

List do Redakcji • Letter to the editor

Educere - refleksja nad edukacją onkologiczną

Wiktor Chmielarczyk¹, Andrzej Pruszyński²,
Kinga Wojtaszczyk¹, Katarzyna Komorowska¹

Educere - reflection on oncological education

Łacińskie słowo *educere* w czasach gdy Rzym był niewielką miejsciną o charakterze rolniczym znacząco po prostu iść na czele stada, owiec aby wyprowadzić je na zewnątrz [1]. W tym znaczeniu słowo *educere* spotykamy kilkakrotnie w rozdziale dziesiątym Ewangelii św. Jana.

Słowo *educere* jest jednym z trzech słów łacińskich, od których pochodzi wyraz edukacja.^{a)} Na stronach internetowych NCI (*National Cancer Institute*) edukację onkologiczną definiuje się przez określenie jej misji i wizji. Misją jest działalność mająca poprawić jakość życia osób chorych na nowotwory, a wizją to budowanie cywilizacji, w której epidemia nowotworów złośliwych przestanie istnieć [2].

Edukacja onkologiczna ma prowadzić do systematycznego i ustawicznego podnoszenia kwalifikacji przez profesjonalistów (lekarze, pielęgniarki, inne zawody medyczne), a także do gromadzenia wiedzy i zmiany zachowań zdrowotnych w społeczeństwie (chorzy i ich rodziny oraz osoby zdrowe) wobec wciąż nowych odkryć w dziedzinie onkologii. Rozwój edukacji nie opiera się na intuicji odkrycia naukowego, ale na wykorzystaniu systematycznie gromadzonych i porządkowanych informacji.

Teoria edukacji onkologicznej jest pochodną koncepcji człowieka i jego relacji ze społeczeństwem.

W historii koncepcja człowieka oscylowała pomiędzy *evolucją materii* a osobą jako *fenomenem psychofizyczno-duchowym*. Stricte materialistyczne podejście do koncepcji człowieka owocuje skrajnym behawioryzmem, który zakłada możliwość uzyskania każdej zmiany zachowania jednostki w zależności od odpowiedniego bodźca^{b)}. Natomiast podejście personalistyczne zakłada niepowtarzalność i do końca nieprzewidywalność osoby. Od czasów Platona skrajny behawioryzm jest ogromną pokusą w jednoznacznym rozwiązywaniu zagadnienia opozycji pomiędzy jednostką a grupą [3, 4].

Podstawą edukacji onkologicznej stały się wyniki prac badawczych prowadzonych w 1950 roku przez psychologów amerykańskich nad znalezieniem odpowiedzi na pytanie: dlaczego w konfrontacji z chorobą nowotworową (zagrożeniem życia) osoby zachowują się tak, jak się zachowują [5]?

Ustalono wówczas, że podejmowanie decyzji dotyczącej zdrowia jest związane z trzema aktywnościami badanych osób: 1) samoświadomością własnej wrażliwości na chorobę, 2) samoświadomością ciężkości choroby nowotworowej, 3) samoświadomością niedogodności i korzyści po zastosowaniu środków profilaktycznych i/lub określonego sposobu leczenia. Z tych trzech elementów zbudowano uniwersalny model przekonań zdrowotnych osoby (*Health Belief Model* – HBM). Warunkiem jego wykorzystania jest założenie, że w określonej społeczności priorytetem dla każdego obywatela jest jego zdrowie, a nie sprawy bytowe, czy atrakcyjność wyglądu. HBM stał się podstawowym narzędziem badawczym efektywności edukacji onkologicznej [6, 7].

Naukowa ocena efektów edukacji onkologicznej opiera się z jednej strony na warsztacie badań humanistycznych (całościowa koncepcja człowieka, ocena wartości), z drugiej strony na ocenie wiarygodności wyników z wykorzystaniem eksperymentu i matematyki. Ten eklektyzm metod oceny efektywności edukacji onkologicznej rodzi problem ich wiarygodności [8].

Uzupełnieniem HBM jest teoria społecznego poznania (*Social Cognitive Theory* – SCT), opierająca się na fenomenie uczenia się jednostki od grupy [9]. Naturalnym pierwowzorem tego typu edukacji jest rodzina.

Edukacja jednostki w społeczeństwie jest możliwa dzięki zdolności opisywania rzeczywistości symboliką ekspresji artystycznej lub matematyki. Symbole pozwalają na tworzenie modeli zachowań w oparciu o doświadczenia przeszłości^{c)}.

Inną naturalną zdolnością wykorzystaną w procesie edukacji onkologicznej jest obserwacja, naśladownictwo i identyfikacja.

¹ Samodzielna Pracownia Edukacji Onkologicznej

² Zakład Fizyki Medycznej
Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie
w Warszawie

^{a)} Dwa pozostałe to *educare* - karmić, i *edoceo* - uczyć.

^{b)} Prymat grupy nad jednostką.

^{c)} W przypadku epidemii nowotworów zasadniczym doświadczeniem przeszłości jest statystyka zgonów.

Najważniejszą propozycją teorii społecznego poznania jest modelowanie własnego wzorca zachowań zdrowotnych w oparciu o samoobserwację, samoocenę i samorefleksję [9].

Połączenie platońskiej wizji idei z empiryzmem przez Sir Francisca Bacona z Verulamum doprowadziło do poszukiwania faktu jako podstawowego wykładnika prawdy o rzeczywistości. W medycynie to filozoficzne odkrycie zaowocowało powstaniem medycyny opartej na faktach, w której obiektywność została ostatecznie oddzielona od subiektywności [10].

W swojej definicji onkologii prof. Tadeusz Koszarowski dobro konkretnego pacjenta stawiał przed prawdą faktu [11]. W takim kontekście pytanie: dlaczego? jest przed pytaniem: jak? Ten kierunek rewitalizacji wartości subiektywnego przeżycia przed jego matematycznym zobiektywizowaniem ma swoje wytłumaczenie w najnowszych badaniach neurofizjologicznych, w których stwierdzono istnienie neuronów lustrzanych, gdzie obraz i przeżycie stanowią jedność [12]. Stwarza to podstawę do nowych rozważań również w zakresie metodyki edukacji [13]. W tym duchu w USA pojawiły się nowe poszukiwania w zakresie optymalizacji tak ważnego dla edukacji onkologicznej kontaktu pacjent-lekarz. W ich wyniku do programu nauczania studentów medycyny wprowadzono zajęcia z onkologii narracyjnej (*narrative oncology*) [14]. Ten kierunek poszukiwań staje się nowym trendem rozwoju edukacji onkologicznej. Efektem tych poszukiwań są następujące fakty: 1) przewaga profilaktyki nad leczeniem, 2) integracji nad fragmentaryzacją, 3) leczenia domowego nad szpitalnym, 4) przemiana szpitali onkologicznych z „fabryk leczniczych” w przyjazne ludziom „katalizatory zdrowego stylu życia”, 5) koncepcja holistyczna pacjenta przed koncepcją narządową.

Wracając do pierwotnego znaczenia słowa *educere* można traktować edukację onkologiczną jako jedną z aktywności mających na celu spełnianie wizji o wyprowadzaniu ludzkości z obszaru epidemii chorób nowotworowych do cywilizacji nie nękanej już tymi chorobami. Wykorzystując potencjał holistycznej [15] koncepcji człowieka można skonstatować, że edukacja onkologiczna przyszłości będzie opierała się na: kreatywności, indywidualizacji edukacji, zaufaniu, poświęceniu, ustawicznej refleksji nad *misterium mortis*.

Perspektywicznie, przyszłość edukacji onkologicznej prawdopodobnie będą kreować dwa wyzwania [16]:

1. Edukacja onkologiczna stanie się przede wszystkim dobrym interesem.
2. Edukacja onkologiczna stanie się drogą do budowania harmonii pomiędzy naturą a kulturą, co w praktyce przekłada się na kreowanie społeczeństwa żyjącego tak, aby w sposób optymalny wykorzystać dla zdrowia mechanizmy tkwiące w nas samych (*healthy healing community*).

Dr med. Wiktor Chmielarczyk

Samodzielna Pracownia Edukacji Onkologicznej
Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie
ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa

Piśmiennictwo

1. Kumaniecki K. Słownik Łacińsko-Polski. Według słownika Hermana Menego i Henryka Kopii. Warszawa: PWN; 1965.
2. [Http://www.cancer.gov/aboutnci/oesi](http://www.cancer.gov/aboutnci/oesi).
3. Lecas JC. Behaviorism and the mechanization of the mind. *C R Biol* 2006; 329: 386-97.
4. Platon. *Państwo*. Warszawa: PWN; 1958.
5. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr* 1974; 2: 332.
6. Becker MH. The health belief model and personal health behavior. *Health Educ Monogr* 1974; 2: 324-508.
7. Kirscht JP. The health belief model and illness behavior. *Health Educ Monogr* 1974; 2: 387-408.
8. Carlson JS. What to do about Educational Research's Credibility Gaps become more scientific. *Issues in Education* 1999; 2: 239-245.
9. Bandura A. Social Foundation of thought and action. A social cognitive theory. Engleward Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986.
10. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg, and Haynes W (red.). *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. Wyd. 1. New York: Churchill-Livingstone; 1997.
11. Koszarowski T. Współczesne zasady organizacji walki z nowotworami w Polsce. *Zdrowie Publiczne* 1968; 2: 247-55.
12. Gallesse V, Keyzers C, Rizzolatti G. A unifying view of the basis of social cognition. *Trends Cognitive Science* 2004; 8: 396-403.
13. Pruszyński A, Chmielarczyk W. Przypadek Zofii K – rak tarczycy o przebiegu śmiertelnym. *III Ogólnopolska Konferencja Medycyny Paliatywnej „Hospicjum 2003”*. Ogólnopolskie Forum Onkologii i Psychoonkologii. Toruń 2003; streszczenie s. 22.
14. Charon R. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 2001; 17; 286: 1897-902.
15. Meder J. Holistyczne spojrzenie na chorego onkologicznego na tle polskiej rzeczywistości. *Psychoonkologia* 2003; 7: 89-91.
16. Sowers JG. Cancer education – challenges and opportunities for the future. *J Cancer Educat* 1997; 12: 24-7.