

Julian Stolarczyk

Emerytowany Profesor Patologii Akademii Medycznej w Gdańsku

Medycyna paliatywna wczoraj, dziś i jutro

Medycyna paliatywna to otoczenie opieką nieuleczalnie chorych, z których większość powoli, jednak nieuchronnie zdąży ku śmierci. To działanie lekarskie zapewniające możliwie godne życie aż do jego końca.

Prowadzenie chorych w okresie, gdy ich sprawność fizyczna ulega coraz większemu ograniczeniu, a chęć życia zmniejsza się, jest wielką sztuką. W pierwszym okresie rozwoju medycyny paliatywnej skupiono się przede wszystkim na tworzeniu miejsc, w których wspomnianą opiekę można było tak zorganizować, by umieranie stało się godne i pozbawione cierpienia.

Początkowo w Polsce zaczęły powstawać dość liczne hospicja przykościelne niezwiązane z państwowym systemem opieki zdrowotnej. Wiele osób angażowało się w taką działalność pod wpływem bolesnych, osobistych doświadczeń związanych z umieraniem bliskiej osoby. W miarę rozwoju ośrodków przyszpitalnych, zrębów profesjonalnej opieki paliatywnej, jak i zainteresowania się tą problematyką przez Światową Organizację Zdrowia, stworzono kompleksowe modele opieki paliatywnej. Konieczne stało się kształcenie personelu medycznego w tym nowym dziale medycyny.

Należy przyznać, że w Polsce w ostatnich 10 latach dokonano wiele. W akademiach medycznych stworzono pierwsze jednostki naukowe zajmujące się opieką paliatywną, powołano Radę Medycyny Paliatywnej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej, Ogólnopolskie Forum Hospicyjne czy Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej. Powstała specjalizacja w zakresie medycyny paliatywnej, ustalono wytyczne nauczania akademickiego, prowadzone są szkolenia dla lekarzy, studentów i pielęgniarek [3–6].

We współczesnym świecie powszechnie dąży się do uzyskania jak największej sprawności psychofizycznej i ciągłego podtrzymywania młodości, tak by

maksymalnie korzystać z życia. Zasadniczym i nadrzędnym celem medycyny jest więc skuteczne zapobieganie, rozpoznawanie i leczenie chorób. W takim systemie śmierć zawsze stanowi porażkę, dlatego wielu usiłuje leczyć tak, jakby w ogóle nie istniała.

Z kolei medycyna paliatywna wymaga przyjęcia innych zasad [6]. Większość osób, którymi się zajmuje, to chorzy z zaawansowaną chorobą nowotworową. Mimo postępów onkologii wielu nowotworów wciąż nie można wyleczyć. Pacjenci muszą znosić nie tylko stopniowo narastające brzemienie choroby, ale także obciążenia samej terapii, by wreszcie stanąć w obliczu śmierci. Postęp ten spowodował również, że schorzenia niegdyś szybko postępujące, obecnie stały się przewlekłymi. Chorzy żyjąc dłużej, narażeni są jednak na dodatkowe powikłania; czasem takie, których wcześniej nie znaliśmy.

Niemal w każdej przewlekłej chorobie (zwłaszcza nieuleczalnej) jakość życia nabiera zasadniczego znaczenia. Dlatego celem medycyny paliatywnej jest zachowanie jej na możliwie najwyższym poziomie pomimo postępu choroby. Stąd dalszy rozwój tej dziedziny jest tak istotny. W przeciwnym razie, zwłaszcza wobec bezradności „klasycznej medycyny”, pozostawałaby jedynie eutanazja.

Podstawowe znaczenie ma łagodzenie bólu, dające szansę na godne znoszenie przeciwności w miarę powolnego wyczerpywania się biologicznych rezerw organizmu. Psychika odgrywa tu niezwykle ważną rolę [1].

W zaawansowanej chorobie nowotworowej rozpoznanie jest znane, a jej koniec przewidywalny. Gdy nie ma możliwości wyleczenia, trzeba nauczyć się żyć możliwie najlepiej każdego dnia. Opiekun chorego, lekarz, powinien wzbudzić i podtrzymywać w nim chęć życia, w pewnym sensie uczestnicząc w jego cierpieniu. U kresu życia chorzy mogą stać się przy-

kładem męstwa, którego tak wielu z nas brakuje. Zezwalając komuś na opiekę nad sobą, mogą mu wiele podarować [4]. Często w końcowej fazie choroby na pytanie: — „Po co żyję? Jestem bezużyteczny i obciążam moich najbliższych” — odpowiadam — „To Ty jesteś najważniejszy. Uczysz ich opieki nad drugim człowiekiem. Bez Ciebie byłoby do tego niezdolni. Potem, gdy sami nie będą już tacy sprawni jak dzisiaj, będą opiekować się sobą nawzajem. Uczysz ich pełni człowieczeństwa. Gdy dojrzeją, będziesz mógł umrzeć”.

Wiemy, że rak we współczesnym społeczeństwie wywołuje jedynie najgorsze skojarzenia. Nauczyć więc kogoś życia mimo toczącej się choroby nowotworowej jest niewątpliwie prawdziwą sztuką leczenia [4].

Tacy chorzy (bardziej niż inni) wymagają od swoich opiekunów autentyczności i uczciwości. Nie można ich okłamywać ani bać się ich choroby. Chcą, by łagodzić ich dolegliwości i nie opuścić ich aż do śmierci. Pamiętajmy, że chory z zaawansowaną chorobą nowotworową nie ma czasu na kłamstwa i złudzenia. Oczekuje rzeczywistego wsparcia drugiego człowieka. Wymaga to oczywiście od lekarza wielu umiejętności: jasnej motywacji do działania, znajomości historii naturalnej określonej choroby, poznania zakresu współpracy z chorym, który w dużej mierze zależy od zaawansowania choroby. Ocena wymienionych czynników tworzy podstawy leczenia tych chorych. Reszta jest duchowym darem i stanowi o sztuce. Uświadomienie sobie tych właściwości jest ważne, ponieważ współczesna medycyna ani tych zdolności nie rozwija, ani o nich nie uczy [2, 3].

Obecnie w medycynie porównujemy liczby i analizujemy je. Gromadzimy dane o wielu podobnych chorych, by poddać je wielorakiej obróbce matematycznej. Współczesna wiedza nie może obejść się bez liczb. Ma to niewątpliwie sens w wytyczaniu nowych kierunków badań i podstawowych strategii postępowania. W zaawansowanej chorobie nowotworowej pacjent staje się jednak niepowtarzalną indywidualnością i z trudem poddaje się prawom statystyki. Lekarz może zagubić się w liczbach, a chorego mało interesują procenty. Chce żyć, chce komuś zawierzyć i oddać mu swoją trwogę. Nie znajdując lekarza, który pomoże mu w cierpieniu, szuka kogoś, kto pomoże mu umrzeć, choćby znachora. Przyszłość medycyny paliatywnej to zapewnienie nieuleczalnie chorym pełnego wsparcia zarówno psychosomatycznego, jak i duchowego. To współdziałanie tego, który umiera, z tym, który pomaga mu żyć. Pół wieku wysiłków wielu ludzi na całym świecie doprowadziło do licznych sukcesów na omawianym polu. Powsta-

ły hospicja stacjonarne i rozwinęła się opieka domowa. Tworzą się krajowe i ponadnarodowe grupy robocze, co roku odbywają się liczne konferencje i zjazdy. Powstają też coraz lepsze monografie i podręczniki leczenia objawowego w stanach przedterminalnych i terminalnych. Zdobyto pokaźną wiedzę dotyczącą potrzeb psychicznych omawianych chorych [1, 2]. Coraz wyraźniej ujawnia się kluczowa rola lekarza, który swoją wiedzą, zrozumieniem i człowieczeństwem mobilizuje chorego i zespół opiekunów do przejścia razem tego najtrudniejszego fragmentu drogi w życiu [5].

Sądzę, że dla współczesnej medycyny opieka paliatywna stanowi drogę nadziei. W odpowiedzi na podstawowe pytania nie pomogą bowiem najbardziej precyzyjne maszyny. Nic nie zastąpi empatii i zrozumienia drugiego człowieka w mobilizacji wszystkich sił obronnych organizmu do walki z chorobą. Wymaga to od lekarza szczególnych umiejętności; niekoniecznie nadmiaru słów. Chory w tej fazie choroby zwykle nie zadaje wielu pytań. Oczekuje troskliwej opieki i akceptacji jego osoby. Chce odnosić drobne sukcesy, jak dobrze przespana noc czy smaczny posiłek.

Niezbędna jest codzienna opieka. Uczy żyć dniem dzisiejszym, dobrą chwilą — najlepiej jak można. Stały kontakt, choć telefoniczny, jest niezbędny. Stały kontakt z lekarzem ułatwia opanowanie trwogi. Znając historię naturalną choroby, dobrze jest uprzedzić chorego, co może się nagle stać i jak na to reagować. Nie wolno przerażać, nadmiar informacji jest zbędny, całkowity brak wiedzy wywołuje panikę. Należy mówić prawdę. Kłamstwo prowadzi do klęski. Chory powinien wiedzieć tyle, ile rzeczywiście jest w stanie znieść [4]. Osiągnięcie drobnego sukcesu uwiarygodnia lekarza. Trafne przewidywanie i usuwanie drobnych kłopotów coraz gorszej codzienności czyni go niezastąpionym. Istniejąca aktualnie tendencja do poszukiwania innych specjalistów, psychiatrów, psychologów jest moim zdaniem niestłuszną. W ogromnej większości przypadków powinien to być jeden lekarz: prawdziwy opiekun, który nie unika pełnej odpowiedzialności za chorego.

Stwierdzenie: „on ma raka” często czyni chorego przegrany nie tylko w potocznym mniemaniu, ale także w opinii lekarzy. Chory może sam siebie za takiego uważać [3]. Fakt ten rodzi ogrom kłamstwa, które jest niemoralne, nieskuteczne i głupie. Chory okłamuje lekarza, lekarz chorego i tworzy się błędne koło lub zмова milczenia. Wyklucza to mobilizację sił obronnych chorego, uniemożliwia wytworzenie autentycznej wspólnoty. Przekaz powinien być zupełnie

inny: „Żyj dzisiaj najlepiej jak możesz. Nie opuścimy Cię, bo zawsze jest coś do zrobienia. Nie wiem, co będzie dalej. To zależy od Boga (gdy można się na Niego powołać) albo od losu”. Wtedy chory wie, że lekarz nie kłamie, zna się na jego chorobie i umie mu pomóc [4].

Po wielu latach pracy z omawianymi chorymi sędzę również, że lekarz może też ponieść klęskę, jeśli w medycynie paliatywnej poszukuje rozwiązania swych własnych problemów, stracił sens życia, nie ma wiary i zaufania do drugiego człowieka.

Nieuleczalnie chorym najlepiej może pomagać człowiek szczęśliwy, który w swoim życiu znalazł

odповідź na zasadnicze pytania. Bo sztuka leczenia nieuleczalnie chorych jest zarazem sztuką życia.

Piśmiennictwo

1. de Walden-Gałuszko K. Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotematologii: psychologiczne aspekty choroby nowotworowej. Wyd. Uniwers., Gdańsk 1992, 64.
2. de Walden-Gałuszko K. U kresu. Wyd. Med. MAK-MED, Gdańsk 1998, 147.
3. Stolarczyk J. Aktualne problemy medycyny paliatywnej. Podst. Nauk. Med. 1993; 4: 27.
4. Stolarczyk J. Sztuka leczenia nieuleczalnie chorych. W: Człowiek nieuleczalnie chory. KUL, Lublin 1997, 153–157.
5. Stolarczyk J. Sztuka leczenia bólów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. W: Ból totalny. KUL, Lublin 1998, 21–27.
6. Twycross R., Lack S. Leczenie terminalnej fazy choroby nowotworowej. PZWL, Warszawa 1991, 230.