

PALIATÍVNA MEDICÍNA

Kristina Križanová

Interná klinika, odd. paliatívnej medicíny, Národný onkologický ústav, Bratislava

Paliat. med. liec. boles., 2008, roč. 1 (1): 6–7

Prečo „áno“ paliatívnej medicíne?

Mojím osobným lekársnym krédom je:

- neopustiť,
- neklamať,
- pomáhať a neškodiť.

Vzala som si za úlohu napísať úvodný článok o paliatívnej medicíne do prvého čísla tohto časopisu. O tejto téme sa dá písať z viacerých strán. Ja by som chcela písať skôr o mojej osobnej ceste ku tejto medicínskej problematike.

Táto cesta bola dlhá. Po vysokej škole som si vybrala internú medicínu, cielene som sa rozhodla pre jej neintenzivistickú zložku. Bola som pripravená na to, že mám pacientov liečiť a vyliečiť. Časom som si však potvrdila, že medicína nie je všemocná, že za určitých okolností nemôže odvrátiť zomieranie a smrť. Pri takomto poznaní nejde o rezignáciu, ale o prijatie hraníc, za ktoré sa nedá ísť na ceste za zdravím. Za týmito hranicami však je priestor pre zmiernenie ťažkostí a čas na rozlúčku.

Možnosti medicíny sú veľké aj v symptomatickej liečbe. Vyjadruje to krásny termín, ktorý ukazuje, že medicína je aj vedou aj umením zároveň a že si vyžaduje celú osobnosť lekára v čase, keď sa venuje svojim pacientom: **high tech – high touch**. Tento termín použil vo svojom článku H-J Senn (1) ako príklad, že v paliatívnej medicíne sa nemusí nevyhnutne rezignovať na niektoré medicínske techniky, aby sme pacientovi zmiernili utrpenie z nevyliciteľného ochorenia.

Pokroky v medicíne sú enormné. Nie je už žiadaný lekár, ktorý by ich obsiahol v celej šírke a hĺbke, aj len teoreticky. V medicíne sa lekári venujú chirurgickej liečbe, medikamentózne liečbe, mnohé intervencie sú na pomedzí chirurgickej a internistickej medicíny. V každom odbore je ešte rozdiel medzi akútnou a chronickou medicínou. Okrem toho je potrebná včasná, podrobná a presná diagnostika. Teoretické vedomosti pre zvládnutie ktoréhokoľvek odboru sa zmnahonásobujú každých 10 rokov. Vedomosti o bunke sa prehĺbili tak, že sa pohybujú na úrovni genómu a týmto smerom sa uberajú aj mnohé liečebné postupy.

V tejto situácii vedomostnej expanzie však stále nemožno dosiahnuť ideálny stav prevencie a liečby všetkých ochorení tak, aby bol každý človek zdravý. Už keď túto vetu píšem, vidím v nej neprekonateľný rozpor: veď všetci staráme a zomierame, mnohí nestihnú zostarnúť, pretože ochorejú a napriek úsiliu zdravotníckych tímov zomierajú skôr akoby mali. V niektorých spoločnostiach zomierajú mladí ľudia na infekcie, ktoré sa v iných spoločnostiach ani nevyskytujú a ak, tak sú

liečiteľné. Niekde sa zomiera na nedostatok, inde pre nadbytok jedla, niekde je vysoká úmrtnosť detí a niekde je málo narodených detí a veľa ľudí sa dožíva vysokého veku. Vo vysokom veku vznikajú degeneratívne ochorenia, ktoré sa už nedajú odstrániť, ale možno zlepšiť kvalitu zostávajúceho života.

Otázka ľudskej dôstojnosti človeka, ktorý práve prežíva naplno svoju vlastnú smrteľnosť ma sprevádzala od mladosti. Jej význam som si uvedomila práve pri chorých, kde úsilie o vyliečenie bolo striedavo úspešné a raz definitívne neúspešné a kde bolo také ťažké sprevádzať ich príznakmi nevyliciteľného ochorenia, keď sme morfin podávali „podľa potreby“, keď neboli silné perorálne a transdermálne opioidy na liečbu bolesti. Keď bolo nepísaným pravidlom, že nevyliciteľne chorý onkologický pacient má zomierať tam, kde sa robila jeho primárna liečba, čiže absurdným spôsobom zomierali pacienti s pokročilým kolorektálnym karcinómom a s typickými „internistickými“ problémami na chirurgických pracoviskách, ktoré nemajú internistickú symptomatickú liečbu v popise práce, ani vo vzdelávacom kurikule. Tak ako internista nerobí appendektomiu a ani to od neho nikto neočakáva.

Myslím, že všetci lekári, ktorí sa venujú paliatívnej medicíne prešli podobným vývojom. História paliatívnej medicíny má mnohé veľké mená (Cicely Saundersová, Balfour Mount, Derek Doyle, Geoffrey Hanks, Vittorio Ventafrida, Kathleen Foleyová, Neil McDonald, Eduardo Bruera, Nathan Cherny, Xavier Gomez-Batiste, Carla Ripamontiová, Jacek Luczak, Eberhard Klaschik, Roger Woodruff...) a stovky mien iných lekárov a sestier, ktorí sa k nej hlásia. Paliatívna medicína je dobrá medicína: plní druhú časť našich spoločných lekárskeho povinnosti: **Sanare infirmos, sedare dolorem** (Uzdravovať chorých, tišiť bolesti).

Je veľmi ťažké stanoviť **presnú deliacu čiaru medzi kuratívnu a paliatívnu medicínou** (2). Dobrá medicínska prax je tá, kde sa oba prístupy prelínajú. Na problém vyliečiteľnosti alebo nevyliciteľnosti ochorenia sa musíme pozeráť vždy cez konkrétneho pacienta, ktorý má svoju osobnú anamnézu, svoj vek, postoj ku zostávajúcejmu životu. Jeho ochorenie má tiež svoje charakteristiky a tie zväčša najviac limitujú jeho život. Medicina založená na dôkazoch poskytuje oporu pri určitom konkrétnom rozhodovaní o liečebnom postupe, ale toto rozhodovanie musí byť vždy individuálne a zohľadňovať mnohé premenné veličiny. **Paliatívna medicína je protiváhou kuratívnej medicíny, ktorá slúži najmä možnosti vyliečiť**. Jej vyvažovanie spočíva v hľadaní riešení prijateľných

pre chorého, ktorému musíme čestne ale citlivo odpovedať na jeho otázky ohľadne možnosti vyliečenia. Ak vyliečenie nie je možné, prognóza života sa stáva kratšou a tento zostávajúci život je nutné spraviť čo najlepším. To je predmetom tvrdenia, že **paliatívna medicína sa zameriava na kvalitu života**.

V onkológii pracujem ako internistka vyše 25 rokov, paliatívnu medicínu som si zvolila pred 12 rokmi, kedy sme spolu s MUDr. Oľgou Sadovskou začali budovať oddelenie paliatívnej medicíny v Národnom onkologickom ústave v Bratislave. Za tie roky sme vybudovali ambulanciu, nemocničné oddelenie s 19 postelami, mnohým lekárom sme vysvetlili, čo a prečo robíme. Mnohým sme to však vysvetliť nedokázali: stotožnenie s víťaznou medicínou je stále veľmi silné a pocit zlyhania pri smrti pacienta môže byť veľmi silný a osobný.

To, že každý z nás zomrie, len nevie presne kedy, je najčastejšou námietkou, aby sme sa na nevyliciteľne chorého onkologického pacienta pozreli ako na človeka na konci života. Nevyliciteľne chorého, ktorý bol za posledné mesiace alebo roky operovaný, niekedy aj opakovane, podrobil sa rádioterapii, chemoterapii, je po rôznych – „skopických“ vyšetreniach, schudnutý, zoslabnutý a nevykonný, s bolesťami, dýchavicou, opuchmi... Teda aby sme zvolili **iný uhol pohľadu**. Aby sme sa ho spýtali: Čo si myslíte o svojej chorobe? Čo vám povedali vaši ošetrojúci lekári? A čo by ste si teraz priali, keď viete, že už vás nemožno operovať, ani ožarovať a vaše ochorenie neodpovedá na x-tú líniu chemoterapie? Pozvoľný rozhovor a odpovede na otázky lekára, pacientove otázky, otázky jeho sprievodcu a odpovede na ne postupne vedú ku vyjadreniu názorov chorého, jeho očakávaní od nás a od života vôbec. Ide o veľmi ťažkú komunikáciu, aj pre nás lekárov a sestry, aj pre našich pacientov.

Mnohí lekári to nedokážu. Čím dlhšie sa o pacienta starajú – **mnohé nádorové ochorenia sa stávajú pri súčasných možnostiach protinádorovej liečby chronickými podobne ako ischemická choroba srdca** – tým viac strácajú kritickosť voči celkovému zdravotnému stavu svojho pacienta, majú nadmerný a neprimeraný optimizmus v odhade jeho celkovej fyzickej výkonnosti (ktorá sa vyjadruje v percentách podľa Karnofského kritérií alebo v bodoch stupnice od 0 do 4 podľa kritérií WHO) a neprimerane podceňujú vedľajšie účinky protinádorovej liečby.

Zväčša sa odporúča, aby onkologický pacient nemenil svojho ošetrojúceho lekára a sestry, ktoré sa oňho starajú počas hospitalizácie alebo na ambulantných pracoviskách (3). Je to hlavne kvôli dôvere

voči lekárovi, ktorý má povinnosť pacienta neopustiť. Tak ako nie je možné, aby hlavný ošetrojúci lekár mu bol aj anesteziológom pri operácii alebo „intenzivistom“ pri komplikáciách, alebo operatórom pri chirurgickom výkone, možno aj špeciálne problémy terminálnej fázy života zveriť inému odbornému tímu, samozrejme ale za podmienky, že ošetrojúci lekár pacienta ho tam odošle a komunikuje s kolegom tak, aby pacient nemal pocit opustenia.

Kvalita zdravotníckej starostlivosti v poslednom roku života sa môže zlepšiť, ak sa nebude robiť ostrá deliaca čiara medzi kuratívnu a paliatívnu medicínou, ak sa využijú všetky dostupné metódy liečby na zlepšenie kvality života nevyliciteľne chorých. Paliatívna medicína môže už niekedy veľmi málo spraviť pre chorého, ku ktorému sa dostane až vtedy, „keď sa už nič iné nedá robiť“.

Vieme, že krutá somatická bolesť spojená s ďalšími príznakmi môže chorého obrať o všetky myšlienky okrem tej, ktorá sa týka bolesti. Preto je **liečba bolesti a ostatných somatických príznakov nevyliciteľného ochorenia** podmienkou pre riešenie ostatných ťažkostí, ktoré sa hromadia a vyvolávajú až panickú úzkosť, ak k nim dôjde rýchlo: strata spoločenského postavenia, finančných príjmov, nemožnosť plniť úlohy v práci, rodine, domácnosti a napokon ani starať sa o svoje vlastné telo a o jeho potreby. Nie je možné viesť rozhovor o zmysle života a o nádeji, ak je jediná myšlienka... keď to prestane tak strašne bolieť...

Spojenie „**totálna ľudská bolesť**“ formulovala postupne v 70-tych rokoch 20. storočia zakladateľka hospicovej starostlivosti vo Veľkej Británii Cicely Saundersová. Nie je to jediný výraz pre to, čo znamená pre človeka uvedomovanie si vlastného zomierania. Smrť – definitívny koniec nášho života na zemi – už neprežijeme, ale zomieranie prežívame. Niektorí autori uprednostňujú pre tento stav zhrňujúci výraz „**existenciálne utrpenie**“ (4).

V týchto hraničných situáciách sa hovorí o potrebe zachovať človeku jeho **ľudskú dôstojnosť**. Vieme, čo to je? A ako súvisí tento pojem s často citovaným termínom kvalita života?

Psychológia a sociológia zadefinovala mnohé prelínajúce sa aspekty straty a zachovania ľudskej dôstojnosti v záverečných fázach nevyliciteľného ochorenia (5):

1. aspekty týkajúce sa ochorenia

- stupeň nezávislosti (zachované kognitívne schopnosti, telesné funkcie),
- zvládnutie príznakov ochorenia (bolesť a somatické príznaky, psychický distress: neistota, strach zo smrti);

2. zachovanie osobnej dôstojnosti

- „stále som to ja!“, udržanie sociálnych rolí, tvorba a zachovanie odkazu, zachovanie hrdosti, nádeje, autonómie, pocit prijatia,

možnosť prispôbiť sa, zachovať si božovného ducha, žiť pre túto chvíľu, zachovať normálnosť, hľadať duchovné povzbudenie;

3. zachovanie sociálnej dôstojnosti

- udržanie súkromia, dostupnosť a organizácia pomoci rodiny a priateľov, primeranosť sociálnych kontaktov, ktoré podporujú zachovanie dôstojnosti, nebyť na ťarchu, starosť o to, aké sociálne problémy prinesie jedincova smrť jeho blízkym.

Kvalitu života možno pre klinické a výskumné ciele redukovať na kvalitu života závislú na zdravotnom stave. Vzhľadom na to, že paliatívna medicína sa zaoberá všetkými problémami chorého, teda nielen zdravotnými, ale aj sociálnymi, psychickými a spirituálnymi, mali by sme kvalitu života hodnotiť zo širšieho hľadiska.

Človek má **niekoľko vnútorných možností ako sa prispôbiť vonkajším okolnostiam, ktoré nemôže zmeniť:**

1. **Rekalibrácia** – zvýšenie prahu pre nepríjemné pocity (napr. pre bolesť), ktoré človek aktuálne zažíva, zmena vnútorných nastavení;
2. **Reprioritizácia** – prehodnotenie osobného vnímania dôležitosti jednotlivých zložiek života vzhľadom na zmenené okolnosti, „rozmieňanie na drobné“;
3. **Rekonceptualizácia** – zanechanie predtým dôležitých vecí, ktoré nie sú viac dosiahnuteľné a zameranie na tie domény života, ktoré zlepšujú jeho kvalitu.

Pocit zúfalstva a demoralizácie vzniká práve interakciou chorého s jeho vonkajšími aj vnútornými potrebami a s ostatnými ľuďmi okolo, ktorí väčšinou nie sú dostatočne usmernení na pomoc svojim blízkym. Ani zdravotnícki pracovníci nie sú vzdelávaní v podpore psychickej odolnosti nevyliciteľne chorých a zomierajúcich: **princípy logoterapie** Viktora Frankla (7), ktoré pomáhajú človeku hľadať a nájsť zmysel v každej životnej situácii sú nám lekárom zväčša neznáme.

Ľudská adaptabilita mnohokrát – aj vplyvom našich medicínskych aktivít, zameraných nielen na fyzické príznaky, ale aj na sociálne, duchovné a spirituálne problémy – dokáže napokon pozitívne ovplyvniť kvalitu života nevyliciteľne chorého pacienta.

Literatúra

1. Senn H-J, Glaus A. Supportive Care in Cancer – 15 years thereafter. Support. Care Cancer; 10 (1), 2002: 8–12.
2. Malin, JL. Bridging the Divide: Integrating Cancer-Directed Therapy and Palliative Care. J.Clin.Oncol; 22 (17), 2004: 3438–3440.
3. Klášterský, J. Kam až môžeme íť v onkologické lečbě? Klin. Onkol.; 10 (2), 1997: 33–36.
4. Strang P, Strang S, Hultborn R, Arnér S. Existential Pain – An Entity, a Provocation, or a Challenge? J.Pain Sympt.Man; 27 (3), 2004: 241–250.
5. Chochinov HM. Dignity and the Eye of the Beholder. J.Clin.Oncol; 22 (7), 2004: 1336–1340.
6. Mount BM, Boston PH, Cohen SR. Healing Connections: On Moving from Suffering to a Sense of Well-Being. J.Pain Sympt.Man; 33 (4), 2007: 372–388.
7. Frankl VE. Lékařská péče o duši. Základy logoterapie a existenciální analýzy. Cesta Brno, 1996. 237 s. Preklad z nemeckého originálu: Ärztliche Seelsorge Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse, Wien, 1982.
8. Twycross RG. Palliative care in the past decade and today. Eur.J.Pain; 1999 (Suppl.A): 23–29.

Som presvedčená, že **zachovanie ľudskej dôstojnosti veľmi úzko súvisí s kvalitou života v chorobe a v zomieraní.**

Paliatívna medicína je subspecializáciou internej medicíny. Klinická onkológia ako súčasť internej medicíny jej vytvorila podmienky vzniku: paliatívna onkologická liečba je desiatky rokov synonymom rôzne dlhej protinádorovej liečby, ktorej cieľom nie je navrátenie zdravia. **Pallium** je latinské slovo a znamená **plášť**, **palliativus** znamená **utišujúci, uľavujúci**. Hospicová starostlivosť vznikla práve medzi nevyliciteľne chorými a zomierajúcimi onkologickými pacientmi. Napriek tomu, že princípy paliatívnej medicíny možno aplikovať aj u chorých s neoncologickými ochoreniami (napríklad v terminálnych fázach chronickej obštrukčnej choroby pľúc, chronickeho kardiálneho zlyhávania, renálneho zlyhávania, degeneratívnych neurologických ochorení, u chorých v perzistujúcom vegetatívnom stave) stále je okolo 80 % zo všetkých pacientov v paliatívnej starostlivosti onkologických.

Onkologické ochorenie so svojim priebehom, s remisiami a relapsami, so stále bizarnejšími formami metastázovania ovplyvnenými modernou protinádorovou liečbou vedie po vyčerpaní dostupných liečebných možností k veľmi komplexnému chorobnému stavu, ktorý pre pacienta znamená niekedy extrémne nároky na fyzickú, psychickú a sociálnu adaptabilitu a má aj spirituálne dôsledky.

Päť základných princípov dobrej paliatívnej medicíny ako ich uviedol R. Twycross (8) je dosiaľ platných a nezastaraných:

- **vyšetrenie** (s použitím dostupných diagnostických metód, primeraných stavu pacienta),
- **vyvetlenie** príčiny pacientových ťažkostí,
- **návrh individuálneho liečebného postupu**,
- **starostlivé sledovanie efektu liečby**,
- **pozornosť ku detailom.**

Ako ste všetci iste postrehli, ide o princípy dobrej medicínskej praxe.

MUDr. Kristína Krížanová
Interná klinika, odd. paliatívnej medicíny
Národný onkologický ústav
Klenová 1, 832 01 Bratislava
e-mail: kristina.krizanova@nou.sk