

Spotkanie z człowiekiem

Meeting the human

lek. Anna Walaszowska-Czyż, lek. Małgorzata Kuc-Rajca

*Klinika Onkologii i Chirurgii Onkologicznej, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego,
Europejskie Centrum Zdrowia Otwock
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Tadeusz Pieńkowski*



*„[...] doświadczenie drugiego człowieka otwiera dla mnie etyczny horyzont mego istnienia” [1]
Ks. Józef Tischner*

STRESZCZENIE

W pracy onkologa szczególnie często mamy do czynienia z problemami zmuszającymi nas do trudnych wyborów i podejmowania decyzji, które mają nie tylko wymiar kliniczny, ale może przede wszystkim etyczny. Niestety, zbyt mało miejsca w dostępnej literaturze medycznej poświęcono dylematom, z jakimi spotyka się w swojej pracy lekarz onkolog.

Chcielibyśmy zachęcić Państwa do dzielenia się swoimi wątpliwościami i prezentowania w „OncoReview” opisów sytuacji, które były dla Państwa trudne.

Na przykładzie pacjentki leczonej w naszym szpitalu przedstawiamy rozterki, które zrodziły się podczas naszych wzajemnych kontaktów i stały się inspiracją do dalszych rozważań.

Omawiamy takie zagadnienia jak stosunek lekarza do pacjenta umierającego, problem ograniczania procedur medycznych, relacje pacjent–lekarz.

SŁOWA KLUCZOWE: człowiek, pacjent, terapia uporczywa, szacunek, śmierć

ABSTRACT

We often have to deal with problems which force us to making difficult choices and decisions that have not only clinical aspects but also ethical during the oncologist's work.

Unfortunately there is not enough place in available medical literature given for dilemmas which oncologists meet in their work.

We would like to encourage you to share your doubts and present descriptions of situations which were difficult for you in the pages of our newspaper.

By example of a patient who got treatment in our hospital we present dilemmas which appeared in our mutual contacts and became an inspiration to further thoughts.

We also discuss such issues as doctor's attitude to dying patient, the problem of restricting medical procedures and patient–doctor relation.

KEY WORDS: human, patient, persistent therapy, respect, death

Chciałybyśmy zaproponować utworzenie w „OncoReview” nowego działu „Dyskusje kliniczno-etyczne”. Byłyby w nim zamieszczane opisy sytuacji szczególnie trudnych, wzbudzających wątpliwości, zmuszających do refleksji, powodujących rozterki.

W pracy onkologa szczególnie często mamy do czynienia z problemami zmuszającymi nas do trudnych wyborów i podejmowania decyzji, które mają nie tylko wymiar kliniczny, ale przede wszystkim etyczny.

Niestety, zbyt mało miejsca w dostępnej literaturze medycznej poświęcono dylematom, z jakimi styka się w swojej pracy lekarz onkolog. I o ile do problemów klinicznych możemy się odnieść, stosując choćby zasady EBM, o tyle w sytuacji rozterek etycznych często trudno nam znaleźć odpowiednie wsparcie. Kiedy stajemy przed naszym pacjentem, człowiekiem, często jesteśmy pełni obaw, czy podjęliśmy właściwe decyzje, czy dobrze z nim rozmawialiśmy; ogarnia nas lęk, niepokój.

Dzieląc się naszymi wątpliwościami i podpierając się literaturą z zakresu bioetyki i filozofii, możemy spróbować nawiązać dyskusję, która stanie się źródłem inspiracji w naszej dalszej pracy.

Na początek, aby zachęcić Państwa do dyskusji, chcielibyśmy przedstawić pacjentkę naszego szpitala i zaprezentować rozterki, jakie zrodziły się podczas naszych wzajemnych kontaktów.

Pani Ewa, 51-letnia pacjentka, zachorowała na raka jajnika przed czterema laty. Przez ten czas mimo postępującej choroby i konieczności stosowania kolejnych terapii starała się utrzymywać normalny tryb życia. Była czynna zawodowo, samotnie wychowywała syna, podróżowała. Przed kilkoma miesiącami choroba zaatakowała mocniej, doszło do niedrożności przewodu pokarmowego i musiano wyłonić stomię. Pani Ewa, nadal pełna optymizmu, powróciła do czynnego życia. Niestety, objawy niedrożności narastały, pojawiły się bóle, wymioty. Pacjentka trafiła do nas na tym etapie (tego dnia była jeszcze w pracy). Ze względu na stan ogólny pozostawiliśmy ją w szpitalu. Miała to być krótka hospitalizacja do czasu ustąpienia dolegliwości. Pamiętam moment przyjęcia pani Ewy do szpitala: razem z chirurgiem staliśmy nad nią, robiąc poważne miny, starając się odpowiedzieć, dlaczego tak boli brzuch, dlaczego nie możemy zrobić kolejnego zabiegu chirurgicznego i jakie zastosujemy leczenie. Wszyscy byliśmy spięci, a pani Ewa – cierpiąca i rozżalona. Po dwóch dniach okazało się, że z powodu wymiotów musi-

my założyć sondę do żołądka. Było to bardzo trudne do zaakceptowania przez pacjentkę. Pielęgniarki żaliły się, że pani Ewa jest niesympatyczna, że je atakuje, że ciągle ma pretensje. W rozmowach z nami też wyrażała niezadowolenie, podawała w wątpliwość stosowane leczenie, chociaż przyniosło jej ulgę. W pewnym momencie zadaliśmy sobie pytanie, co jeszcze możemy dla niej zrobić, czy mamy się zgodzić na stopniowe wyniszczanie i śmierć pacjentki. Również rodzina domagała się leczenia.

Pani Ewa była w terminalnej fazie choroby, rozpoczął się proces umierania i nie można było zastosować żadnego leczenia przyczynowego ani zabiegu chirurgicznego. Chora nie cierpiała, nie miała dolegliwości bólowych.

Mimo wszystko niektórzy z nas mieli wątpliwości, pytali: „Jak to nic nie będziemy robić, mamy pozwolić jej umrzeć z głodu?”. Kolega na dyżurze podjął decyzję o podłączeniu żywienia pozajelitowego. Ja jako lekarz prowadzący byłam temu przeciwna. To był moment, kiedy ogromnie się wzburzyłam, pojawiły się pytania o sens takiego działania, o uporczywą terapię; takie postępowanie było niezgodne z moimi zasadami.

Pacjentka początkowo była niechętnie nastawiona, ale później domagała się dalszego żywienia.

Podjęłam decyzję, że muszę z nią szczerze porozmawiać. Powiedziałam jej, że jestem przeciwna żywieniu, wytłumaczyłam, że nie ma to sensu, że przedłuży tylko stan terminalny choroby, a tym samym jej cierpienie. Pani Ewa była nieufna, podejrzewała, że odgrywają tu rolę względy ekonomiczne. Zapewniona, że leczenie, które prowadzimy, gwarantuje komfort tych ostatnich dni, po pewnym czasie zrozumiała i pogodziła się z moją decyzją, poczuła się bezpiecznie, wiedziała, że nie musi się niczego domagać. To był przełom w naszych kontaktach.

Pani Ewa stawała się coraz słabsza i zdecydowała, że ze względów rodzinnych nie wróci do domu, lecz pojedzie do hospicjum. Z powodu braku miejsc przez dłuższy czas pozostawała u nas w szpitalu. Była pełna niepokoju o przyszłość syna, chciała załatwić jeszcze sprawy majątkowe, ale coś ją wstrzymywało, tak jakby wierzyła, że dopóki nie zamknie ostatecznie swoich ziemskich spraw, dopóty będzie żyła. Bardzo ją to męczyło i było przyczyną dodatkowych cierpień. Odpowiedziałam jej wtedy, że może gdy uporządkuje te sprawy, to będzie jej łatwiej. Tak zrobiła i przyznała potem, że rzeczywiście poczuła ulgę. Nie chciała do końca poddać się swojej słabości, pragnęła jeszcze spędzić kilka dni w hospicjum, które było blisko domu, gdzie mógłby odwiedzić ją syn. O tym wszystkim mówiliśmy bardzo szczerze

i otwarcie podczas naszych codziennych rozmów, które prowadziłyśmy spokojnie, bez pośpiechu mimo porannych obowiązków. Te rozmowy z panią Ewą stały się dla mnie w pewnym momencie niezwykle ważne, a i dla niej były ogromną pociechą. Siadałam przy jej łóżku, czasami chwilę czekałam na zainicjowanie rozmowy. Rozmawiałyśmy o wszystkim. Pani Ewa wypytywała mnie o rodzinę, o pracę, o zainteresowania. Czasami podczas tych rozmów pojawiał się temat jej choroby, ale nigdy się nie żaliła, nie rozpaczała, była pogodzona z losem, pełna godności i wewnętrznej równowagi; podziwiałam ją za to. Podkreślała, że jest mi wdzięczna, iż rozmawiam z nią otwarcie, że nie traktuję jej protekcyjnie, że nie oszukuję, nie pocieszam ani nie udaję, że będzie lepiej, a tym samym okazuję jej szacunek.

W tym czasie zmienił się również stosunek pani Ewy do pielęgniarek. Stała się miła i uprzejma, a one były niezwykle zaskoczone, że okazała się zupełnie innym człowiekiem. Bo taka była naprawdę pani Ewa: inteligentna, dowcipna, ciepła i otwarta na innych. Tylko gdy przyszła do nas, przerażona swoim stanem, a my stanęliśmy nad nią z poważnymi minami, stworzyliśmy dystans, który nasilił lęk pacjentki, a reakcją na to była agresja skierowana przeciw personelowi. Pani Ewa, która zawsze panowała nad swoim życiem, bardzo boleśnie to odczuła.

Rozmowy z panią Ewą przekonały mnie, że my lekarze powinniśmy obawiać się wchodzenia w relacjach z pacjentami na poziom duchowy. Głębia tych kontaktów powoduje, że nam również jest łatwiej pogodzić się z ich odchodzeniem. Kiedy pani Ewa odjeżdżała do hospicjum, obie płakałyśmy z żalu, że się rozstajemy i że jest to coś ostatecznego, ale nie płakałyśmy nad nią. Pani Ewa nigdy nie pytała: „dlaczego ja, dlaczego taka młoda?”. Na tym ostatnim etapie swojej drogi była niezwykle spokojna i pogodzona. Dała mi szampana, prosząc, abym wypijała za życie i koniecznie zjadła truskawki, bo ona chciała to zrobić, ale nie zdążyła.

Przykład pani Ewy pokazuje, jak ważny na pewnym etapie choroby jest kontakt lekarza z pacjentem, który już nie oczekuje, że otrzyma kolejną chemioterapię, ale chce być zapewniony, że lekarz będzie przy nim i będzie mu towarzyszył. Pacjentka po każdej naszej rozmowie dziękowała mi, że poświęciłam jej czas, i mówiła, że było to dla niej bardzo ważne. „Dziękuję Pani, że mnie pani odwiedziła” – tak jakbym przyszła do niej nie na obchód, tylko na herbatę. Po pewnym czasie poczułam, że ustąpiły mój lęk i niepewność, czy właściwie rozmawiam z pacjentką – nie czułam się skępowana, nie bałam się tematu śmierci, do którego pani Ewa czasem nawiązywała.

„Jeśli zawsze będziemy gotowi znaleźć czas dla pacjenta, gdy on będzie miał chęć rozmawiać, jeśli potrafimy zrozumieć jego nastrój, przekonamy się, że większość chorych chce dzielić się swoimi obawami z inną ludzką istotą i taki dialog przyniesie im ulgę, roznieci nadzieję” [2].

Gdy zbliża się śmierć, pacjent wchodzi w inne obszary myślenia. Cierpienie i zwrócenie się ku sferze duchowej jest źródłem przewartościowania stosunku do siebie i otoczenia. Wtedy tak bardzo potrzebuje bliskości drugiej osoby, zrozumienia i poszanowania godności. Gdy pacjent staje oko w oko ze swoją śmiertelnością, niejednokrotnie podstawowym problemem staje się to, że otoczenie (czasami sam lekarz) nie daje mu prawa do śmierci. Ci pacjenci, którzy kierowali zawsze swoim życiem w sposób bardzo świadomy, chcą także mieć wpływ na decyzję o końcu swojego życia. Wymagają od lekarza rzetelnej informacji na temat stanu swojego zdrowia. Nie chcą być okłamywani. Nie chcą, aby ich życie było podtrzymywane w nieakceptowalnej przez nich formie. Nie chcą zostać uwięzieni w bezwartościowym dla nich życiu przez zdobycze techniczne medycyny. Chcą odejść w godny sposób, aby ich śmierć stała się kontynuacją tego, jak żyli.

Myślę, że nie sposób mówić o końcu życia, nie określwszy swojego stosunku do śmierci i umierania. Każdy lekarz, a zwłaszcza onkolog, musi podjąć rozważania na ten temat, aby móc właściwie podejść do pacjenta w terminalnej fazie choroby nowotworowej.

W dobie technicyzacji medycyny za wszelką cenę chcemy przedłużać życie, mając nadzieję, że uda się nam pokonać śmierć ostatecznie. Przestaliśmy rozmawiać o śmierci, zaprzeczamy jej istnieniu. Zapominamy, że śmierć jest naturalnym procesem, któremu nie zawsze można i nie zawsze powinno się przeciwstawiać.

Lekarz powinien w miarę nabierania doświadczenia i w procesie doskonalenia swojej osobowości nabrać pokory i dostrzec życie w jego wymiarze nie tylko biologicznym, ale także transcendentnym. Jak pisał H. Jonas:

„[...] lekarz powinien być gotów okazać cześć dla istotnego sensu, jaki ma śmierć dla ograniczonego czasem życia” [4].

Jest on odpowiedzialny nie tylko za zdrowie i życie pacjenta, ale także za sposób, w jaki pacjent umiera. Powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić mu godną śmierć. Niestety, często spotykamy się z postawą lekarzy, którzy nie potrafią pogodzić się z faktem, iż pacjent umiera i nic już nie można zrobić, aby ten stan rzeczy odwrócić. Wszelkie działania medyczne przysparzają pacjentowi tylko dodatkowych cierpień. Lekarz czyni heroiczne wysiłki, a gdy one nie powodują po-

prawy, odwraca się od swojego pacjenta. Twierdzi, że poniósł porażkę, ponieważ jego chory zmarł.

Jeżeli leczymy pacjenta dotkniętego chorobą potencjalnie śmiertelną, to jednym z elementów naszego postępowania powinno być towarzyszenie mu aż do śmierci, która niejednokrotnie stanowi dla niego wybawienie od wielkiego cierpienia.

Najważniejsze jest dostrzeżenie właściwego momentu, kiedy otwarcie możemy porozmawiać z pacjentem o zbliżającej się śmierci.

Oczywiście, nie każdy pacjent jest na to gotowy, ale to my jako lekarze powinniśmy umieć ocenić, jaki typ osobowości ma chory, z którym mamy do czynienia.

„W świecie szpitalnych sal i korytarzy możliwość decydowania o życiu i śmierci spoczywa łącznie na lekarzach i ich pacjentach. Śmiertelnie chorzy pacjenci nie mogą przewidzieć momentu swojej śmierci. Nie są również w pełni władni sprawić, by ich umieranie przebiegało w sposób, jaki sami wybrali. Do tego potrzebują zrozumienia i opieki ze strony personelu medycznego. Lekarzy, którzy czują się odpowiedzialni nie tylko za życie swoich pacjentów, lecz również za to, by – kiedy medycyna zawiedzie – pacjenci mogli umierać »na własnych warunkach« w otoczeniu i miejscu, które wybrali” [3].

I nie chodzi o to, aby odebrać nadzieję, bo dopóki jest życie, dopóty jest nadzieja na nowe przeżycia, może na cud uzdrowienia. Można życie po prostu przekazać naturze.

Wielokrotnie mamy do czynienia z sytuacją, gdy po rozmowie z pacjentem okazuje się, że nie liczy on na wyzdrowienie, tylko boi się sytuacji opuszczenia, bólu i cierpienia. Gdy zapewnimy go, że po zakończeniu leczenia przyczynowego nie opuścimy go i będziemy przy nim, dbając o to, aby nie cierpiał, wtedy ustępuje ogromny lęk i chory spokojniej patrzy w przyszłość.

Pani Ewa przebywała u nas w szpitalu przez miesiąc. Przez ten czas przeszliśmy wspólnie długą drogę, nasze kontakty ewoluowały. Na początku porozumiewaliśmy się wyłącznie na płaszczyźnie lekarz–pacjent. Ja przekazywałam pacjentce suche informacje medyczne, a ona, zalekciona i przerażona, próbując zachować godność, poczucie autonomii i panowania nad sytuacją, broniła się, przyjmując postawę agresywną. Moje zdystansowanie wynikało z lęku przed otwartą rozmową z umierającym chorym. Gdy każda z nas otworzyła się na drugiego człowieka, weszłyśmy na inny poziom komunikacji. To nie była już relacja lekarz–pacjent, ale człowiek wobec drugiego człowieka. Rozmowy z panią Ewą stały się dla mnie niezwykle istotne, były najważniejszym elementem mojego dnia pracy. Bardzo dużo się nauczyłam. Wiem, że postąpiłam słusznie, ograniczając procedury medyczne do niezbędnego minimum, które pozwoliło pani Ewie zachować komfort tych ostatnich dni. Wiem także, że wejście z pacjentem w kontakt na poziomie duchowym pozwala nam lekarzom pełniej przeżywać naszą pracę, a także wzbogacać i rozwijać swoją osobowość.

Piśmiennictwo

1. Tischner J.: Myślenie według wartości. Znak, Kraków 1994.
2. Kubler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina, Poznań 1998.
3. Chańska W.: Odpowiedzialność za śmierć. Medycyna i Życie 2008; 1(1): 107-111.
4. Jonas H.: Prawo do śmierci. Etyka 1988; 23.
5. Walaszowska-Czyż A.: Postawa lekarza onkologa. Praca dyplomowa. WUM, Warszawa 2012.

Adres do korespondencji:

lek. Anna Walaszowska-Czyż
Klinika Onkologii i Chirurgii Onkologicznej, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
Europejskie Centrum Zdrowia Otwock
Szpital im. Fryderyka Chopina
ul. Borowa 18/18, 05-400 Otwock
tel.: (22) 710-30-27
e-mail: anna.walaszowska-czyz@ecz-otwock.pl