

Joanna Karola Głuszak

Gabinet Opieki Paliatywnej Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii w Szczecinie

„Czy umieranie musi boleć...?” Refleksje po konferencji

„Does dying have to be painful...” Post-conference reflections

Sreszczenie

W dniu 1 czerwca 2006 roku w Centrum Onkologii w Warszawie odbyła się XII Ogólnopolska Konferencja „Postępy w leczeniu bólów nowotworowych i medycynie paliatywnej”, której głównym tematem było zagadnienie „Czy umieranie musi boleć?”. Temat skłonił nas do rozważań nad najistotniejszymi sprawami i aspektami życia, chorowania i szeroko pojętej praktyki lekarskiej. Wprawdzie medycyna nie jest „wszechmocna” i przychodzi moment, w którym nie ma choremu już nic do zaoferowania, jednak lekarz nigdy nie jest bezradny. Uważam, że takich pytań i refleksji nie uniknie żaden lekarz, który odpowiedzialnie i poważnie traktuje swoją pracę i powołanie. Pytanie zadane przez organizatorów konferencji zachęciło mnie do przyjrzenia się potrzebom chorych będących u kresu życia oraz sposobom opisu owych potrzeb przedstawionym w piśmiennictwie.

Słowa kluczowe: umieranie, ból, cierpienie

Abstract

The 12th Polish Conference entitled “Advances in palliative medicine and cancer pain management” was organized on 1st of June 2006 in The Centre of Oncology in Warsaw. The leading subject was: Does dying have to be painful? and provoked all the participants to reflection upon the most important question on life, illness and medical practise. Indeed medicine sometimes seems powerless facing death but never is the doctor. Personally, I think this is the question that every doctor asks himself. The subject of the conference encouraged me to look closer at terminally ill patients’ needs in practice and literature.

Key words: death, pain, suffering

W dniu 1 czerwca 2006 roku w Centrum Onkologii w Warszawie odbyła się XII Ogólnopolska Konferencja pt. „Postępy w leczeniu bólów nowotworowych i medycynie paliatywnej”, której głównym tematem było zagadnienie „Czy umieranie musi boleć?”.

Temat skłonił nas do rozważań nad najistotniejszymi sprawami i aspektami życia, chorowania i szeroko pojętej praktyki lekarskiej. Wprawdzie medycyna nie jest „wszechmocna” i przychodzi moment, w którym nie ma choremu już nic do zaoferowania,

jednak lekarz nigdy nie jest bezradny. Uważam, że takich pytań i refleksji nie uniknie żaden lekarz, który odpowiedzialnie i poważnie traktuje swoją pracę i powołanie. Pytanie zadane przez organizatorów konferencji zachęciło mnie do przyjrzenia się potrzebom chorych będących u kresu życia oraz sposobom opisu owych potrzeb przedstawionym w piśmiennictwie.

„Czy umieranie musi boleć?”... To pytanie dotyczy dwóch, zdawałoby się, zupełnie różnych tematów: z jednej strony bólu, z drugiej śmierci.

Adres do korespondencji: Joanna Karola Głuszak
Gabinet Opieki Paliatywnej Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii
ul. Piłsudskiego 40/42, pok. 232, 70-421 Szczecin
tel. 0 508 316 318, e-mail: karola.uk@wp.pl



Polska Medycyna Paliatywna 2006, 5, 3, 131-133
Copyright © Via Medica, ISSN 1644-115X

Oprócz leczenia bólu *sensu stricte* (o bogatej bibliografii w tej dziedzinie nikogo nie trzeba przekonywać) pozostaje jeszcze jakże delikatne zagadnienie z pogranicza dolegliwości fizycznych, psychicznych i duchowych [1]. Staje się to szczególnie istotne u chorych w stanach terminalnych. Zapomina się czasem, że powodzenie w zwalczaniu bólu w dużej mierze zależy od pracowników ochrony zdrowia, w tym lekarzy. Często brak wytłumaczenia istoty choroby ze strony lekarza oraz unikanie rozmowy na ten temat stanowią główną przyczynę występowania trudnego do opanowania bólu w zaawansowanej chorobie nowotworowej [2]. Prof. Twycross uważa, że u osób, u których udało się opanować ciągły ból, mogą pojawić się problemy emocjonalne i duchowe wynikające z rozmyślań o zbliżającej się śmierci. Mało kto potrafi to zrównoważyć. Większość osób stara się bronić przed takimi myślami, jednak niektórych ogarnia poczucie udręki, gniew lub przerażenie spowodowane tym, co się z nimi dzieje. Odczucia te prawdopodobnie nasilają ból oraz inne objawy. Czasami chorzy, którzy nie potrafią sobie w pełni uświadomić źródeł własnego cierpienia, wyrażają je właśnie poprzez ból [2]. To pokazuje, jak ważne jest, by oceniać ból w kontekście aktualnej sytuacji chorego i innych dolegliwości.

Z kolei dr Krajnik podkreśla, iż wielowymiarowość cierpienia osoby umierającej powoduje, że rozpoznając potrzeby pacjenta, lekarz nie może się ograniczać tylko do problemów somatycznych. Takie postępowanie jest nieskuteczne i nie przynosi ulgi cierpiącemu człowiekowi [3]. Chory w stanie terminalnym może odczuwać cierpienie somatycznie, psychicznie, socjalnie i duchowo, a co istotniejsze, jego postrzeganie nasilenia dolegliwości i istotności problemów może być zupełnie inne od oceny lekarza. Należy też zwrócić uwagę na fakt, jak duże znaczenie mają nie tylko stosowane leki i zabiegi pielęgnacyjne, ale samo zachowanie osób opiekujących się chorym [3]. Niemały wpływ na poprawę samopoczucia pacjenta ma też jakość opieki pielęgniarskiej, wsparcie socjalne, obecność rodziny [4]. Empatia, delikatność i wsluchanie się w aktualne potrzeby chorego mogą być wystarczającym postępowaniem, bez konieczności podawania leków [3, 5]. Podobnie prawda, pełne rozpoznanie istoty schorzenia oraz rokowania wpływają pozytywnie na przeżywanie przez pacjenta tego etapu choroby [6]. Zwalczanie bólu u osób umierających, oprócz rzetelnej wiedzy i umiejętności praktycznych, wymaga od lekarza delikatności i kompetencji w podejmowaniu i rozwiązywaniu problemów natury socjalnej, psychicznej i duchowej. Tylko w taki sposób można umierającemu ulżyć

w nękających go dolegliwościach i zapewnić godną śmierć, co jest powołaniem każdego lekarza [7].

„*Czy umieranie musi boleć?*”... Podejmując taki temat, nie można nie zacytować Elizabeth Kübler-Ross, amerykańskiej lekarki szwajcarskiego pochodzenia, która całe swoje życie poświęciła zagadnieniom śmierci i umierania. Pisała, że: „podczas stanu bliskiego śmierci nie odczuwa się bólu (...). Zauważyłam, że pacjenci tuż przed śmiercią odprężali się, promieniowali spokojem, ich bóle ustawały, mimo że całe ich ciało »przeżarte« było rakiem” [8]. Z tym stwierdzeniem można oczywiście dyskutować. Każdy kto towarzyszył umierającemu, może przytoczyć różne, czasem przeciwstawne, doświadczenia. Można by powiedzieć, że ile śmierci, tyle sposobów odchodzenia. Warto jednak przeczytać książkę Elizabeth Kübler-Ross o jakże wymownym tytule „*Życiodajna śmierć*”.

„*Czy umieranie musi boleć?*”... Pytanie jak najbardziej słuszne i potrzebne. A jednocześnie chyba jedno z najtrudniejszych, na które nie ma, moim zdaniem, jednoznacznej odpowiedzi. Ból w sensie dolegliwości fizycznej można w dużym stopniu wyeliminować lub zmniejszyć. Jednak cierpienia jako takiego, dotyczącego zarówno sfery psychicznej, społecznej, jak i duchowej, nie da się oddzielić od umierania (a ogólnie od całego życia ludzkiego). Dotyka ono nie tylko chorego, ale i jego najbliższych.

Warto podkreślić, że cierpienie i ból nie są synonimami [2]. Cierpienie jest doświadczeniem bardziej podstawowym. Wchodzi ono głębiej w naturę człowieka, tak iż jest w stanie dotknąć samych podstaw jego człowieczeństwa [9].

Umieranie stawia chorego, ale też i nas, którzy go otaczamy, wobec wielu pytań dotyczących istoty i sensu życia. Problemy natury egzystencjalnej i duchowej stają się jednymi z najistotniejszych w okresie umierania, a właśnie ten aspekt opieki nad chorym terminalnie bywa pomijany. Zwrócenie uwagi na te potrzeby i dolegliwości umierających należy nie tylko do zadań opieki paliatywnej, ale też onkologii i innych specjalności [10]. Wszyscy: lekarze, pielęgniarki, cały personel medyczny, rodzina chorego, jesteśmy za to odpowiedzialni.

Należy jednak zauważyć, że chorzy sami wybierają osoby, z którymi chcą podejmować dialog i rozmawiać o trudnych szczegółach dotyczących końca ich życia, i często nie są to specjaliści kierujący leczeniem. Chociaż pacjenci raczej niechętnie i z pewnymi obawami podejmują takie rozmowy, wpływają one na wyraźną poprawę ich samopoczucia i zmniejszają poczucie lęku [11]. Elizabeth Kübler-Ross twierdzi, że „jeśli chory ma przy sobie kogoś, kto poświęca mu czas i uwagę, komu na

nim zależy, może dojść nawet do etapu akceptacji swego stanu” [10].

Wyzwaniem współczesnej medycyny jest znajdowanie równowagi między dawaniem nadziei a zmniejszaniem lęku podczas całego okresu choroby nowotworowej, a zwłaszcza w okresie umierania [12]. Lęk przed śmiercią towarzyszy człowiekowi od zawsze. Jednak we współczesnych cywilizowanych społeczeństwach śmierć jest konsekwentnie wyrzucana poza nawias tego, co istotne. Naturalny proces umierania, wszystko co się z tym wiąże, jest wypierane z ludzkiej świadomości. Coraz mniej się mówi o śmierci, bo już sam temat budzi mieszane, wstydliwe uczucia, co w efekcie powoduje znaczne nasilenie lęku [13]. Nawet najlepsza opieka medyczna nie uwolni człowieka całkowicie od lęku przed śmiercią i nieznaną przyszłością [1].

Umieranie jest związane z cierpieniem, które nie musi pozbawiać człowieka godności i poczucia sensu życia. Nie musi mieć wymiaru doświadczenia negatywnego — ono może „uszlachetnić”, pogłębić nasze człowieczeństwo.

Jan Paweł II pisał, że „cierpienie jest czymś bardziej jeszcze podstawowym od choroby, bardziej wielorakim, a zarazem głębiej jeszcze osadzonym w całym człowieczeństwie. Człowiek cierpi na różne sposoby, nie zawsze objęte przez medycynę, w jej nawet najdalszych rozgałęzieniach. Cierpienie zawsze jest próbą, czasem nad wyraz ciężką próbą, której poddane zostaje człowieczeństwo (...). Taki jest sens cierpienia (...). Człowiek odnajduje w nim siebie, swoje człowieczeństwo, swoją godność, swoje posłannictwo” [14].

Z kolei ks. Bożo wskazuje na znaczenie bazy duchowej: „Wiara w życie pozagrobowe pozwala umierającemu znaleźć odpowiedź na pytania dotyczące przyszłości i zaspokoić ludzkie pragnienie nieśmiertelności. Wiara religijna pozbawia umieranie i śmierć tragicznego i absurdalnego wymiaru” [1]. Według Jana Pawła II to Duch Święty „dokonuje tego zdumiewającego przeobrażenia wewnętrznego, które sprawia, że ludzie bardzo cierpiący są bardzo szczęśliwi” [15]. W rozważaniach tych zawarta jest wielka tajemnica chrześcijaństwa, paradoksu, jakim wydawać się może pozytywny wymiar ludzkiego cierpienia.

Warto tu za dr Krajnik przytoczyć wyniki badania *American Pain Society*, obejmującego hospitalizowanych pacjentów, w którym to osobista modlitwa okazała się drugą co do częstości metodą leczenia bólu, zaraz po doustnych środkach przeciwbólowych, a przed lekami parenteralnymi, zabiegami anesteziologicznymi czy fizjoterapią [3].

„Czy umieranie musi boleć?... Choć od lat zajmuję się opieką paliatywną, to czasami jestem po

prostu bezradna wobec bólu i cierpienia osoby umierającej. To nie jest łatwe doświadczenie i nie można się do niego „przyzwyczaić”. Śmierć należy do życia jako jego ostatnia faza. A najważniejszym zabiegiem leczniczym jest „pełna miłości obecność pełniona przy umierającym” [16].

Na koniec chciałabym zacytować słowa, które doskonale odzwierciedlają całą tajemnicę naszej obecności przy pacjencie: **„Wielu z was (lekarzy) będzie chciało uciec od człowieka, gdy zrozumiecie, że jesteście bezradni wobec jego choroby. Prawdziwy lekarz nigdy nie jest bezradny, bo jego pierwszym zadaniem nie jest wyleczenie człowieka, ale udzielenie mu pomocy... A tu zawsze jest szansa”** [17].

Piśmiennictwo

1. Bożo W. Cierpienie duchowe w chorobie terminalnej. *Polska Medycyna Paliatywna* 2004; 3: 57–65.
2. Twycross R. Czynniki utrudniające zwalczanie bólu. *Polska Medycyna Paliatywna* 2005; 4: 28–47.
3. Krajnik M. Jak umierają chorzy na raka płuca? *Polska Medycyna Paliatywna* 2004; 3: 281–299.
4. Cooley M.E., Short T.H., Moriathy H.J. Patterns of symptom distress in adults receiving treatment for lung cancer. *J. Pall. Care* 2002; 18: 150–159.
5. Murray S.A., Kendall M., Boyd K., Worth A., Benton T.F. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or cardiac failure: prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Pall. Med.* 2004; 18: 39–45.
6. Okazaki N. Life of advanced cancer patients after knowing the nature of their own disease: a personal experience of seven cases. *Jpn. J. Clin. Oncol.* 1983; 13: 703–707.
7. Klaschik E. Leczenie bólu i kontrola objawów u chorych umierających w ramach medycyny paliatywnej. W: Diner H.Ch., Maier Ch. Leczenie bólu, zespoły bólowe — metody postępowania. Wyd. I (pol.) Kübler A. (red.) Urban & Partner, Wrocław 2005: 276–281.
8. Kübler-Ross E. Życiodajna śmierć. Księgarnia Św. Wojciecha, Poznań 1998.
9. Wróbel J. Człowiek i medycyna. Teologiczno-moralne podstawy ingerencji medycznych. Wydawnictwo Księży Sercanów SCJ, Kraków 1999.
10. Cancer care during the last phase of life. *J. Clin. Oncol.* 1998; 16: 1986–1996.
11. Lamont E.B., Siegler M. Paradoxes in cancer patient's advance care planning. *J. Pall. Med.* 2000; 3: 27–35.
12. Principles of palliative care. W: Cassidy J., Bissett D., Spence R.A.J. (red.) Oxford handbook of oncology. Oxford University Press, 2002.
13. Tworuszka A. Śmierć w świadomości jednostki i społeczeństwa. W: *Racjonalista. Ośrodek Racjonalistyczno-Sceptyczny im. De Voltaire'a* (<http://www.racjonalista.pl/kk.php/t,4647>).
14. Jan Paweł II. *Salvifici Doloris*. List apostolski o chrześcijańskim sensie cierpienia. Rzym 1984; 5: 23, 31.
15. Jan Paweł II. O cierpieniu. Przemówienie do chorych podczas spotkania w Kościele OO. Franciszkanów w Krakowie, dnia 9 czerwca 1979.
16. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Karta Pracowników Służby Zdrowia, Watykan 1995: 117.
17. Grzegorzczak J. Trufle. Nowe przypadki księdza Grosera. W drodze, Poznań 2004.