

Spotkanie z Człowiekiem Nadzieja

Hope

lek. Anna Walaszkowska-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



*„Kiedy coś uparcie gaśnie – zaufaj isierce nadziei”
Wojciech Bartoszewski*

STRESZCZENIE

W kolejnym artykule poruszamy zagadnienie nadziei. Na przykładzie naszej pacjentki analizujemy, czym dla naszych chorych w schyłkowej fazie choroby nowotworowej jest nadzieja. Czy jest to nadzieja na wyleczenie, a może po prostu na życie? Nadzieja na kolejny dzień spędzony z rodziną czy tak jak w przypadku naszej pacjentki – nadzieja na zachowanie kontroli nad swoim życiem oraz poczucia autonomii i godności?

ABSTRACT

In our next article we would like to draw your attention to issue of hope. Taking into account our experience with one of our patient our goal is to establish what hope means for a person in the terminal phase of cancer. Is this is a hope for cure or rather just for another day? A day spent with family or like in the case of our patient hope to remain in control over her life with sense of autonomy and dignity?

Szanowni Państwo, w kolejnym artykule z serii „Spotkanie z Człowiekiem” poruszamy temat nadziei. Czy prowadzenie leczenia, którego jedyny cel stanowi w zasadzie podtrzymanie nadziei u pacjenta, jest uzasadnione?

Pani Maria była lekarzem. Została przyjęta na oddział w bardzo zaawansowanym stadium raka piersi, choroba miała wieloletni przebieg. Pacjentka była osłabiona, często korzystała z tlenu, odczuwała duszność z powodu płynu gromadzącego się w obu jamach opłucnowych. Przyjechała do naszego szpitala, szukając pomocy. Wziąwszy pod uwagę zarówno doświadczenie kliniczne, jak i statystykę, miała przed sobą najwyżej kilka tygodni życia. Wszystkie czynniki przemawiały za odstąpieniem od dalszego leczenia. Pacjentka zmarła po pięciu tygodniach. Jednak mimo wielu wątpliwości podjęto decyzję o próbie chemioterapii.

Leczenie paliatywne ma na celu przede wszystkim poprawę jakości życia. Ale jak ją ocenić? Czy przy użyciu kwestionariuszy dostępnych w badaniach klinicznych, czy może w szczerej rozmowie z pacjentem, uwzględniającej również jego potrzeby duchowe? To chory decyduje, czy mimo, wydawałoby się uciążliwych, działań niepożądanych leczenie paliatywne przynosi mu korzyść. Tak też było w przypadku naszej pacjentki. Mimo że była lekarzem i znała rokowanie związane z chorobą, to przede wszystkim była pacjentem, człowiekiem zmagającym się ze śmiertelną chorobą. Do końca miała nadzieję. Na co?

Po śmierci pacjentki długo rozmawiałam z jej siostrą. To, co my jako lekarze widzieliśmy, stanowiło jedynie cząstkę tego, co rodzina widziała na co dzień. Ogromna wola życia mimo ciężkiego stanu, duszności. Nadzieja związana z każdym przyjazdem na chemioterapię. Te ostatnie pięć tygodni pacjentka przeżyła nie w cierpieniu, oczekiwaniu na najgorsze czy poczuciu bezsilności, ale ciesząc się z danej szansy. Każdy przyjazd do szpitala na podanie kolejnego kursu dawał nadzieję na następny tydzień życia. Czy nie było warto? Czy to uporczywa terapia? Przez te tygodnie zastanawiałam się, czy nie zaprzeczam swoim wartościom. Dopiero po śmierci pani Marii i po rozmowie z jej siostrą zrozumiałam, iż w tej konkretnej sytuacji to było słuszne.

Co jest najważniejsze dla umierającego pacjenta? Jaki jest punkt widzenia lekarza? Czy leczenie z założeniem zmniejszenia bólu fizycznego jest słuszniejsze niż leczenie, którego celem jest zmniejszenie cierpienia duchowego? Czy należy odbierać nadzieję?

Tak pisała o swojej pacjentce doktor Małgorzata pełna wątpliwości, czy słusznie postąpiła. Teraz, gdy opadły emocje, pani doktor otwarcie mówi, że nie żałuje swojej decyzji.

Zagadnienie nadziei to niezwykle szeroki temat, chętnie poruszany w dyskusjach bioetycznych i filozoficznych. Potocznie tak często używane słowo „nadzieja” nabiera ogromnej wagi w pytaniu zadawanym przez naszych pacjentów – „czy jest jeszcze nadzieja?”

„Podstawowym wymiarem nadziei jest skierowanie ku przyszłości. Nadzieja jest tą duchową siłą, która steruje z ukrycia ludzkim dramatem, pozwala człowiekowi pokonać przeszkodę teraźniejszości i zwracać się ku przyszłości”[1].

A jak widzą to nasi pacjenci i my lekarze? Dla każdego z nas nadzieja to coś innego. Dla chorego w ostatniej fazie choroby nowotworowej to może spojrzenie w przyszłość, nadzieja nie w wymiarze bardzo odległym, nie na wyzdrowienie, ale nadzieja po prostu na życie, na przeżycie kolejnego dnia, może dnia dłużej w otoczeniu rodziny.

Niektórzy z pacjentów będą upatrywali tej szansy w kolejnej chemioterapii, inni zaś zrezygnują z leczenia, żeby ich ostatnie dni upłynęły w spokoju nawet za cenę tego, że tych dni będzie mniej.

Każdy z naszych chorych jest inny, świat jego wartości nie musi być spójny z naszym, ale dzięki naszej intuicji możemy spróbować go zrozumieć, wczuć się w sytuację pacjenta. Na pewno pomoże nam w tym myślenie pogłębione, o którym mówi filozofia. Taka autorefleksja wyrwie nas z egocentryzmu i pozwoli spojrzeć na rzeczywistość bardziej świadomie i mniej dogmatycznie.

W jaki sposób możemy scharakteryzować takiego pacjenta jak pani Maria? Osoba wykształcona, lekarz – kto lepiej od niej jest zorientowany w stanie, w jakim się znajduje, zna realia i rokowanie, wie, jak niewielkie są szanse na to, że kolejna chemioterapia przyniesie poprawę. A mimo to zgłasza się do nas z wiarą, że podamy kolejny rzut leczenia. Po dwóch kursach chemioterapii czuła się lepiej, mogła poruszać się po mieszkaniu. Siostra pani Marii opowiadała, jak było to dla niej ważne, jak czekała na kolejny przyjazd do naszego szpitala, jak ta perspektywa dodawała jej siły. I to była chyba ta nadzieja, której tak bardzo potrzebowała. W jej przypadku, osoby niezwykle racjonalnej, która z racji wykonywanego zawodu opierała swój system wartości na wiedzy i działaniu, nadzieja musiała mieć również taki wymiar.

Na swoją ostatnią wizytę u nas pani doktor przyjechała również z mobilizacją jak poprzednio. Nie skarżyła się, podawała zwięzłe fakty z ostatniego tygodnia, np. jak długo pozostawała bez tlenu, była uśmiechnięta i gotowa na kolejną dawkę. Nie otrzymała już leczenia, następnego dnia straciła przytomność i umarła, nie cierpiała długo. Odeszła tak, jak chciała, na swoich warunkach, do końca zarządzając rzeczywistością, z po-

czuciem kontrolowania sytuacji. To zapewniło jej spokój i pozwoliło uniknąć cierpienia duchowych.

W sytuacji naszej pani Marii nadzieja była bardzo mocno związana z dniem codziennym, to była nadzieja na to, że do końca uda się jej zachować poczucie kontroli nad swoim życiem, autonomii i godności. Te ostatnie pięć tygodni dały jej tę nadzieję.

A więc czy nasze leczenie było terapią daremną? Czy pamiętając, jak ważne w schyłkowej fazie choroby nowotworowej jest podążanie za potrzebami pacjenta i towarzyszenie mu, postąpiliśmy właściwie? Czy taka postawa nie była najlepszym przykładem Arystotelesowskiej idei *phronesis* – wyboru między dwiema skrajnościami?

Pamiętajmy, że w naszej pracy spotykamy różnych ludzi. Dla każdego z nich nadzieja znaczy coś innego. Tak jak dla pana Ryszarda, chorego na raka płuca, była to wiara w bioenergoterapię, a dla pani Ewy – nadzieja na dni spędzone w hospicjum, które dadzą jej okazję do kontaktów z synem.

Powinniśmy zatem zawsze pamiętać, że nigdy nie wolno nam odebrać pacjentowi nadziei. I nie musi to być fałszywa nadzieja. Nie chodzi przecież o to, byśmy oszukiwali naszych chorych, ludzili szansą na wyzdrowienie. Można stracić nadzieję na wyleczenie z raka, nie tracąc nadziei np. na pamięć czy życie wieczne. Jak pisała Elisabeth Kubler Ross, pacjent ceni takiego lekarza, który nawet gdy rezygnuje z leczenia przyczynowego, to pozostawia mu nadzieję, że będzie się nim opie-

kował. Chorzy, przechodząc różne etapy reakcji emocjonalnej w chorobie nowotworowej, często w sposób świadomy, gdy czują zbliżającą się śmierć, rezygnują z nadziei na cudowne wyleczenie, ale zawsze pozostaje im nadzieja na to, że nie będą cierpieli i będzie im dane odejść w godny sposób.

Jako lekarze jesteśmy odpowiedzialni za nasze decyzje. Często się wahamy, nie wiemy, czy postąpiliśmy słusznie. Jednak gdy będziemy kierować się dobrem chorego, odwołując się do naszych pokładów empatii i człowieczeństwa, starając się indywidualnie podchodzić do pacjentów, to na pewno uda się nam podjąć właściwe decyzje. Patrzymy uważnie na naszych chorych i próbujemy ich zrozumieć oraz uszanować ich system wartości – pamiętajmy, że: „Nadzieja przychodzi do człowieka wraz z drugim człowiekiem” (Dante Alighieri).

POSTSCRIPTUM

W dzień po tym, jak oddaliśmy artykuł do redakcji, otrzymaliśmy list od przyjaciół pani Marii. Chcielibyśmy zacytować jego fragment:

„[...] Sprawiliście Państwo, że ta cudowna osoba, bardzo dla nas ważna, odeszła w godnych warunkach i z nadzieją na wyleczenie. Okazaliście wielkie serce, wielką mądrość i najwyższe człowieczeństwo. Przymioty, które w obecnej dobie spotyka się coraz rzadziej, a są tak cenne, szczególnie w pracy z drugim człowiekiem”.

Piśmiennictwo

1. Tischnier J.: Myślenie według wartości. Znak, Kraków 1994.
2. Kubler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina, Poznań 1998.
3. Ferry L.: Jak żyć?. Wydawnictwo Czarna owca, Warszawa 2011.
4. Arystoteles: Etyka nikomachejska. PWN, Warszawa 2007.
5. Jaspers K.: Filozofia egzystencji. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1990.

Adres do korespondencji:

lek. Anna Walaszewska-Czyż

Klinika Onkologii i Chirurgii Onkologicznej, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Europejskie Centrum Zdrowia Otwock

Szpital im. Fryderyka Chopina

05-400 Otwock, ul. Borowa 14/18

tel.: (22) 710-30-32

e-mail: a.walaszewska-czyz@ecz-otwock.pl