

Postępujące uszkodzenie ciała spowodowane przewlekłą, zagrażającą życiu chorobą, ubocznymi skutkami leczenia przyczynowego oraz innymi równocześnie występującymi w starszym wieku chorobami jest źródłem wielowymiarowych cierpień terminalnie chorego pacjenta, jak również bliskich mu osób. Cierpienie dotyczy całej osoby chorego i winno być rozpatrywane we wszystkich aspektach związanych z cielesnymi (somatycznymi) doznaniem, życiem psychicznym, społecznym i duchowym (egzystencjalnym). Składowe te wzajemnie na siebie oddziałują i każda z nich ma ważny udział w dynamice i natężeniu bólu wszechogarniającego. Somatyczny komponent charakteryzuje się występowaniem szeregu dokuczliwych objawów, niekorzystnymi zmianami wyglądu i postępującym zniedołężnieniem. Dokładna ocena kliniczna i ustalenie przyczyn różnorodnych objawów jest pomocne w opracowaniu planu opieki paliatywnej – postępowania mającego na celu uśmierzanie przykrych dolegliwości i poprawę jakości życia chorego. Do zdobycia medycyny paliatywnej należy umiejętność posługiwania się kontrolowaną farmakoterapią, pomocną w opanowywaniu bólu, nudności, wymiotów, duszności i wielu innych objawów.

Słowa kluczowe: ból, cierpienie, farmakoterapia, nowotwór, objawy, opieka/ leczenie paliatywne, somatyczne aspekty.

Somatyczne aspekty cierpienia

Postępy w uśmierzaniu bólu, duszności i innych objawów związanych z chorobą nowotworową

Somatic aspects of suffering

Progress in relieving pain, dyspnoea and other cancer symptoms

Jacek Łuczak, Aleksandra Kotlińska-Lemieszek, Ewa Bączyk

Klinika Opieki Paliatywnej, Katedra Onkologii Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

WPROWADZENIE

Celem niniejszego opracowania jest próba zdefiniowania istoty bólu i cierpienia przeżywanego przez pacjentów w zaawansowanym okresie postępującej choroby o złym rokowaniu oraz omówienie składowych bólu wszechogarniającego (cierpienia), ze zwróceniem szczególnej uwagi na komponent somatyczny. W pracy przedstawiono epidemiologię najczęściej występujących objawów, rolę badania klinicznego w ustalaniu ich przyczyn, wskazania do objęcia opieką paliatywną oraz postępy farmakoterapii dokuczliwych objawów, osiągnięte dzięki rozwojowi opieki paliatywnej i medycyny paliatywnej – nowej specjalności lekarskiej.

ISTOTA BÓLU I CIERPIENIA

Cierpieniem określa się przykre doznania (udrękę) związane z przeżywaniem bólu fizycznego, innych dokuczliwych objawów, różnorodnych strat (kalectwo, zniedołężnienie, utrata bliskiej osoby, utrata roli/pozycji, godności) i innych nieszczęść, często związanych z ciężką przewlekłą chorobą i śmiercią. Wg słownika Webstera **cierpieć** oznacza *poddać się lub być zmuszonym do wytrzymania zadanego ciosu oraz do świadczania lub ponoszenia szkody lub strat*.

Ból jest przykrym zmysłowym i emocjonalnym doświadczeniem, wywołanym rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek bądź jedynie opisywanym w kategoriach takiego uszkodzenia [1]. Ból i cierpienie mają różne znaczenie – ból może istnieć bez cierpienia, tak jak cierpienie może istnieć bez bólu [2, 3]. Mimo to w naszej kulturze, tak pełnej medycznej frazeologii, cierpienie bez względu na jego źródło, opisywane jest w kategoriach bólu, co w znacznym stopniu utrudnia zrozumienie jego istoty zarówno lekarzom, jak i pacjentom [4].

Cierpienie wydaje się pojęciem szerszym aniżeli ból fizyczny. Znajduje to od-

zwierciedlenie w definicji Lewis'a [5], wg której każde doświadczenie o charakterze fizycznym lub psychicznym, w stosunku do którego pacjent odczuwa niechęć, jest równoznaczne z udręką, męczarnią, nieszczęściem i kłopotami, przeradzając się w ból o podłożu somatycznym, psychicznym, a także duchowym.

Pojęcie cierpienia dotyczy całej istoty ludzkiej. W swojej powszechnie uznanej teorii Cassell [6] określa cierpienie mianem osobistego przeżycia, stanem głębokiego wyczerpania związanego z wydarzeniami stanowiącymi zagrożenie integralności własnej osoby. Cierpienie pojawia się w chwili uzmysłowienia sobie zbliżającego się zagrożenia i trwa dopóty, dopóki zagrożenie nie minie lub nie uda się przywrócić poczucia bezpieczeństwa w inny sposób. Cassell zwrócił uwagę na szereg komponentów osobowości, które przyczyniają się do osobistego przeżycia cierpienia. Są to:

- ▶ rola osoby (samego pacjenta, rodziny, personelu medycznego),
- ▶ stosunki międzyludzkie,
- ▶ wcześniejsze doświadczenia życiowe i ich osobiste znaczenie,
- ▶ wychowanie w określonej sferze kulturowej, a także osobiste cechy, takie jak:
 - przekonania polityczne,
 - zainteresowania,
 - posiadanie tajemnic,
 - życie intymne,
 - wizja przyszłości,
 - funkcjonowanie na różnych poziomach świadomości,
 - posiadanie rozwiniętych nawyków i wzorów zachowań,
 - posiadanie ciała fizycznego oraz życia duchowego (wymiaru transcendentálne).

Ludzie tworzą systemy wartości, którymi kierują się w swoich działaniach, a kiedy działania te znajdują się w konflikcie z uznawanym systemem wartości, przestają być w harmonii ze sobą, co powoduje cierpienie [6, 7].

Progressive damage of body caused by chronic life-threatening disease, serious side effects of therapy (common in anticancer treatment) and by other concurrent illness (cancer most frequently occurs in patients over 65 years) are the sources of multidimensional suffering of terminally ill patients and the suffering of their beloved. Suffering as a whole person experience should be considered in all aspects of humane life including bodily (somatic), psycho-social and spiritual (existential) dimensions. All the above mentioned factors influence each other and have an important impact on the dynamics and intensity of total pain (suffering).

The somatic component consist of occurrence of several distressing symptoms adding to unfavourable body image and disability. The detailed clinical assessment and recognition of the causes of various symptoms, play an important role in developing a plan of successful symptoms management and improvement of the patient's quality of life. The achievements in palliative medicine include improvement in knowledge and skill of monitored pharmacotherapy allowing to control the pain, dyspnoea and other symptoms effectively.

Key words: pain, suffering, pharmacotherapy, cancer, symptoms, care/palliative treatment, somatic dimensions.

Wg Chapman i Gavrin [8] każda definicja cierpienia powinna uświadamiać zagrożenia integralności jednostki (zarówno fizycznej, jak i psychospołecznej), jego negatywne skutki oraz uświadomienie poczucia bezradności i straty.

Pojęcie wszechogarniającego bólu (*total pain*), utworzone przez założycielkę współczesnego ruchu hospicyjnego Cicely Saunders [9], ułatwia zrozumienie cierpienia terminalnie chorych pacjentów, jako wielowymiarowego doświadczenia o charakterze fizycznym, psychicznym i duchowym. Autorka wyróżnia tu cierpienie związane z przeżywaniem doświadczeń o charakterze cieleśnym (somatycznym), emocjonalnym, społecznym i duchowym, których wyodrębnienie pomogło wielu badaczom uświadomić sobie złożoność tego procesu. *Staramy się zrozumieć i zareagować na wszystkie komponenty bólu i dać pacjentom wolność poszukiwania własnej drogi w ich ostatniej podróży, a także szansę znalezienia nieoczekiwanego pocieszenia, które często tam na nich czeka.*

Uświadomienie cierpienia pacjentów pomogło Cicely Saunders sformułować 3 życzenia umierających pacjentów: *Pomóż mi, Wysłuchaj mnie i Zostań ze mną* oraz zidentyfikować 3 podstawowe źródła cierpienia pacjenta:

- ▶ nieuśmierzony ból,
- ▶ utrata godności,
- ▶ samotność (Davidson).

Koncepcja wszechogarniającego bólu została powszechnie zaakceptowana i rozszerzona przez innych autorów [10, 11, 12].

SOMATYCZNE ASPEKTY CIERPIENIA U CHORYCH Z ZAAWANSOWANĄ CHOROBAŁ NOWOTWOROWĄ

Uszkodzenie ciała jest spowodowane podstawową, przewlekłą, postępującą chorobą o niekorzystnym rokowaniu, ubocznymi następstwami przyczynowej terapii przeciwnowotworowej oraz współistniejącymi schorzeniami (częstymi u osób powyżej 65. roku życia, które najczęściej zapadają na choroby nowotworowe). Ww. sumujące się czynniki są przyczyną wielorakich, dokuczliwych objawów, oszpeceń, zmian wyglądu (obrazu ciała) oraz postępującego zniechęcenia z następowym upośledzeniem czynności [2, 6, 13]. Całość tych niekorzystnych zmian jest powodem udręczeń/cierpienia/przykrych doznań somatopsychicznych, mających wpływ zarówno na:

- ▶ psychikę (negatywne emocje),
- ▶ życie społeczne (utrata pozycji/roli w rodzinie, społeczeństwie),
- ▶ życie duchowe (egzystencjalne):
 - zagrożenie egzystencji,
 - utrata wiary w sens życia,
 - *Dlaczego ja?*

Cierpienie jest wyzwalane nie tylko uciążliwymi dolegliwościami, ale również uświadomieniem sobie kolejnych strat, spowodowanych coraz trudniejszym funkcjonowaniem w życiu rodzinnym (utrata roli rodzica, kochanka) i społecznym, zdolności do samo-

obsługi oraz oszpececiem i niekorzystną zmianą wyglądu. Nie można zatem oddzielić od siebie poszczególnych składowych cierpienia (somatycznych, psychicznych, społecznych i duchowych) dotyczących całej osoby, sprowadzając je tylko do cieleśnych doznań – dyskomfortu odczuwanego z powodu różnych objawów i dysfunkcji poszczególnych układów (oddechowego, pokarmowego, krążenia) [2, 13].

U chorych na zaawansowane nowotwory, ale i inne przewlekłe, postępujące choroby, istnieje szereg dokuczliwych objawów, które (jeżeli nie zostaną uśmierzone) w istotny sposób wpływają na dalsze obniżenie jakości życia i zaburzają funkcjonowanie, powodując nasilenie cierpienia psychicznego i egzystencjalnego. Narastający, przewlekły, trudny do opanowania ból u chorego z zaawansowaną chorobą nowotworową jest dla pacjenta zwiastunem rychłej śmierci i to w strasznych katuszach [10]. Stąd ból o nasileniu większym niż 5 w skali VAS stanowi wskazanie do jak najszybszej interwencji medycznej [14]. Postępujące chudnięcie, zmęczenie, osłabienie, niezdolność do samoobsługi wyzwalają poczucie bezradności, przygnębienia, godzą w poczucie intymności i godności oraz często łączą się z przykrym odczuwaniem bycia ciężarem dla osób bliskich i personelu medycznego [13].

Cierpienia chorych niejednokrotnie są nasilane niewłaściwą postawą personelu medycznego [13, 15]. Można tu wyliczyć szereg takich nieprawidłowości, jak:

- ▶ nierozpoznanie cierpienia chorego i jego bliskich,
- ▶ niezrozumienie potrzeb cierpiącego,
- ▶ niewłaściwe komunikowanie się z chorym i rodziną,
- ▶ niedostatek kwalifikacji z zakresu podstaw medycyny paliatywnej,
- ▶ medykalizacja cierpienia, czyli ograniczenie działań wyłącznie do medycznych aspektów choroby: pacjent do lekarza: *Panie doktorze, czuję się coraz słabszy, obawiam się, że wkrótce umrę, boję się o to, jak sobie poradzą moi bliscy, a ponadto nie mogę w nocy spać, bo nasila mi się ból lewego kolana*, lekarz do pacjenta: *Niech Pan mi powie więcej o bólu kolana*,
- ▶ niedostępność lekarza,
- ▶ brak zaangażowania personelu medycznego w opiekę nad nierokującym poprawy terminalnie chorym pacjentem,
- ▶ brak wsparcia dla osób bliskich choremu.

Postępujące, nieuśmierzone cierpienia połączone z brakiem dostatecznej opieki, w tym również medycznej, i samotnością są powodem narastającego lęku o przyszłość (*co złego jeszcze może mnie spotkać?*) i strachu przed umieraniem w cierpieniach, co może prowadzić do pragnienia szybszej śmierci (życzenia takie wypowiadało ok. 25 proc. chorych, którzy byli otaczani troskliwą opieką w brytyjskich ośrodkach hospicyjnych, 2–3 proc. z nich prosiło o eutanazję).

Każde wypowiediane przez chorego pragnienie o tym charakterze świadczy o cierpieniu, z którym nie może on sobie poradzić i stanowi wezwanie do życzliwego wysłuchania pacjenta i udzielenia mu wsparcia. Istnieją dowody, że większość chorych proszących o skrócenie życia zmieniało zdanie po otoczeniu ich opieką paliatywną.

ISTOTA OPIEKI PALIATYWNEJ

Opieka paliatywna i hospicyjna stanowi (zgodnie z definicją WHO [11]) ten sam rodzaj opieki, cechującej się wszechstronnością aktywnych działań (opieka holistyczna), mających na celu zaspokojenie wielorakich cielesnych (somatycznych), psychosocjalnych i duchowych (egzystencjalnych) potrzeb chorych z nie poddającą się leczeniu przyczynowemu przewlekłą, postępującą, zagrażającą życiu chorobą oraz zapewnienie wsparcia ich rodzinom podczas choroby i w okresie osierocenia po śmierci bliskiej osoby (ryc.). Do zadań wielodyscyplinarnego zespołu profesjonalistów i wolontariuszy należy leczenie bólu, duszności, nudności, wymiotów i innych dokuczliwych objawów, łagodzenie lęku i depresji, przeciwdziałanie osamotnieniu oraz ofiarowanie wsparcia duchowego [16].

Medycyna paliatywna oznacza specjalistyczną, ukierunkowaną na poprawę jakości życia opiekę medyczną nad chorym z zaawansowanym, progresywnym schorzeniem o krótkim okresie przeżycia, z reguły nie przekraczającym jednego roku, choć niekiedy u dzieci i młodocianych przeżycie może sięgać kilku lat (Doyle).

Do podstawowych zadań opieki paliatywnej, oprócz wypracowania właściwego sposobu komunikowania się i wspierania chorego oraz jego rodziny, należy umiejętne uśmierzenie dokuczliwych cierpień somatycznych. Szybkie złagodzenie przykrych dolegliwości to jeden z podstawowych warunków umożliwiających poprawę jakości życia, przynoszących satysfakcję choremu i jego bliskim ze sprawowanej opieki.

DANE EPIDEMIOLOGICZNE

Spośród wielu objawów fizycznych (razem jest ich ponad 30), 70–90 proc. pacjentów w zaawansowanym stadium choroby odczuwa dokuczliwe bóle, które wymagają stosowania silnych opioidów. Do najczęstszych objawów w ostatnich tygodniach życia należą: zmęczenie i ogólne osłabienie, a w ostatnich dniach życia duszności, majaczenie, nudności i wymioty. Zaburzenia psychiczne występują u ponad 60 proc. pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej. Do najbardziej typowych należą [10, 13]:

- ▶ depresja,
- ▶ niepokój,
- ▶ zaburzenia snu,
- ▶ drażliwość,
- ▶ gniew,
- ▶ osłabienie koncentracji,
- ▶ koszmary senne i majaczenie.

Z przeprowadzonych badań metaanalitycznych [17] wynika, że ból jest najczęściej badany, występującym u 45–100 proc. chorych, objawem w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej, z czego u 20–40 proc. chorych jest niedostatecznie leczony. Badania Foley wskazują, że ból jest częstym objawem również u chorych aktywnie przyczynowo leczonych (30–50 proc.), duszność występuje u 21–40 proc. chorych z różnym umiejscowieniem nowotworu i u 87 proc. chorych z zaawansowaną postacią raka płuc. Nudności i wymioty występują odpowiednio u ok. 13–44 proc. i 10–27 proc. chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową.

Z badań brytyjskich [17] wynika, że spośród 2 800 chorych umierających z powodu choroby nowotworowej na 1 mln mieszkańców, ból występuje u 2 400, duszności u 1 300, a nudności i wymioty u 1 400 chorych. Badania dotyczące chorych z nienowotworowymi, będącymi przyczyną zgonu, chorobami wykazały, że ból występował u 67 proc., duszności u 49 proc., a nudności

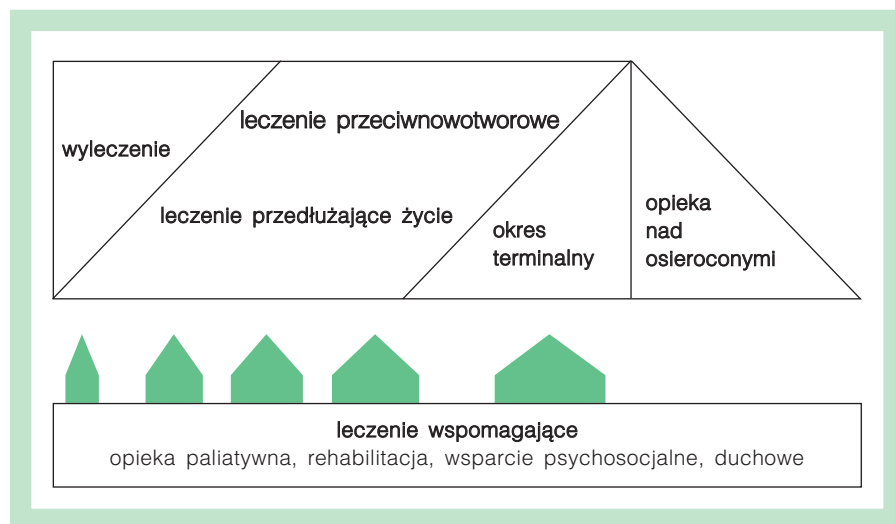
i wymioty u 27 proc. chorych. Z badań tych, prowadzonych w odniesieniu do chorych umierających z powodu nienowotworowych schorzeń wynika, że spośród 6 900 chorych umierających na 1 mln mieszkańców, 4 400 cierpi z powodu bólu, 3 400 z powodu duszności i 1 900 z powodu nudności i wymiotów. Szereg badań wykazało wpływ terminalnej choroby na sferę psychiczną. Hopwood stwierdził występowanie lęku i/lub depresji u 27 proc. kobiet z zaawansowanym rakiem gruczołu piersiowego. U chorych, u których zgon nie był wywołany nagłą śmiercią, lęk występował u 24 proc., a depresja u 18 proc. chorych. Można w przybliżeniu ustalić, że lęk występuje u 700 spośród 2 800 chorych umierających z powodu choroby nowotworowej na 1 mln mieszkańców oraz 1 600 spośród 6 800 umierających z powodu nienowotworowych chorób na 1 mln mieszkańców. Dodatkowo ustalono występowanie lęku u co najmniej 1/3 rodzin przeżywających cierpienie z powodu terminalnej choroby bliskich, tj. 930 rodzin spośród 2 800 na 1 mln mieszkańców (zgonu z powodu choroby nowotworowej) oraz 2 300 rodzin spośród 6 800 na mln (zgonu z powodu chorób nienowotworowych).

ZAPOTRZEBOWANIE NA OPIEKĘ PALIATYWNĄ

Potrzeby objęcia specjalistyczną opieką są określane przez specyficzne wskazania w schorzeniach stanowiących z reguły przyczynę przedwczesnych zgonów, przebiegających z dokuczliwymi objawami, wymagającymi postępowania interwencyjnego. W schorzeniach tych świadczenia medyczne są poniżej oczekiwanego poziomu, który mógłby być w danych warunkach zaakceptowany [17]. Schorzenia stanowiące wskazania do objęcia pacjenta opieką paliatywną przedstawia tab.

W Wielkiej Brytanii 15–25 proc. chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową korzysta ze stacjonarnej opieki paliatywnej, a 25–65 proc. z innych form opieki paliatywnej. Można sądzić, że 400–700 spośród 2 800 chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową na 1 mln mieszkańców wymaga opieki stacjonarnej, a 700–1 800 chorych winno być objętych innymi formami opieki paliatywnej. 200–700 chorych spośród 6 800/mln pacjentów umierających z powodu nienowotworowych schorzeń wymaga paliatywnej opieki stacjonarnej, a 350–1 400/mln wspomagającej opieki paliatywnej [17].

W Polsce 4–15 proc. chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową korzysta ze stacjonarnej opieki paliatywnej (istnieją znaczne dysproporcje na terenie kraju, a liczba łóżek wynosi obecnie 18/mln mieszkańców, znacznie poniżej wskaźnika zalecanego przez WHO – 50 łóżek/mln mieszkańców, spełnianego w Wielkiej Brytanii), a z innych form opieki korzysta od 10–70 proc. chorych. Ekstrapolując dane brytyjskie (w Polsce wskaźnik zgonów z powodu choroby nowotworowej wynosi



Ryc. Model Sheffield leczenia w chorobach nowotworowych [Achmedzai S. *New approaches to pain control in patients with cancer.* Eur J Cancer 1997; 33: s. 8-14 (suppl. 6)]

Tab. Wskazania do objęcia chorego opieką paliatywną

Rodzaj schorzenia	Podział
zaawansowana choroba nowotworowa	płuco, krtań, tchawica, oskrzele, jama ustna, nosogardziel, gruczoł piersiowy, układ limfatyczny, układ pokarmowy, układ moczowo-płciowy, białaczki, schorzenia hematologiczne, układ kostny, skóra;
postępujące choroby nienowotworowe	układu krążenia (sercowo-naczyniowe i naczyń mózgowych), układu oddechowego, mięśniowo-nerwowego (SLA, SM), demencja, AIDS//HIV;
terminalne schorzenia wieku dziecięcego	schorzenia nowotworowe, schorzenia nienowotworowe.

ok 2 300/miliona mieszkańców), można sądzić, że 320 do 560 spośród 2 300 chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową wymaga w Polsce stacjonarnej opieki paliatywnej, a 560–1 440 winno być objętych innymi formami opieki paliatywnej. W Polsce, podobnie jak w Wielkiej Brytanii, większość chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową korzysta z opieki paliatywnej z reguły w ostatnich 3 mies. życia; dane z kilku ośrodków domowej opieki paliatywnej wskazują, że większość chorych korzysta z tej opieki w ostatnich 2 mies. życia (dane nie opublikowane).

POSTĘPY W LECZENIU OBJAWOWYM

Liczne badania wykazały, że leczenie w ośrodkach opieki paliatywnej zapewnia pacjentom z zaawansowaną chorobą nowotworową znacznie lepszą niż szpitalna opiekę medyczną, uśmierzenie bólu, duszności, nudności, wymiotów, zaparcia stolca i innych objawów, w tym również lęku i depresji. Potwierdziły to również badania wykonane u chorych w ostatnich tygodniach życia, wskazujące na znacznie wyższy stopień uśmierzenia dolegliwości u chorych korzystających z zespołu domowej opieki paliatywnej w porównaniu z chorymi, którzy korzystali wyłącznie z opieki sprawowanej przez lekarza rodzinnego i pielęgniarkę środowiskową [18, 19, 20]. Przyczyn tego stanu można doszukiwać się w podstawowych różnicach w wyszkoleniu teoretycznym i praktycznym zarówno pielęgniarek, jak i lekarzy zespołów opieki paliatywnej/hospicyjnej, które jest jednym z podstawowych standardów, doskonalonych w procesie wdrażanego programu specjalizacji (z zakresu opieki paliatywnej dla pielęgniarek i medycyny paliatywnej dla lekarzy).

Wypracowane w oparciu o doświadczenia czołowych (zwłaszcza brytyjskich) ośrodków opieki paliatywnej/hospicyjnej postępy w uśmierzaniu objawów opierają się na bardzo starannej analizie klinicznej stanu pacjenta, uzupełnionej w razie potrzeby badaniami laboratoryjnymi (np. oznaczenie poziomu wapnia we krwi u chorych

z wymiotami, splątaniem i rozsiewem do kości, rezonansu magnetycznego w trybie nagłym u chorego z podejrzeniem kompresji rdzenia, scyntygrafii w przerzutach do kości), co jest pomocne w ustaleniu przyczyny i oceny natężenia poszczególnych/wiodących objawów i umożliwia ustalenie planu monitorowanej terapii mającej na celu złagodzenie dolegliwości [21].

Podstawowe znaczenie odgrywa tu wysłuchiwanie z należytą uwagą poszerzonego wywiadu stanowiącego historię cierpienia chorego i jego bliskich, co pozwala na ustalenie potrzeb somatycznych, psychosocjalnych i duchowych, wykreślenie genogramu, zwrócenie uwagi na niewerbalne przekazy, wyrażane emocje, oznaki cierpienia oraz wysłuchanie relacji osób bliskich; ustalenia lokalizacji (odnosi się do bólu), charakterystyki, dynamiki i natężenia poszczególnych objawów, zwrócenie uwagi na czynniki nasilające i łagodzące objawy, skuteczność i objawy uboczne dotychczasowego leczenia oraz emocjonalny i egzystencjalny komponent objawu. Każdy chory wymaga bardzo dokładnego badania przedmiotowego, wykonywanego delikatnie, z taktem, ze zwróceniem uwagi na zgłaszane dolegliwości (patologię narządową), zawsze uwzględniającym dokładne badanie neurologiczne; niejednokrotnie przy nasilonych dolegliwościach wykonanie badania jest możliwe dopiero po uśmierzeniu objawów. Rozwój monitorowanej farmakoterapii, która prawie całkowicie wyparła np. inwazyjne metody leczenia bólu, dotyczy wprowadzenia szeregu nowych leków stosowanych w różnych formach (przeznaczony fentanyl, ciągle, podskórnie stosowane analgetyków, antyemetyków i neuroleptyków przy użyciu przenośnych infuzorów bateryjnych, koanalgetyków, adjuwantów), jak i opracowanie właściwego sposobu podawania i nowych zastosowań od dawna znanych wartościowych leków, takich jak doustna morfina (drabina WHO), stosowanie paliatywnej terapii w celu uśmierzenia objawów (radioterapii, izotopów promieniotwórczych, hormonoterapii, chirurgii).

Powstała szeroka dziedzina wiedzy i umiejętności – medycyna paliatywna, która stanowi cenny oręż w rękach lekarza pragnącego jak najskuteczniej uśmierzyć cierpienia chorych, pragnących jak najlepiej wykorzystać czas szybko uciekającego, a tak ważnego życia.

PIŚMIENNICTWO

1. IASP Subcommittee on Taxonomy Pain Terms: a list with definition and routes of usage. Pain 1980; 8: 244-52.
2. Łuczak J. Cierpienie. Charakterystyka, rozpoznawanie, wspomaganie cierpiących, powinności leczących, skuteczność pomocy cierpiącym chorym. W: Block B, Otrębski W. Człowiek nieuleczalnie chory. KUL Lublin 1997; 68-95.
3. Spross JA. Coaching and Suffering. *The Role of Nurse in Helping People Facing Illness*. In: Ferrel B. *Suffering*. Jones and Barlett Publishers Sudbury. 1996; 173-208.
4. Loesser JD, Melzack R. Pain an overview. *The Lancet* 1999; 353: 1607-09.
5. Lewis CS. *The Problem of Pain*. Fount. An Imprint of Harper Collins Publishers, London 1977.
6. Cassel EJ. *The nature of suffering and the goal of medicine*. Oxford University Press, New York 1991.
7. Saunders JM. *HIV/AIDS and Suffering*. In: Ferrel BR. *Suffering*. Jones and Barlett Publishers, Sudbury 1996; 95-120.
8. Chapman CR, Gavrin J. *Suffering and its Relationship to Pain*. *Journal of Palliative Care* 1993; 9: 2, 5-13.
9. Saunders C. *Management of Terminal Malignant Diseases* Edward Arnold. London 1993.
10. Twycross R. *Introducing Palliative Care*. Radcliffe Medical Press, Abingdon 1999.
11. WHO: *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. 1990.
12. Stjernsward J, Teoh N. *The Cancer pain relief programme of the World Health Organisation*. *Palliative Medicine* 1989; 4: 1-3.
13. Cherny NI, Coyle N, Foley KM. *Suffering in the Advanced Cancer Patient. Definition and Taxonomy*. *Journal of palliative Care* 1994; 10: 2, 57-70.
14. Regnard Claud FB, Tempes Sue. *A Guide to Symptom Relief in Advanced Disease*. Hochland & Hochland Ltd, England 1998.
15. Roy D. *Relief of Suffering: The Doctor's Mandate*. *Journal of Palliative Care* 1991; 7: 4, 3-4.
16. Doyle D, Hanks G, MacDonald N. *Introduction*. In: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press 1993.
17. Franks PJ, Salisbury C, Bosanquet N, Wilkinson EK, Kite S, Naysmith A, Higginson IJ. *The level of need for palliative care: a systematic review of the literature*. *Palliat Med*. 2000; 93-104.
18. Salisbury C, Bosanquet N, Killbery E, et al. *The impact of different models of palliative care on patients' quality of life; a systemic review*. *Palliat Med* 1999; 13: 3-17.
19. Wilkinson EK, Salisbury C, Bosanquet N, Franks PJ, Kite S, Lorennton M, Naysmith A. *A patient and carer preference for, and satisfaction with specialist models of palliative care; a systematic literature review*. *Pall Med* 1999; 13: 197-2016.
20. Grupa Robocza Ustalająca Kliniczne Zasady Postępowania w Opiece Paliatywnej: *Zasady postępowania w ostatnich dniach życia u chorych dorosłych – wybór taktyki* (tłum z j. angielskiego). Nowa Medycyna 1999; 95: 3-20.
21. Maddocks I. *Palliative Care – a study text*. The International Institute of Hospice Studies, Daw Park 1997.

ADRES DO KORESPONDENCJI:

prof. dr hab. n. med. Jacek Łuczak
Klinika Opieki Paliatywnej
ul. Łąkowa 1/2
61-878 Poznań
tel./fax: (061) 853 01 06
e-mail: jluczak@usoms.poznan.pl