

Opieka Paliatywna w Polsce 2015

Warszawa, 17–18 kwietnia 2015 r.

Nadesłane streszczenia

Monitorowanie bólu przewlekłego u pacjenta z chorobą nowotworową – rola pielęgniarki

Izabela Kaptacz

Słownictwo Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej w Częstochowie
Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej

Ból i inne objawy towarzyszące u pacjenta z chorobą nowotworową wpływają na pogorszenie jakości życia chorego i są ważnym elementem ogólnego planu leczenia. Niemal wszyscy pacjenci z bólem nowotworowym mogą mieć prowadzone skutecznie leczenie przeciwbólowe. Można to osiągnąć przy zastosowaniu analgetyków opioidowych w skojarzeniu z innymi lekami przeciwbólowymi oraz lekami wspomagającymi. Istnieją ponadto metody nefarmakologiczne jako uzupełnienie terapii farmakologicznej. Ból musi być rozpoznawany, oceniany, leczony i stale monitorowany. Podczas leczenia objawowego w opiece paliatywnej należy brać pod uwagę ocenę, wyjaśnianie, indywidualizację, monitorowanie i zwracanie uwagi na szczegóły.

W celu prowadzenia skutecznego leczenia bólu nowotworowego istotna jest systematyczna ocena bólu, regularność pytań o ból, wybór możliwych i odpowiednich dla chorego technik opanowania bólu, punktualne, logiczne i skoordynowane podawanie leków oraz dokumentowanie metod leczenia i wyników oceny.

Niezwykle ważnym zadaniem po rozpoznaniu rodzaju bólu i wprowadzeniu leczenia farmakologicznego jest systematyczne monitorowanie prowadzonego leczenia. Monitorowanie leczenia bólu opiera się na stałej i systematycznej ocenie efektów leczenia, rozpoznawaniu objawów ubocznych oraz reagowaniu na pojawiające się nowe objawy. Pielęgniarka opieki paliatywnej odgrywa istotną rolę w zakresie prowadzenia systematycznej oceny oraz ciągłego monitorowania bólu u pacjenta. Na podstawie obserwacji chorego i pomiarów natężenia bólu można uzyskać niezbędne informacje do podejmowania skutecznej terapii przeciwbólowej.

Sama wiedza medyczna nie wystarczy w leczeniu bólu wszechogarniającego. Konieczne jest „pochylenie się” nad tajemnicą cierpienia. Jest to „bycie” z chorym, pełna akceptacja, zrozumienie i słuchanie chorego (a nie tylko mówienie, wyjaśnianie). Taka postawa jest wyrazem szacunku dla osoby chorego oraz wyrazem naszej pokory wobec tajemnicy życia i śmierci.

Słowa kluczowe: ból, pielęgniarka opieki paliatywnej, ocena bólu, monitorowanie.

Nowe sposoby podawania leków przeciwbólowych – ułatwienia czy pułapki

Anna Białoń-Janusz

Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum im. św. Łazarza w Krakowie
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie

W ostatnich latach pojawiło się na rynku wiele nowych preparatów stosowanych w farmakoterapii objawowej, tym samym otrzymaliśmy lepsze narzędzia do leczenia bólu i innych dolegliwości. Dość często nowa jest nie tyle sama substancja czynna, ile forma leku i związane z nią droga i sposób podania preparatu. W zamyśle ma to stanowić ułatwienie dla pacjenta (np. można lek przyjmować rzadziej niż do tej pory; uzyskuje się znacząco szybszy efekt itp.). Jednak zdarza się, niestety, że to co miało ułatwić, staje się czasem przeszkodą, szczególnie jeżeli chory nie otrzyma wystarczająco jasnych instrukcji stosowania leku. W najlepszym wypadku konsekwencją ww. błędów jest brak oczekiwanych efektów leczenia, mogą także wystąpić działania niepożądane o różnym nasileniu.

W pracy przeanalizowano trudności zgłaszane przez chorych i ich opiekunów związane ze sposobami podawania preparatów przeciwbólowych i wynikające z nich zagrożenia. Ponadto zidentyfikowano obszary najczęściej popełnianych błędów oraz możliwości ich uniknięcia. Wskazano także na rosnącą rolę pielęgniarki opieki paliatywnej w edukacji chorych i ich opiekunów w omawianym zakresie.

Słowa kluczowe: preparaty przeciwbólowe, działania niepożądane, edukacja pacjenta, rola pielęgniarki.

Miejsce i rola opieki paliatywnej w onkologii dziecięcej

Agata Panas

Klinika Onkologii i Hematologii Dziecięcej,
Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku

U dzieci w wieku 0–18 lat rocznie w Polsce rozpoznaje się ok. 1100–1200 nowych przypadków choroby nowotworowej; z jej powodu umiera ok. 240 dzieci. Postęp w leczeniu chorób nowotworowych sukcesywnie wpływa na wzrost wyleczalności. Ciągle jednak nie wszystkie dzieci można uratować. Najczęściej dzieci umierają na skutek ciężkich powikłań infekcyjnych oraz w wyniku progresji lub nawrotu choroby nowotworowej. Decyzja o zakończeniu leczenia przyczynowego jest poprzedzona dokładną analizą możliwości terapeutycznych. Zakończenie leczenia onkologicznego powinno się wiązać z propozycją opieki paliatywnej. Decyzja o przejściu dziecka pod opiekę paliatywną powinna zostać podjęta wspólnie z rodzicami i dzieckiem. Pobyt dziecka w domu daje mu lepszą jakość życia, poczucie bezpieczeństwa oraz ochronę przed uporczywą terapią i bólem, spowodowanym różnymi procedurami medycznymi.

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa, jakość życia, opieka paliatywna.

Choroba nowotworowa występuje u ludzi w każdym wieku, przede wszystkim jednak dotyczy osób dorosłych. U dzieci zdarza się stosunkowo rzadko – stanowi 1–2% wszystkich nowotworów, które występują w populacji ludzkiej.

Rocznie w Polsce rozpoznaje się u dzieci ok. 1200 nowych przypadków choroby nowotworowej; w jej wyniku umiera ok. 240 dzieci. Nowotwory stanowią pierwszą tzw. chorobową przyczynę zgonów u dzieci powyżej 2. roku życia.

Najczęstszymi nowotworami występującymi u dzieci są choroby nowotworowe układu krwiotwórczego (białaczki, chłoniaki) oraz guzy lite (guzy mózgu, guzy zardkowe, mięsaki). Większość nowotworów wieku rozwojowego charakteryzuje się dużą złośliwością, szybką proliferacją i bardzo agresywnym wzrostem. Jeszcze w latach 60. XX w. większość chorób nowotworowych u dzieci była nieuleczalna. Dzięki postępowi w leczeniu współcześnie coraz więcej dzieci udaje się wyleczyć. Ciągłe jednak nie wszystkie z nich można uratować. Najczęściej dzieci umierają na skutek ciężkich powikłań infekcyjnych oraz w wyniku progresji lub nawrotu choroby nowotworowej.

W przypadku wystąpienia groźnych dla życia powikłań leczenia przeciwnowotworowego u dziecka będącego w remisji choroby, dziecko jest zawsze ratowane do końca, najczęściej na oddziałach intensywnej terapii.

Decyzja o zakończeniu leczenia przyczynowego jest poprzedzona dokładną analizą możliwości leczniczych oraz korzyści i strat, jakie może przynieść. Pogodzenie się z nieuleczalną chorobą pacjenta – dziecka jest dla wielu osób z personelu medycznego bardzo trudne, często rozpatrywane w kategoriach porażki zawodowej. Ta niezgoda często przybiera formę uporczywej terapii.

Wszelkie metody służące przedłużeniu życia dziecka w terminalnej fazie choroby nowotworowej uniemożliwiają dziecku dostęp do opieki paliatywnej i powrót do domu oraz skazują dziecko na niepotrzebne cierpienie i umieranie w szpitalu.

Zakończenie leczenia przeciwnowotworowego powinno się wiązać z propozycją opieki paliatywnej. Decyzja o przejściu dziecka pod opiekę paliatywną powinna zostać podjęta wspólnie z rodzicami i dzieckiem, jeśli jest ono odpowiednio dojrzałe i rozumie istotę swojej choroby. Nieuleczalność choroby i utrata nadziei na wyzdrowienie dziecka jest dla rodziców bardzo trudnym momentem. Pacjent i jego rodzice powinni mieć wpływ na to, jak będzie wyglądało ich dalsze życie oraz zdecydować o wyjściu do domu. Większość dzieci ułatwia rodzicom dokonanie wyboru – dzieci zawsze chcą wrócić do domu. Pobyt dziecka w domu daje mu lepszą jakość życia, poczucie bezpieczeństwa oraz ochronę przed uporczywą terapią i bólem spowodowanym różnymi procedurami medycznymi.

Okres pobytu dzieci z chorobą nowotworową pod opieką hospicjum waha się w zależności od typu nowotworu od kilku dni do kilku tygodni. Czas, kiedy dziecko ma siły, jest krótki. Wraz z postępem choroby dziecko staje się coraz słabsze, traci zainteresowanie otoczeniem. Ten „czas wydarty” trzeba jak najlepiej wykorzystać na załatwienie

ważnych dla dziecka spraw, realizację marzeń dziecka. W tym czasie może się wydarzyć wiele dobrego...

PIŚMIENNICTWO

1. Dangel T. Opieka paliatywna w onkologii dziecięcej. Opieka paliatywna nad dziećmi. Tom XIV; Warszawa 2006.
2. Pediatria i opieka paliatywna. Korzeniewska-Eksterowicz A, Młynarki W (red.). Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź 2011.
3. Stolarska M. Dylematy medyczno-etyczne w opiece nad dziećmi z chorobą nowotworową. Opieka paliatywna nad dziećmi. Tom XVI; Warszawa 2008.

Odwodnienie chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową – dylematy i postępowanie

Wiesława Piotrowska

Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

Wstęp: Nawodnienie i uzupełnienie elektrolitów jest prawdziwym wyzwaniem w opiece paliatywnej, a szczególnie w hospicjum domowym.

Rozważając ten problem, należy rozróżnić tych pacjentów, którzy będą jeszcze żyli tygodnie lub miesiące, od tych, którzy znajdują się u kresu życia i śmierć może nastąpić w ciągu dni lub godzin.

Biorąc pod uwagę pacjentów, których okres przeżycia można określić na tygodnie lub miesiące, czasowym rozwiązaniem problemu z doustnym przyjmowaniem płynów może być (wyjątkowo w opiece paliatywnej) zgłębnyk dożołądkowy.

Innym rozwiązaniem odżywiania i nawadniania mogą być przetoki odżywcze (częściej stosowane w opiece paliatywnej): gastrostomia, jejunostomia.

Zgodnie z wytycznymi dla lekarzy rodzinnych i internistów (*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* – ESPEN, 2005) droga doustna może zostać zastąpiona lub uzupełniona poprzez drogę:

- dożylną,
- podskórną (*hypodermoclysis: hypo* – pod, *dermis* – skóra, *clysis* – wlew),
- doodbytniczą (*proctoclysis*),
- podjęzykową za pomocą strzykawki lub zakraplacza.

Droga dożylna:

- nawodnienie chorego,
- uzupełnienie niedoborów elektrolitowych,
- powinna odbywać się w warunkach szpitalnych.

Alternatywnym rozwiązaniem nawodnienia chorego w domu jest droga podskórna – *hypodermoclysis*.

W odniesieniu do chorych, którym pozostały dni lub godziny życia, zdania co do nawodnienia i odżywiania są po-

dzielone. Uważa się, że potrzeba więcej badań naukowych, ponieważ dowody medyczne nie są jednoznaczne, wymagają podejścia indywidualnego.

Cel pracy: Przedstawienie problemu odwodnienia i sposobów nawodnienia chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową.

Materiał i metody: Doświadczenia własne, analiza i przegląd dostępnej literatury polsko- i angielskojęzycznej.

Wnioski: Należy uwzględnić przewidywany czas życia chorego, zwracać większą uwagę na zapobieganie odwodnieniu, pomocny jest bilans płynów, a w przypadku wystąpienia odwodnienia i konieczności nawodnienia pacjenta, częstsze sięganie po nawodnienie podskórne, które wydaje się bardziej bezpiecznym sposobem nawodnienia pacjenta w warunkach domowych.

Słowa kluczowe: opieka paliatywna, odwodnienie, nawodnienie, rola pielęgniarki.

Analiza oceny stanu zdrowia chorego u schyłku życia z rakiem języka

Eleonora Mess, Agata Zwierzyńska

Zakład Pielęgniarskiej Opieki Paliatywnej,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Nowotwory jamy ustnej stanowią 30% nowotworów głowy i szyi. Ich występowanie jest charakterystyczne dla mężczyzn. Większość nowotworów w jamie ustnej (90%) stanowi rak płaskonabłonkowy (*oral squamous cell carcinoma*). Ze względu na lokalizację raki jamy ustnej są klasyfikowane za pomocą ICD – *International Classification of Diseases*. ICD 141 najczęściej lokalizowane w okolicy jamy ustnej i gardła.

Cel pracy: Ocena problemów medycznych u 58-letniego chorego z zaawansowanym rakiem języka.

Studium przypadku: Chory w 2011 r. zgłosił się do Centrum Onkologii w Opolu. Następnie został objęty opieką przez Hospicjum Ziemi Kluczborskiej św. ojca Pio w Byczynie.

Materiał i metody: Oceny stanu chorego dokonano za pomocą ankiety własnej konstrukcji. Część pierwsza kwestionariusza dotyczyła przebiegu choroby, druga – oceny natężenia bólu za pomocą skal VAS (*Visual Analogue Scale*), ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*), Turskiego, MPAC (*Memorial Pain Assessment Card*). Aktywność fizyczną mierzono za pomocą skali Karnofsky'ego, jakość życia za pomocą rotterdamskiej skali objawów.

Wyniki: Analiza oceny stanu chorego wykazała, że ból totalny był najpoważniejszym problemem medycznym. Jakość życia chorego była zła.

Badania wykonano po otrzymaniu zgody Komisji Bioetyki Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu – Nr KB-736/2011.

Słowa kluczowe: chory, rak języka, problemy medyczne, stan terminalny.

Analiza zależności między jakością życia a negatywnymi stanami i emocjami, jak lęk, gniew, depresja, u osób z chorobą nowotworową leczonych z powodu przewlekłego bólu nowotworowego. Doświadczenia kliniczne Poradni Leczenia Bólu i Medycyny Paliatywnej Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie

Marta Kulpa^{1,2}, Beata Stypuła-Ciuba³, Elwira Góraj³, Urszula Ziętalewicz⁴

¹Zakład Psychologii Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny,

²Poradnia Psychoonkologii, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

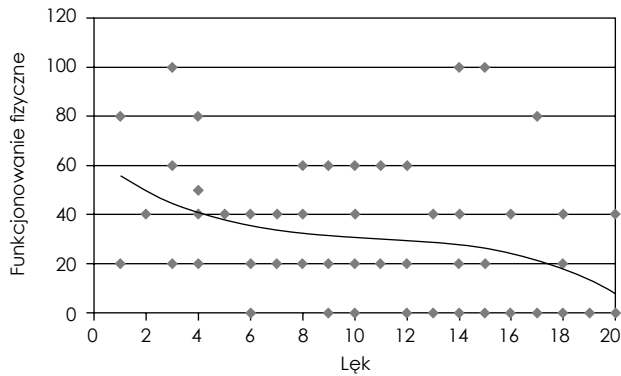
³Poradnia Leczenia Bólu i Medycyny Paliatywnej, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

⁴Katedra Psychopatologii i Psychoterapii, Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

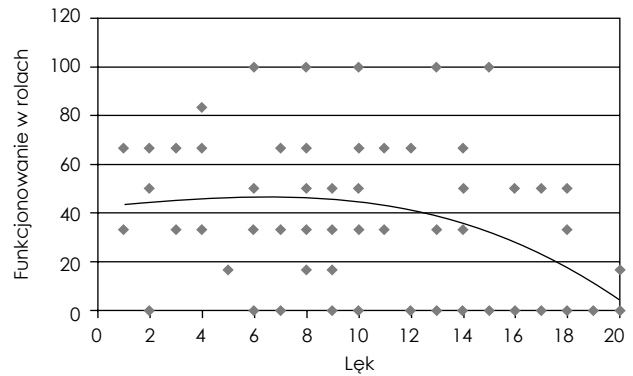
Wstęp: W psychoonkologii definiuje się jakość życia jako „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia, który można sprowadzić do subiektywnej oceny życia jako całości” (Walden-Gałuszko, 1992). Ocena ta obejmuje cztery aspekty funkcjonowania człowieka: fizyczny, poznawczy, społeczny i emocjonalny (Walden-Gałuszko i Majkiewicz, 1994). Ocena jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia u chorych onkologicznie jest istotna ze względu na konieczność ustawicznego wpływania na jej poprawę na każdym etapie choroby nowotworowej. Ból nowotworowy jest jednym z najczęstszych objawów towarzyszących chorobie nowotworowej i zarazem objawem, którego chorzy obawiają się najbardziej. Ból odbierany jest zawsze jako doznanie nieprzyjemne, a utrzymujący się przez długi okres staje się źródłem cierpienia (Dobrogowski i Wordliczek, 2003). Ból nowotworowy negatywnie wpływa na jakość życia pacjenta, a niska jakość życia zwiększa wrażliwość na ból oraz zmniejsza na niego tolerancję (Leppert i Majkiewicz, 2002). Znaczący wpływ na nasilenie oraz tolerancję bólu przewlekłego ma składnik poznawczo-emocjonalny. Składnik poznawczo-emocjonalny często związany jest z lękowym i depresyjnym odbieraniem rzeczywistości lub z pełnoobjawową depresją (Landowski, 2002; Golec i Dobrogowski, 2004). Takie ujęcie bólu pokrywa się z teorią bramki Melzacka, która dowodzi, że w etiologii depresji i percepcji bólu bierze udział wspólny czynnik emocjonalny (Melzack i Wall, 2008).

Wyniki prezentowanych badań stanowią próbę wskazania zasadności poszerzenia standardowej diagnostyki bólu stosowanej w Poradni Leczenia Bólu o ocenę zaburzeń lękowo-depresyjnych oraz poziomu jakości życia, szczególnie u pacjentów z przewlekłym bólem nowotworowym, u których trudno jest uzyskać dobrą kontrolę bólu.

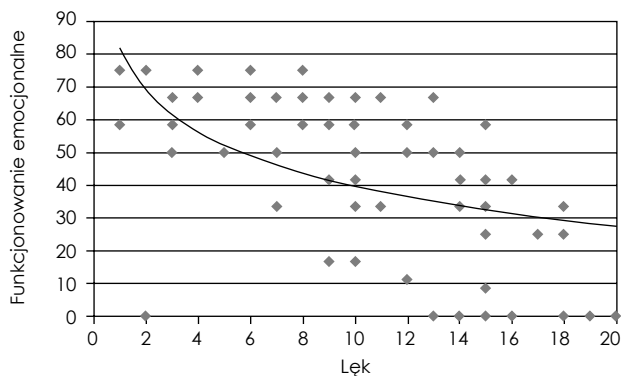
Cel pracy: Celem prezentowanego badania jest ocena zależności między negatywnymi emocjami (lęk, depresja, agresja) a jakością życia w zakresie funkcjonowania fizycznego, poznawczego, emocjonalnego i społecznego



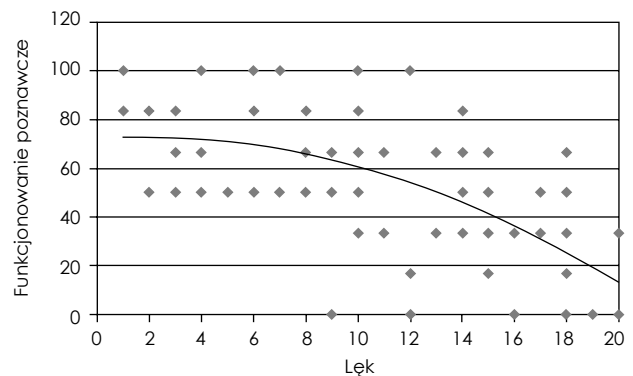
Ryc. 1. Lęk a funkcjonowanie fizyczne



Ryc. 2. Lęk a funkcjonowanie w rolach



Ryc. 3. Lęk a funkcjonowanie emocjonalne



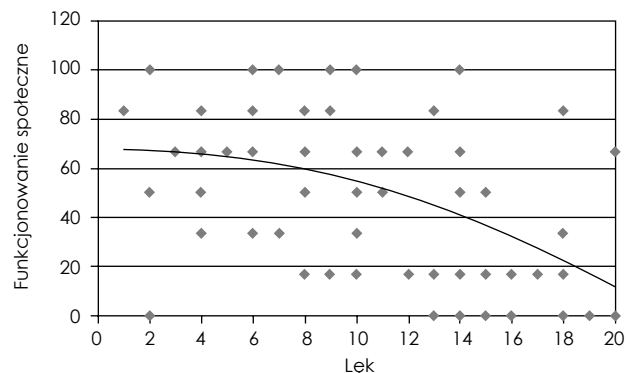
Ryc. 4. Lęk a funkcjonowanie poznawcze

u osób chorych na chorobę nowotworową. Badanie prowadzone w aspekcie bólu nowotworowego, z powodu którego badane osoby objęte są opieką Poradni Medycyny Paliatywnej i Leczenia Bólu.

Materiał i metody: Badaniem objęto 122 osoby: 50 kobiet i 72 mężczyzn (średnia wieku 57 lat) z rozpoznaniem choroby nowotworowej, cierpiących z powodu bólu nowotworowego od co najmniej 3 miesięcy, obejmowanych opieką Poradni Leczenia Bólu w Centrum Onkologii – Instytucie w Warszawie. Badanie wykonywano podczas pierwszej wizyty pacjenta w Poradni. Badanie było dobrowolne. Projekt badania uzyskał pozytywną akceptację Działu Nauki COI. Poziom jakości życia mierzono Kwestionariuszem Jakości Życia (QLQ-C30). Poziom lęku, depresji i gniewu mierzono Zmodyfikowaną Szpitalną Skalą Lęku i Depresji (HADS-M). Nasilenie bólu nowotworowego określano za pomocą skali VAS (*Visual Analogue Scale*). Wyniki poddano zbiorczej analizie statystycznej. Siłę związków oceniono z użyciem współczynnika korelacji tau-b Kendalla.

Wyniki: Uzyskane wyniki wskazują na to, że im niższe nasilenie depresji i lęku, tym lepsze funkcjonowanie chorych we wszystkich mierzonych obszarach (funkcjonowanie fizyczne, w rolach, emocjonalne, poznawcze i społeczne). Najsilniejszą determinantą funkcjonowania pacjenta było nasilenie lęku (współczynniki korelacji odpowiednio $-0,419$; $-0,316$; $-0,612$; $-0,628$; $-0,550$).

Stwierdzono także ujemną korelację gniewu z poziomem funkcjonowania fizycznego ($0,292$) i ujemną korelację gniewu z poziomem funkcjonowania emocjonalnego ($-0,318$, $-0,336$). Nie stwierdzono wpływu gniewu na funkcjonowanie w rolach, poznawcze i społeczne.



Ryc. 5. Lęk a funkcjonowanie społeczne

Wnioski: Uzyskane wyniki wskazują, że minimalizacja negatywnych emocji pacjenta, a zwłaszcza lęku, poprawia poziom jego funkcjonowania zarówno w obszarze emocjonalnym i społecznym, jak i w obszarze fizycznym. Przekłada się to także na uzyskanie lepszej kontroli bólu nowotworowego. Z tego względu istotne i zasadne jest wspomaganie leczenia pacjentów z przewlekłym bólem nowotworowym wsparciem psychologicznym i psychoterapeutycznym.

Słowa kluczowe: lęk, depresja, jakość życia, choroba nowotworowa.

Sedacja ciągła utrzymywana do śmierci i przekazywanie informacji pacjentowi i rodzinie – opinie lekarzy pracujących w stacjonarnych ośrodkach opieki paliatywnej dla dorosłych w Polsce

Martyna Tomczyk¹, Maciej Sopata²,
Marcel-Louis Viillard^{1,3}, Sadek Beloucif⁴,
Marie-France Mamzer^{1,5}, Christian Hervé¹

¹EA 4569, Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paryż, Francja

²Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań, Polska

³Equipe mobile médecine palliative périnatale – pédiatriques – adultes, Necker Enfants Malades, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Paryż, Francja

⁴Université Paris XIII-Nord, Sorbonne Paris Cité, EA 4569, Centre Hospitalier Universitaire Avicenne, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Paryż, Francja

⁵Unité d'éthique et de droit de la santé, Necker Enfants Malades, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Paryż, Francja

Wstęp: Międzynarodowe grupy ekspertów wyróżniają trzy rodzaje sedacji paliatywnej: sedacja czasowa, sedacja przerywana, sedacja ciągła utrzymywana do śmierci. Ten ostatni typ sedacji, choć stanowi integralną część opieki paliatywnej i jest zgodny z jej założeniami (rekomendacje Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej), budzi największą kontrowersję etycznych.

Cel pracy: Poznanie i zrozumienie doświadczeń polskich lekarzy związanych z przekazywaniem informacji pacjentowi i jego rodzinie na temat sedacji ciągłej utrzymywanej do śmierci.

Materiał i metody: Badanie jakościowe oparte na analizie dokumentacji medycznej pacjentów oraz na indywidualnych wywiadach z lekarzami pracującymi w stacjonarnych ośrodkach opieki paliatywnej dla dorosłych w Polsce. Badanie przeprowadzono zgodnie z rekomendacjami COREQ – *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (Tong A., Sainsbury P., Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007; 19: 349-357).

Wyniki: Wyrażenie „sedacja ciągła utrzymywana do śmierci pacjenta” jest automatycznie utożsamiane z eutanazją i tym samym budzi kontrowersje. Z tego powodu kilkanaście (11/85) stacjonarnych ośrodków opieki paliatywnej dla dorosłych odmówiło udziału w badaniu.

Analiza tematyczna dokumentacji medycznej oraz wywiadów pokazała, że choć ten rodzaj sedacji jest stosowany, to przyjmuje on różne nazewnictwo i ma wpływ na jakość informacji przekazywanej pacjentowi i jego rodzinie.

Wnioski: Przekazywanie informacji pacjentowi i jego bliskim na temat leczenia, które zgodnie z rekomendacjami Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej

odpowiada „sedacji ciągłej utrzymywanej do śmierci”, jest problematyczne dla lekarzy. Wspólna dyskusja ekspertów medycyny paliatywnej oraz opracowanie polskich rekomendacji dobrej praktyki może zminimalizować ten problem.

Słowa kluczowe: sedacja ciągła, przekazywanie informacji, eutanazja.

Wątpliwości natury etycznej, prawnej i organizacyjnej oraz postawy lekarzy występujące podczas diagnostyki i leczenia onkologicznego osób ze schizofrenią

Cezary Lepiarczyk

Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sylwia Figura
Puls-Med, Hospicjum Domowe w Rybniku

Wstęp: Ryzyko śmierci z powodu nowotworów u osób ze schizofrenią jest wyższe niż u osób pozbawionych tej choroby. Należy więc uważniej poświęcić wczesnemu wykrywaniu nowotworów u osób ze schizofrenią, ponieważ osoby te często nie zwracają uwagi na niepokojące symptomy i nie stosują się do zaleceń lekarza.

Cel pracy: Zwrócenie uwagi na trudności etyczne, prawne i organizacyjne, z jakimi spotykają się lekarze opiekujący się chorymi psychicznie, u których pojawiają się problemy onkologiczne, jak również wskazanie niskiego poziomu „świadomości paliatywnej” wśród lekarzy.

Materiał i metody: W lutym 2014 r. przyjęto do szpitala psychiatrycznego pacjentkę z powodu pogorszenia stanu psychicznego. Po 2 miesiącach pobytu z powodu wystąpienia zmian osłuchowych nad lewym płucem chorą przekazano na Oddział Chorób Wewnętrznych z podejrzeniem zapalenia płuc. Po 8 dniach chora powróciła na Oddział Psychiatryczny z rozpoznaniem guza płuca lewego oraz adnotacją, że „z uwagi na stan psychiczny dalszą diagnostykę i leczenie odroczone”. Na oddziale wykonano konsultację onkologiczną, pulmonologiczną, bronchofiberoskopię, a po wyrównaniu stanu psychicznego chorą wypisano do domu. Po raz kolejny została przyjęta na Oddział Psychiatryczny w sierpniu 2014 r. z powodu uwarunkowania przez pulmonologa przyjęcia chorej na Oddział Chorób Płuc dostarczeniem zaświadczenia wydanego przez psychiatrę o świadomym wyrażeniu przez chorą zgody na diagnostykę inwazyjną, którego po hospitalizacji nie otrzymała.

Wyniki i wnioski:

1. Występują wątpliwości natury etycznej – czy można leczyć chorego psychicznie wbrew jego woli.
2. „Przerzucanie” odpowiedzialności za podejmowanie decyzji o diagnostyce i leczeniu wbrew woli pacjenta na lekarzy psychiatrów.
3. Nieznajomość aktów prawnych i trybu postępowania umożliwiających diagnostykę i leczenie wbrew woli pa-

cjenta zarówno przez psychiatrów, jak i lekarzy innych specjalności.

4. Niska „świadomość paliatywna” wśród lekarzy niezwiązanych bezpośrednio z medycyną paliatywną – „po co, skoro i tak umrze”. Brak wyspecjalizowanych ośrodków do diagnostyki i leczenia tego typu pacjentów.

Słowa kluczowe: schizofrenia, nowotwór, umieranie, postawy.
