiritual needs of hospital patients being met? *Int J Psychiatr Med.* 2005;35(3):319-323.
- Feudtner C, Haney J, Dimmers MA. Spiritual care needs of hospitalized children and their families: a national survey of pastoral care providers' perceptions. *Pediatrics.* 2003;111(1):e67-e72.
- Post SG, Puchalski CM, Larson DB. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. *Ann Intern Med.* 2000;132(7):578-583.
- Flannelly KJ, Weaver AJ, Handzo GF. A three-year study of chaplains' professional activities at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center in New York City. *Psychooncology.* 2003;12(8):760-768.
- Fogg SL, Weaver AJ, Flannelly KJ, Handzo GF. An analysis of referrals to chaplains in a community hospital in New York over a seven year period. *J Pastoral Care Counsel.* 2004;58(3):225-235.
- Chapman TR, Grossehoehe DH. Adolescent patient and nurse referrals for pastoral care: a comparison of psychiatric vs. medical-surgical populations. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2002;15(3):118-123.
- Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *J Clin Nurs.* 2006;15(7):852-862.
- Van Leeuwen R, Cusveller B. Nursing competencies for spiritual care. *J Adv Nurs.* 2004;48(3):234-246.
- Cavendish R, Konecny L, Mitzeliotis C, et al. Spiritual care activities of nurses using Nursing Interventions Classification (NIC) labels. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2003;14(4):113-124.
- Sellers SC, Haag BA. Spiritual nursing interventions. *J Holist Nurs.* 1998;16(3):338-354.
- Narayanamy A, Owens J. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *J Adv Nurs.* 2001;33(4):446-455.
- Propst LR, Ostrom R, Watkins P, Dean T, Mashburn D. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60(1):94-103.
- McCullough ME. Research on religion-accommodative counseling: review and meta-analysis. *J Couns Psychol.* 1999;46(1):92-98.
- Wong-McDonald A. Spirituality and psychosocial rehabilitation: empowering persons with serious psychiatric disabilities at an inner-city community program. *Psychiatr Rehabil J.* 2007;30(4):295-300.
- Worthington EL, Sandage SJ. Religion and spirituality. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training.* 2001;38(4):473-478.
- Pargament KI, Murray-Swank NA, Tarakeshwar N. An empirically-based rationale for a spiritually-integrated psychotherapy. *Ment Health Relig Cult.* 2005;8(3):155-165.
- McConnell KM, Pargament KI, Ellison CG, Flannelly KJ. Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. *J Clin Psychology.* 2006;62(12):1469-1484.
- Murray-Swank NA, Pargament KI. God, where are you? Evaluating a spiritually-integrated intervention for sexual abuse. *Ment Health Relig Cult.* 2005;8(3):191-203.
- Pargament KI. *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice.* New York, NY: Guilford Press; 1997.
- Cole BS, Pargament KI. Re-creating your life: a spiritual psychotherapeutic intervention for people diagnosed with cancer. *Psychooncology.* 1999;8(5):395-407.

35. Breitbart WS. Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2002;10:272-280.
36. Fawzy FI, Fawzy NW. Group therapy in the cancer setting. *J Psychosom Res*. 1998;45(3):191-200.
37. Greenstein M, Breitbart W. Cancer and the experience of meaning: a group psychotherapy program for people with cancer. *Am J Psychother*. 2000;54(4):486-500.
38. Cunningham AJ. Integrating spirituality into a group psychological therapy program for cancer patients. *Integr Cancer Ther*. 2005;4(2):178-186.
39. Lapid MI, Rummans TA, Brown PD, et al. Improving the quality of life of geriatric cancer patients with a structured multidisciplinary intervention: a randomized controlled trial. *Palliat Support Care*. 2007;5(2):107-114.
40. Stefanek M, McDonald PG, Hess SA. Religion, spirituality and cancer: current status and methodological challenges. *Psychooncology*. 2005;14(6):450-463.
41. La Fosse H, Schwartz CE, Caraballo RJ, Goeren W, Selwyn PA. Community outreach to patient with AIDS at the end of life in the inner city: reflections from the trenches. *Palliat Support Care*. 2004;2(3):305-314.
42. Pargament KI, McCarthy S, Shah P, et al. Religion and HIV: a review of the literature and clinical implications. *South Med J*. 2004;97(12):1201-1209.
43. Williams AL, Selwyn PA, Liberti L, et al. A randomized controlled trial of meditation and massage effects on quality of life in people with late-stage disease: a pilot study. *J Palliat Med*. 2005;8(5):939-952.
44. Beitel M, Genova M, Schuman-Olivier Z, Arnold R, Avants SK, Margolin A. Reflections by inner-city drug users on a Buddhist-based spirituality-focused therapy: a qualitative study. *Am J Orthopsychiatry*. 2007;77(1):1-9.
45. Margolin A, Beitel M, Schuman-Olivier Z, Avants SK. A controlled study of a spirituality-focused intervention for increasing motivation for HIV prevention among drug users. *AIDS Educ Prev*. 2006;18(4):311-322.
46. Tarakeshwar N, Pearce MJ, Sikkema KJ. Development and implementation of a spiritual coping group intervention for adults living with HIV/AIDS: a pilot study. *Ment Health Relig Cult*. 2005;8:179-190.
47. Ironson G, Stuetzle R, Fletcher MA. An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. *J Gen Intern Med*. 2006;21(suppl 5):62-68.
48. Sabate E, ed. The magnitude of the problem of poor adherence. In: Sabate E, ed. *Adherence To Long-term Therapies: Evidence for Action*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003:15.
49. Makoul G, Curry RH. The value of assessing and addressing communication skills. *JAMA*. 2007;298(9):1057-1059.
50. The Joint Commission on Accreditation of Hospital Organizations: Division of Standards and Survey Methods, 2007. Available at: www.jointcommission.org. Accessed August 5, 2008.
51. McDowell D, Galanter M, Goldfarb L, Lifshutz H. Spirituality and the treatment of the dually diagnosed: an investigation of patient and staff attitudes. *J Addictive Dis*. 1996;15(2):55-68.
52. Goldfarb L, Galanter M, McDowell D, Lifshutz H, Dermatis H. Medical student and patient attitudes toward religion and spirituality in the recovery process. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1996;22(4):549-561.
53. Galanter M, Dermatis H, Bunt G, Williams C, Trujillo M, Steinke P. Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2007;33(3):257-264.
54. Galanter M. Self-help treatment for combined addiction and mental illness. *Psychiatr Serv*. 2000;51(8):977-979.
55. Dermatis H, Galanter M, Trujillo M, Rahman-Dujaric C, Ramaglia K, LaGressa D. Evaluation of a model for the treatment of combined mental illness and substance abuse: the Bellevue model for peer-led treatment in systems change. *J Addict Dis*. 2006;25(3):69-77.
56. Galanter M. Innovations: alcohol & drug abuse: spirituality in Alcoholics Anonymous: a valuable adjunct to psychiatric services. *Psychiatr Serv*. 2006;57(3):307-309.
57. Adler J. In search of the spiritual. *Newsweek*. 2005;146:46-64.

Informacja o leku: **ZOLAXA (Olanzapin)** tabletki powlekane 5 mg i 10 mg. **Skład:** 1 tabletki powlekane zawiera odpowiednio 5 oraz 10 mg olanzapiny. **Wskazania:** Terapia schizofrenii. Długotrwałe leczenie podtrzymujące u pacjentów, u których stwierdzono dobrą odpowiedź terapeutyczną w początkowej fazie leczenia. Średnio nasilone i ciężkie epizody manii. U pacjentów, u których w terapii epizodu manii uzyskano dobrą odpowiedź na leczenie, olanzapina wskazuje się w celu zapobiegania nawrotom choroby afektywnej dwubiegunowej. **Dawkowanie i sposób podania:** Schizofrenia: zalecana dawka początkowa olanzapiny wynosi 10 mg na dobę. Epizod manii: dawka początkowa wynosi 15 mg na dobę i jest podawana jako dawka pojedyncza w monoterapii lub 10 mg na dobę w terapii skojarzonej. Zapobieganie nawrotom choroby afektywnej dwubiegunowej: zalecana dawka początkowa wynosi 10 mg na dobę. U pacjentów otrzymujących olanzapinę w leczeniu epizodu manii, aby zapobiec nawrotom, należy kontynuować leczenie tą samą dawką. W przypadku wystąpienia nowego epizodu manii, epizodu mieszanego lub epizodu depresji, należy kontynuować leczenie olanzapiną (w razie potrzeby optymalizując dawkę) i - jeżeli istnieją wskazania kliniczne - zastosować dodatkowe leczenie objawów afektywnych. Podczas leczenia schizofrenii, epizodów manii i w celu zapobiegania nawrotom choroby afektywnej dwubiegunowej, zapobieganie nawrotom choroby afektywnej dwubiegunowej: zalecana dawka początkowa wynosi 10 mg na dobę. Zwiększanie dawki ponad rekomendowaną dawkę początkową jest zalecane tylko po ponownej ocenie stanu klinicznego i powinno być dokorane nie częściej niż co 24 godziny. Olanzapina może być podawana niezależnie od posiłków, które nie mają wpływu na jej wchłanianie. W przypadku planowanego zakończenia leczenia olanzapiną należy stopniowo zmniejszać dawkę preparatu. **Uwagi:** Brak danych klinicznych na temat stosowania olanzapiny u pacjentów poniżej 18 lat. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na olanzapinę lub na któryś z składników preparatu oraz poważne osłabienie ryzyko wystąpienia jaskry z wąskim kątem. **Ostrzeżenia i zalecane środki ostrożności:** Zaleca się odpowiednie monitorowanie kliniczne pacjenta z cukrzycą oraz pacjentów z czynnikami ryzyka wystąpienia cukrzycy. Opisano sporadyczne przypadki wystąpienia hiperkalemii lub nasilenia objawów cukrzycy, czasem prowadzące do kwasicy ketonowej lub śpiączki. W niektórych przypadkach wcześniej zaobserwowano przyniesienie masy ciała, który może stanowić czynnik predysponujący. **Choroby współistniejące:** Należy zachować ostrożność zalecając preparat pacjentom z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego, porażeniem niedzielnym i podobnymi schizofreniami. Podczas leczenia przeciwpsychotycznego poprawa stanu klinicznego pacjenta może nastąpić w okresie od kilku dni do kilku tygodni. W tym okresie należy ściśle monitorować stan kliniczny pacjenta. **Przyjmując, bezobjawowe zwiększenie aktywności aminotransferaz wątrobowych:** AIAI i AspAT, obserwowane jest zwłaszcza w początkowym okresie leczenia. W przypadku podwyższenia aktywności AIAI i (lub) AspAT podczas leczenia powinno się wykonywać badania kontrolne oraz rozważyć zmniejszenie dawki. W przypadku rozpoznania zapalenia wątroby leczenie olanzapiną należy przerwać. Należy zachować ostrożność u pacjentów z małą ilością leukocytów i (lub) granulocytów obojętnochłonnych (neutrofilów), u pacjentów z zahamowaną czynność lub uszkodzeniem szpiku wywołanym przez preparaty, spowodowanym przez chorobę współistniejącą, radioterapię lub chemioterapię, a także u pacjentów z chorobami przebiegającymi z hiperenzymalią oraz chorobami mieloproliferacyjnymi. Neutropenię odnotowywano często u pacjentów leczonych jednocześnie olanzapiną i walproinianem. Dostępne są ograniczone dane dotyczące łącznego stosowania z litem i walproinianem. Brak jest danych klinicznych dotyczących jednoczesnego podawania olanzapiny i karbamazepiny. Olanzapinę należy stosować ostrożnie u pacjentów z napadami padaczkowymi w wywiadzie oraz pacjentów, u których występują czynniki mogące obniżać próg drgawkowy. **Złoty Żespól Neuroleptyczny (ZZN):** Jest stanem potencjalnie zagrażającym życiu związanym z leczeniem przeciwpsychotycznym. Istnieją doniesienia na temat wystąpienia ZZN w związku ze stosowaniem olanzapiny. Objawami klinicznymi ZZN są: bardzo wysoka gorączka, zwiększenie napięcia mięśniowego, zaburzenia świadomości i zaburzenia układu autonomicznego (tętno nierówne lub zmiany ciśnienia tętniczego krwi, tachykardia, zaburzenia rytmu serca i objawy paraliżu). Mogą także wystąpić objawy podobne do objawów jak zwiększenie aktywności fosfokinazy kreatyninowej, mioglobina (rozpad mięśni przywaranych) i ostro niewydolność nerek. Jeśli u pacjenta wystąpią objawy wskazujące na ZZN lub niewyjaśniona, wysoka gorączka bez dodatkowych objawów klinicznych ZZN, należy natychmiast odstawić wszystkie preparaty przeciwpsychotyczne, w tym olanzapinę. Dyskinezy późne: u pacjentów leczonych preparatami przeciwpsychotycznymi może rozwinąć się potencjalnie nieodwracalny zespół mimowolnych, nieprzewidywalnych ruchów kończyn i tułowia. Ryzyko dyskinetycznej późnej jest większe u pacjentów w podeszłym wieku, a także zwiększa się w trakcie długotrwałego leczenia. Dlatego w przypadku wystąpienia oznak lub objawów dyskinetycznej późnej u pacjenta przyjmującego olanzapinę, należy rozważyć zmniejszenie dawki preparatu lub jego odstawienie. Objawy te mogą ulec częściowemu lub całkowitemu nasileniu po zakończeniu leczenia lub odstawieniu preparatów przeciwpsychotycznych. Należy zachować ostrożność podczas jej stosowania w połączeniu z innymi preparatami działającymi osłabająco oraz alkoholem. Wykazano in vitro antagonizm olanzapiny z dopaminą, toteż możliwy jest efekt antagonizujący wobec bezpośrednich i pośrednich agonistów dopaminy. **Zachować ostrożność w dawkowaniu u pacjentów w podeszłym wieku:** zwłaszcza jeżeli obecne są inne czynniki mogące zmieniać metabolizm preparatu. W badaniach klinicznych olanzapiny u pacjentów powyżej 65 lat rzadko obserwowano przypadki niedociśnienia ortostatycznego. Zaleca się, tak jak w przypadku innych leków przeciwpsychotycznych, aby u tych pacjentów okresowo mierzyć ciśnienie tętnicze. Należy zachować ostrożność kojarząc olanzapinę z innymi preparatami wydłużającymi odstęp QT, zwłaszcza u pacjentów w podeszłym wieku, u pacjentów z wrodzonym zespołem wydłużonego odstępu QT, zastoinową niewydolnością serca, przerostem mięśnia sercowego, zmniejszonym potencjału potasu lub magnezu we krwi. **Działania niepożądane:** Jedynymi, bardzo często (powyżej 10%) występującymi działaniami niepożądanymi związanymi ze stosowaniem olanzapiny były senność i zwiększenie masy ciała. Przyrost masy ciała był skorelowany z mniejszym wskaźnikiem masy ciała BMI przed leczeniem oraz dawką początkową olanzapiny 15 mg lub większą. U pacjentów z manią w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej, leczonych walproinianem z olanzapiną w terapii skojarzonej, obserwowano wystąpienie neutropenii w 4,1% przypadków; czynnikiem mogącym mieć wpływ na jej wystąpienie mogło być duże, osoczowe stężenie walproianu. Podczas podawania olanzapiny łącznie z litem lub walproinianem zaobserwowano częściej (> 10%) występowanie drżenia, suchoty błony śluzowej jamy ustnej, zwiększonego apetytu i zwiększenia masy ciała. Zaobserwowano również częściej (1-10%) występowanie zaburzeń mowy. W trakcie jednoczesnego podawania olanzapiny z litem lub walproinianem, zwiększenie masy ciała o co najmniej 7% w stosunku do stanu początkowego, wystąpiło u 17,4% pacjentów podczas aktywnej fazy leczenia (do 6 tygodni). **Działania niepożądane obserwowane w badaniach klinicznych zestawiono poniżej:** **Zaburzenia krwi układu krążenia:** Często (1-10%): eozynofilia. **Zaburzenia metabolizmu i równowagi ciała:** Bardzo często (> 10%): zwiększenie masy ciała. Często (1-10%): zwiększenie apetytu, zwiększone stężenie glukozy, zwiększone stężenie trójglicerydów. **Zaburzenia układu nerwowego:** Bardzo często (> 10%): senność, zaburzenia chodu u pacjentów z chorobą Alzheimera. Często (1-10%): zawroty głowy, akatyja. **Zaburzenia serca:** Niezbyt często (0,1-1%): bradykardia z niedociśnieniem lub bez niedociśnienia lub omdlenia. **Zaburzenia naczyniowe:** Często (1-10%): niedociśnienie ortostatyczne. **Zaburzenia żółtaczka:** Często (1-10%): łagodne, przemijające działanie przeciwcholeremiczne, w tym zaparcia i suchoty błony śluzowej jamy ustnej. **Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych:** Często (1-10%): zmniejszenie, bezobjawowe zwiększenie aktywności aminotransferaz wątrobowych (AIAI, AspAT), zwłaszcza w początkowej fazie leczenia. **Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej:** Niezbyt często (0,1-1%): nadwrażliwość na światło. **Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania:** Często (1-10%): astenia (ogólne osłabienie), obrzęk. **Badania:** Bardzo często (> 10%): zwiększenie stężenia prolaktyny w osoczu, któremu rzadko towarzyszyły objawy kliniczne (np. ginekomastia, mlekotok czy powiększenie sutków). U większości pacjentów stężenie prolaktyny normalizowało się i nie wymagało przerywania leczenia. Niezbyt często (0,1-1%): duża aktywność fosfokinazy kreatyninowej. **Podmiot odpowiedzialny:** ZF Polpharma S.A. Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu: tabletki powlekane 5 i 10 mg - odpowiednio nr 10968 i 10970, wydane przez Ministra Zdrowia. **Dodatkowych informacji o leku udziela:** Polpharma Biuro Handlowe Sp. z o.o., www.polpharma.com.pl; tel: +48 22 364 61 00; fax: +48 22 364 61 02. Produkt dostępny wyłącznie na receptę.