

ИСКУСТВА У РАДУ С ОСОБАМА ОБОЛЕЛИМ ОД РАКА У ТЕРМИНАЛНОЈ ФАЗИ БОЛЕСТИ

Иван ПОПОВ

Институт за онкологију и радиологију Србије, Београд

Напредак у онкологији забележен последњих година довео је до дуготрајног лечења, али и до излечења све већег броја болесника. Ипак, живот многих болесника може бити само продужен. Када се специфично антитуморско лечење исцрпи, болесник улази у фазу болести у којој се од лечења не очекује заустављање малигне болести, односно болесник улази у терминалну фазу која се завршава леталним исходом (Табела 1). Задаци лечења у тој фази болести постају ублажавње тегоба, психолошких, социјалних и духовних проблема болесника [1]. У пракси највише је урађено на сузбијању тегоба. Међутим, и поред напретка медицине, није увек могуће у потпуности уклонити тегобе болеснику у терминалној фази болести (Табела 2). Физичка патња је код таквих болесника изражена при умирању. Сазнање каве су тада потребе болесника представља значајан корак у свеобухватном приступу у раду с болесницима који умиру.

Од рођења, човек се кроз болне процесе и сопствене промене адаптира на следећу фазу живота. Уколико се следи ова логика живота, намеће се питање како је могуће адаптирати се на сопствено умирање? Постоји огромна разлика између спознаје да је смрт универзална и да ће свако од нас једног дана умрети, и личног сучељавања с болешћу у терминалној фази. Људи који умиру морају себе усмерити ка неизбежном нестанку који извесно предстоји. Особа која умире доживљава свој нестанак и смрт на различитим нивоима у времену. Социјална смрт обично настаје прва, када особа која умире спозна да се одваја од живљења. Губитак сопственог статуса познат је као феноменолошка смрт. Губитак персоналитета, есенције личности, спознаја да нас више неће бити, представља психолошку смрт. Биолошка смрт, смрт коју лекар региструје, представља само крај искуства болесника у терминалној фази болести.

Последња фаза живота, као и све друге фазе живота, има своје јединствене потребе. У току процеса умирања болесник има одређене потребе и очекивања од медицинског особља. Очекивања болесника нису само у вези с лековима и нези. Од лекара очекују и да разуме њихове специфичне психо-емоционе потребе и да покуша да уму помогне.

ТАБЕЛА 1. Синдром терминалне фазе малигне болести [4].

Болест с прогресивном еволуцијом
Преживљавање које се процењује данима или недељама
Карнофски индекс мањи од 40 посто
Знаци отказивања једног или више органа
Престанак дејства специфичног антитуморског лечења
Исцрпљеност (стандардног или експериментног) антитуморског лечења
Ирреверзибилне компликације прогресивног тока

Потребе болесника и медицинско особље

Лечење и нега болесника који умире захтева од медицинског особља знање из области палијативне медицине, али и више од тога. Примена савремених метода лечења, као и у другим дисциплинама медицине неопходна је. Међутим, концепт “добре-достојанствене смрти” подразумева много више од примене доброг медикаментног лечења. Мора се створити амбијент који омогућује мирно умирање. Управо целина медицинских и немедицинских поступака чини лечење и негу болесника у терминалној фази болести јединственом.

Лоше и неприкладно лечење бола и других тегоба у терминалној фази један је од главних разлога патње болесника. Правилним лечењем око 80 посто тегоба може бити уклоњено или знатно ублажено [2]. Болесник у терминалној фази болести мора добити све што је потребно да би се бол и друге тегобе умањиле. Циљ лечења је квалитет, а не само продужење живота. И поред знатног напретка у сузбијању бола, недоумице код лекара у вези с применом наркотичких средстава, основних лекова за лечење бола неизлечиво оболелих особа, и даље су у првом плану. Лекари се устежу од примене наркотичких средстава, јер би могла довести до депресије дисања и пада крвног притиска, као и од последица у вези са законом, које би у том случају могле настати. У последњој деценији изграђен је стручно и морално одређен став по коме се налаже примена довољне дозе наркотичких средстава у циљу сузбијања бола код особа у терминалној фази болести [3]. Страх од зависности која би могла настала употребом наркотичких средстава код болесника од рака је неоправдан. Доступност тих средстава и других лекова (бензодиазепин, метаклопрамид, антихистамински и трициклични антидепресивни лекови, фенотиазин и др.), који су неопходни болеснику, чини основну претпоставку успешног лечења симптома терминалне фазе болести. Међутим, бол код болесника од неизлечиве болести није само физички бол. Болесник доживљава, у вези с целокупном ситуацијом у којој се налази, и ментални, интерперсонални, финансијски и духовни бол. Медицинско особље мора обратити пажњу и на наведене димензије личног доживљаја бола, уколико жели да утиче ка ублажавању бола. С друге стране, изоловани приступ психолошким и емоцијоним потребама болесника

Симптом	Учесталост (%)
Слабост	60
Бол	38
Конфузија	33
Анорексија	31
Диспнеа	27
Дисфагија	22
Мучнина	19

ТАБЕЛА 3. Врсте страха код особа оболелих од рака у терминалној фази болести.

Од непознатог
Од самоће
Губитка самоконтроле
Губитка / нестанка свих вољених особа одједном
Немогућности управљања сопственим телом
Од бола и патње
Од туге
Мутилације
Распада, труљења
Преране сахране

ТАБЕЛА 4. Последице страха код болесника од рака у терминалној фази болести.

Депресија
Љутња
Кривица
Стид
Прихватање
Повлачење
Равнодушност
Нада

Врсте и интензитет доживљеног страха су индивидуални (Табела 3), као и реакција болесника на доживљени страх (Табела 4). Напори да се болесник потпуно ослободи страха у пракси су обично неуспешни. “Мирну смрт која ослобађа, уз потпуно прихватање смрти” болесник ретко усваја. Није реално сматрати да можемо помоћи болеснику тако да “прихвати смрт” да би “умро у миру”. Међутим, једна од битних ствари које лекар може учинити јесте да болеснику понуди своју помоћ. Лекар може лако ослободити болесника страха од тога “да ће бити остављен или запостављен зато што умире”. Нажалост, обично у пракси се лекар ангажује само ка сузбијању тегоба. Болесник у терминалној фази од лекара очекује његово присуство и разговор. Болесник има потребу да га лекар прихвати као људско биће које и даље има свој интегритет, без обзира што умире. Да би комуникација с болесником који умире била успешна, лекар се мора ослободити отпора да контактира с таквим болесником (као и страха од сопствене неумитног умирања). (Избегавање болесника који умире неће самом лекару обезбедити бесмртност нити професионо задовољство). Искреност у разговору се мора одржати. Лагање или скривање података није оправдано. Лишавање болесника истине о неизлечивости болести и блиској извесности завршетка живота може подстаћи болесника да донесе одлуке које су штетне и непоправљиве за њега и његову породицу. Наравно, таква обавештења треба саопштавати пажљиво, динамичком коју болесник и његова болест одређују.

У току терминалне фазе болести нада није сасвим напуштена, али се њена природа мења. То није више

сника такође је грешка. Комфор у физичком смислу, мора бити на првом месту. Рад с болесником који умире у мокром кревету никако не може бити успешан.

Психо-емоционе потребе болесника у терминалној фази болести

Сазнање болесника да је оболео од рака доводи до различитих емоционалних реакција. Оне се могу испољавати од очекивања да ће доћи до излечења, надом да ће уз лечење живети дуго, до страха да ће смрт убрзо наступити. Лекари обично сматрају да процес умирања почиње у тренутку када је специфично антитуморско лечење исцрпљено. Суочавање болесника с чињеницом да је смрт сасвим извесна и у времену блиска, доводи обично до поја-

нада у излечење, већ нада да би следећи дан могао да донесе нешто лепо и вредно живљења, без обзира на скору, извесну смрт. Лекар мора прихватити чињеницу да терминална фаза малигне болести није неуспех лечења и лични неуспех, те да разговор може више значити болеснику него лекови. Болесник који умире није мртав и не може се схватити као “изгубљен случај”. Он и даље, до самог биолошког краја, заслужује поштовање и пажњу.

* * *

Савремена медицина увећава обим знања експоненцијално, дуплирајући свој садржај сваких десет година [5]. У онкологији, у којој данас ради армија истраживача, садржај знања се дуплира за четири године [6]. Међутим, и даље је мало текстова који говоре о потребама болесника у терминалној фази малигне болести. У нашој средини, едукација у току додипломских па и после дипломских студија, је веома оскудна. Лекари, који раде са овим болесницима, су препуштени сопственом стицању сазнања. Намера аутора овог чланка није да покрије све битне области палијативне медицине које се односе на болеснике оболеле од неизлечиве болести. И поред ослањања на доступну литературу, део текста је резултат личних искустава и утисака која су као и сва искуства субјективне природе.

У контексту непрекидно актуелне теме “Еутаназија данас”, може се закључити да што је боље лечење и нега болесника у терминалној фази болести, мање ће болесника захтевати еутаназију. У одлучивању кроз полемику у друштву да ли болесник има право на еутаназију и који је поступак у спровођењу еутаназије, мишљење и став лекара није ништа вреднији од става било ког другог појединца у друштву. С тим у вези, намера нам је била да такву полемику подстакнемо.

ЛИТЕРАТУРА

- Ahmedzai S. Palliative and terminal care. In: Cavali F, Hansen HH, Kaye SB (Eds). Textbook of Medical Oncology. Martin Dunitz, London 1997;429.
- Symptom Relief in Terminal Illness. World Health Organization, Geneva 1996.
- Cancer pain relief: with a guide to opioid availability. 2nd ed. World Health Organization, Geneva 1996.
- Brescia FJ. Specialized care of terminally ill. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA (Eds). Cancer Principles and Practice of Oncology. Lippincott, Philadelphia 1993;2502.
- Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Clinical Epidemiology. A Basic Science for Clinical Medicine. 2nd ed. Little Brown, Boston 1991.
- Djulbegović B, Hadley T. Evaluating the quality of clinical guidelines. Linking decisions to medical evidence. Oncology 1998;12:310-5.

IVAN POPOV

Institut za onkologiju i radiologiju Srbije
11 000 Beograd, Pasterova 14
Tel.: 011/685-755; faks: 011/685-300
E-mail: ipopov@ncrc.ac.yu