

2

MEDYCZNE ASPEKTY CIERPIENIA

dr Jantos Małgorzata
Zakład Filozofii Medycyny i Bioetyki Collegium Medicum
Uniwersytet Jagielloński

Dlaczego w Polsce rak boli? (niewykorzystane możliwości leczniczej marihuany)

Streszczenie

Medycyna wciąż nie potrafi sobie w sposób doskonały poradzić z uśmierzaniem bólu, dlatego też każda propozycja powinna być rozpatrywana w sposób konkretny i odpowiedzialny. Nieznany jest mechanizm przeciwbólowy działania marihuany. Wiadomo już, że u jednych osób marihuana bardzo skutecznie ogranicza ból, a u innych robi to w sposób nieznaczny. Nie działa na wszystkie rodzaje bólu, nie na każdego człowieka. Może wywołać niepożądane dla części pacjentów efekty psychoaktywne, jednakże zdaje się, że ma więcej plusów niż minusów. Jest mniej toksyczna niż większość innych leków przeciwbólowych, nie niszczy organów wewnętrznych, nie powoduje uzależnienia i nie można jej przedawkować, ale przede wszystkim jest jeszcze jednym środkiem, który może pomóc. I ten ostatni argument powinien spowodować znacznie większe niż obecnie zainteresowanie jej możliwościami. Chorowanie na raka w Polsce też może nie boleć lub boleć znacznie mniej.

Według sondażu zrealizowanego w 2015 roku przez największą polską firmę badawczą Instytut PBS 70 proc. respondentów twierdzi, że legalizacja medycznej marihuany nie powinna być problemem, skoro bardziej szkodliwy alkohol jest ogólnie dostępny i że odbieranie możliwości leczenia marihuaną jest okrutne i łamie prawo do ochrony zdrowia. W lutym bieżącego roku w badaniach zrobionych przez Pollster aż 87 proc. respondentów przyznało, że zdecydowałiby się na leczenie medyczną marihuaną siebie lub bliskiej osoby.

„Choroba jest nocną półkulą naszego życia, naszym bardziej uciążliwym obywatelstwem. Od dnia narodzin każdy z nas posiada bowiem jakby dwa paszporty – przynależy zarówno do świata zdrowych, jak i do świata chorych”¹ – pisała Susan Sontag nie tylko, jako pisarka, ale także jako człowiek długo chorujący i cierpiący. Wiedziała, czym jest ból i jak trudno go przewyciężyć. Doznania bólowe były od wieków przedmiotem analizy i szukaniem sposobów na ich likwidację. Ból jest zjawiskiem psychosomatycznym, co odzwierciedla definicja Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu (IASP – International Association for the Study of Pain)². Są to przykre doznania zmysłowe i uczuciowe spowodowane rzeczywistym lub zagrażającym uszkodzeniem tkanek albo odczuwane jako uszkodzenie. Jest to więc doświadczenie subiektywne, wieloobszarowe, przeżywane indywidualnie przez człowieka, i to tłumaczy jego dużą różnorodność. Istnieją różne etapy i formy bólu. Model zaproponowany przez Wade’a i Price’a³ stanowi próbę połączenia większości założeń teoretycznych w jedną spójną całość. Ból jest tu ujmowany jako proces składający się z czterech powiązanych ze sobą etapów.

Etap pierwszy stanowi doznanie zmysłowo-dyskryminacyjne, które wywołuje w etapie drugim reakcje przykrości będące formą prostej reakcji uczuciowej z bardzo nieznacznym udziałem funkcji poznawczych. Oba etapy mogłyby być oceniane za pomocą prostych metod, na przykład skali wizualno-analogowej (VAS – Visual Analogue Scale). Trzeci etap bólu zwany cierpieniem jest zjawiskiem bardziej złożonym, ponieważ składa się z rozbudowanych reakcji uczuciowych (np. depresji, lęku, gniewu) ściśle sprzężonych z poglądami chorego na temat bólu. Etap ten jest ponadto modelowany przez cechy osobowości, doświadczenia, przyjęte sposoby radzenia sobie z bólem i inne tego typu czynniki. Jest to etap najbardziej odmienny; może być oceniony jedynie za pomocą skomplikowanych metod (ocena osobowości, poglądów, strategii obronnych itp.). Czwarty, ostatni etap stanowi behawioralna ekspresja bólu nazywana czasem zachowaniem bólowym. Jest ona określona poprzez aktywność codzienną, sprawność ruchową i podobne czynniki. Ten etap ocenia się za pomocą kwestionariuszy wypełnionych przez chorych lub przez strukturyzowaną obserwację z zewnątrz⁴.

Złożony, wieloobszarowy charakter bólu wymaga odpowiednio dobranych narzędzi do jego oceny. Zasadą jest, że wszyscy chorzy, którzy są sprawni umysłowo,

¹ S. Sontag, *Choroba jako metafora*, [w:] *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, Warszawa 1999, s. 7.

² Patrz: Międzynarodowe Stowarzyszenie na rzecz Badań nad Bólem (International Association for the Study of Pain IASP) – 1979, *Pain* 6, s. 249–252.

³ J.B. Wade, D.D. Price, *Personality characteristics of patients with pain*, American Psychol. Assoc., Washington 2002.

⁴ Patrz: T. Lewandowski, *Ból w chorobie nowotworowej*, „Nowa Medycyna”, 2003, nr 3.

powinni samodzielnie oceniać swój ból, jego natężenie i charakter. W tym celu stosuje się proste jednoobszarowe skale wizualne, jak skala VAS lub odpowiadająca jej skala numeryczna NRS – Numerical Rating Scale⁵. W przypadku, gdy podejrzewa się bardziej złożony charakter bólu, wskazane jest wykorzystanie narzędzia wieloobszarowego, na przykład kwestionariusza McGilla-Melzacka^{6, 7}, który określi zarówno somatyczną, jak i emocjonalną stronę bólu. Stan emocjonalny wpływa na próg tolerancji bólu (określany jako największe natężenie bólu, które człowiek uważa za możliwe do zniesienia). Proóg tolerancji znacznie się obniża w sytuacji dużego natężenia lęku, przygnębienia. Jest natomiast wyższy w stosunku do uważanego za normę u osób z otępieniem lub w stanie zaburzeń psychotycznych.

Według badań epidemiologicznych co najmniej 4 mln ludzi na całym świecie cierpi z powodu choroby nowotworowej i wielu z nich nie otrzymuje właściwego leczenia przeciwbólowego. Objawy bólowe występują u połowy chorych aktywnie leczonych przyczynowo i u 70–90 proc. chorych w terminalnym okresie życia.

Ból i nowotwór określane są często niemal jako synonimy, ponieważ dwie trzecie chorych na nowotwór odczuwa ból. W chorobie nowotworowej ból przeważnie związany jest z nowotworem jako takim (70 proc.), tudzież zastosowanym leczeniem (20 proc.); kacheksją nowotworową oraz chorobą współistniejącą.

Istnieją różne klasyfikacje bólu. Można go podzielić na rozmaite kategorie, biorąc pod uwagę czas jego trwania, mechanizm powstawania lub miejsce, w którym jest odczuwalny. Pod względem czasu trwania dzielimy ból na ostry i przewlekły. Pierwszy z nich jest wynikiem podrażnienia receptorów bólowych i ma znaczenie ostrzegawcze i ochronne: sygnalizuje potrzebę zareagowania, informuje lub pozwala na uniknięcie potencjalnego niebezpieczeństwa. Przykładem mogą być stłuczenie kolana, oparzenia i ukłucia.

Przewlekłym nazywamy ból, który utrzymuje się dłużej niż trzy miesiące lub który stale powraca. W przeciwieństwie do ostrego nie ma ściśle określonej przyczyny. Wraz z wydłużaniem się czasu trwania traci również znaczenie ostrzegawcze.

Ze względu na mechanizm powstawania bólu wyróżniamy ból receptorowy i niereceptorowy⁸. Pierwszy powstaje w wyniku podrażnienia zakończeń nerwowych. Źródłem bólu niereceptorowego jest uszkodzenie obwodowego lub ośrodkowego układu nerwowego. Niekiedy wyodrębnia się także ból określany jako psychogeny. Jest to rodzaj nieprzyjemnego doznania, które bardzo przypomina

⁵ M.G. McManus, D.R. Sallee, *Pain management in the prehospital environment*, Emerg Med Clin N Am, 2005, nr 23, s. 415–431.

⁶ R. Melzack, *The short-form*, McGill Pain Questionnaire Pain, 1987, s. 30.

⁷ M. Kołtątaj, J. Wordliczek, J. Dobrogowski, *Kwestionariusz do Oceny Bólu McGill* (McGill Pain Questionnaire, MPQ) i skrócona wersja Kwestionariusza do Oceny Bólu McGill, *Ból*, 2013, 14(3), s. 10–13.

⁸ Patrz: J. Dobrogowski, J. Wordliczek, *Ból przewlekły*, CMKP UJ, Kraków 2002.

ból powstający w wyniku uszkodzenia tkanek, ale który nie ma podłoża somatycznego.

Ból związany z chorobą nowotworową jest powodowany drażnieniem nocycceptorów lub też niszczeniem i uciskiem struktur nerwowych. To nieprzyjemne odczucie towarzyszy chorym także na skutek intensywnego leczenia (np. mastektomia i inne operacje) lub występuje jako czynnik z tym niezwiązany (np. migrena, odleżyny). Może pojawić się na każdym etapie choroby i dotyczy ponad połowy pacjentów. W stadium terminalnym raka problem ten dotyka ponad 75 proc. osób.

Szczególnymi rodzajami bólu jest ból przebijający, końca dawki i incydentalny. Ból incydentalny towarzyszy pacjentowi przy określonej czynności, np. oddawaniu moczu, kaszlu (wówczas należy podać analgetyki odpowiednio wcześniej). Przebijający charakteryzuje się szybkością, z jaką narasta, oraz tym, że może wystąpić napadowo. Jest on niezwykle uciążliwy, wykazuje duże nasilenie. Metodą radzenia sobie z nim jest doraźne podanie leku. Ból końca dawki występuje u chorych, którym analgetyki są podawane przewlekle i wiąże się z tym, że stężenie specyfiku w organizmie spada (innymi słowy, lek przestaje działać). Może też sugerować on konieczność zmiany dawki lub też modyfikację częstości administrowania leków. Obecnie standardem w leczeniu bólu nowotworowego jest stosowanie się do schematu, który prezentuje opracowana w 1986 roku przez WHO trójstopniowa drabina analgetyczna. Uwzględnia ona trzy stopnie intensywności leczenia w zależności od nasilenia doznań bólowych:

- I stopień – analgetyki nieopiodowe (+ ewentualnie lek wspomagający)
- II stopień – słaby opiod (+ ewentualnie analgetyki nieopiodowe) (+ ewentualnie lek wspomagający)
- III stopień – silny opiod (+ ewentualnie analgetyki nieopiodowe) (+ ewentualnie lek wspomagający)

Leczenie oczywiście rozpoczyna się od pierwszego stopnia, a w razie niepowodzenia zastosowanej terapii przechodzi się o poziom wyżej⁹.

Drabina analgetyczna to niejedyne kryterium, które stosują specjaliści w doborze optymalnej terapii. Inne ważne zasady, jakie obowiązują w postępowaniu analgetycznym, obejmują m.in. podanie leku mocniejszego, gdy nie widać już efektów słabszego, regularne podawanie analgetyku, aby utrzymać odpowiednie jego stężenie we krwi, leczenie i profilaktyka występowania ewentualnych działań niepożądanych (np. zaparcia powodowane opiodami) oraz objęcie opieką psychologiczną nie tylko chorego, ale także członków jego rodziny czy opiekunów. Dopiero taka kompleksowa, szeroko rozumiana opieka nad pacjentem nowotworowym przynosi najlepsze efekty. Zasady dotyczące doboru leków obejmują przede wszystkim

⁹ Tamże, patrz: T. Lewandowski, *Ból w chorobie...*, dz. cyt.

niełączenie medykamentów z tej samej grupy farmakologicznej i o tym samym punkcie uchwytu. Należy również wziąć pod uwagę to, że pewne preparaty znoszą wzajemnie swoje działanie (morfina i buprenorfina) i ich łączne stosowanie nie przynosi korzyści osobie cierpiącej, ale potęguje działania niepożądane. Nieumiejętna walka z bólem nowotworowym powoduje niepotrzebne cierpienie u chorego i wyraźne obniżenie jakości życia.

Potrzebą i prawem każdego człowieka jest umieranie bez bólu i cierpienia. Współczesna medycyna może zapewnić ulgę w objawach uznanych za najtrudniejsze do zniesienia. Staje się to możliwe przez zastosowanie silnych leków przeciwbólowych i nasennych. Postępowanie takie określane jako analgezja czy też sedacja ma swoje pozytywne i negatywne konotacje. Z jednej strony leki łagodzą ból i inne przykre objawy choroby, z drugiej zaś mogą spowodować objawy uboczne ze strony układów oddychania i krążenia. Zarówno sedacja, jak i analgezja terminalna to przykład działania posiadającego dobry, ale także zły skutek.

Leczenie przeciwbólowe należy planować i prowadzić z dużą dozą realizmu, dążąc przede wszystkim do tego, by chory nie budził się w nocy z powodu bólu i nie odczuwał bólu w spoczynku. Zapewnienie choremu możliwości swobodnego poruszania się bez dolegliwości jest często trudne lub wymaga zastosowania leczenia obciążonego istotnymi działaniami niepożądanymi.

Istnieje też ból oporny na standardową farmakoterapię. Pomimo prawidłowego leczenia przeciwbólowego u mniej więcej 10 proc. chorych nie udaje się osiągnąć zadowalającego efektu. Częściej dotyczy to chorych z bólem neuropatycznym, gorzej reagującym na analgetyki opioidowe, którzy od początku powinni być leczeni w sposób skojarzony z użyciem koanalgetyków. Część z nich wymaga podawania bardzo dużych dawek opioidów, a co się z tym wiąże – jest narażona na nasilone działania niepożądane. Natomiast u części leczenie jest nieskuteczne mimo stosowania wysokich dawek analgetyków lub wymagają oni bardzo szybkiego zwiększania dawek, chociaż w przypadku stabilnej choroby nowotworowej zjawisko tolerancji i zwiększającego się zapotrzebowania na opioidy w praktyce nie występuje.

Istnieje również grupa chorych, u których od początku leczenia można spodziewać się lepszego efektu po zastosowaniu innych niż standardowe (np. inwazyjnych) metod postępowania. W tych sytuacjach nie należy zwlekać z ich zastosowaniem, ponieważ mają one dużo wyższą skuteczność we wczesnych stadiach choroby. Metody ponadstandardowe, tzn. nieuwzględnione w trójstopniowym schemacie postępowania WHO, część autorów traktuje jako IV stopień drabiny analgetycznej.

Szczególnie trudną do opanowania sytuacją jest ból wszechogarniający (*total pain*), na który składają się nie tylko czynniki somatyczne, ale również psychologiczne i socjologiczne: lęk przed śmiercią, depresja, poczucie bezsilności, utrata

pozycji w rodzinie oraz społeczeństwie. Na niektóre z nich mamy tylko znikomy wpływ, dlatego zawsze należy pamiętać, że skuteczne leczenie przeciwbólowe jest podstawowym, ale niejedynym warunkiem rozwiązania najistotniejszych problemów chorego. Często konieczne jest stosowanie leków wspomagających, np. przeciwdepresyjnych i przeciwłękowych, a także pomoc psychologa, pracownika socjalnego, a nierzadko duchownego. Próba odpowiedzi na tak różnorodne potrzeby chorego jest opieka paliatywna bardzo szybko rozwijająca się w ostatnich latach na terenie całego kraju. Cicely Saunders, brytyjska lekarka, opisała jako pierwsza zjawisko *total pain*.

Oprócz leków przeciwbólowych schemat Światowej Organizacji Zdrowia uwzględnia stosowanie leków uzupełniających, które powinny być podawane w leczeniu niektórych rodzajów bólów jako leki wzmagające działanie analgetyków, lub wykazujących własne działanie przeciwbólowe.

W przypadku nieskuteczności leczenia według wymienionych zasad chorzy powinni być kierowani do wyspecjalizowanych ośrodków leczenia bólu (poradni przeciwbólowych lub ośrodków opieki paliatywnej).

Leczenie bólu przewlekłego powinno przebiegać wielokierunkowo. Poza metodami farmakologicznymi powinno obejmować leczenie fizykalne i rehabilitację, neuromodulację, metody psychologiczne, a w wybranych przypadkach także techniki inwazyjne.

Zabiegi neuromodulacyjne należą do metod wspomagających leczenie bólu i poprzez uaktywnienie mechanizmów hamujących odczuwanie bólu mogą zmniejszyć dolegliwości bólowe oraz poprawić jakość życia pacjenta z bólem przewlekłym. Do najczęściej stosowanych metod neuromodulacji zaliczamy: przeskórną elektrostymulację nerwów (TENS), stymulację nerwów obwodowych, akupunkturę i wibrację.

Także czynniki psychologiczne wpływają w znacznym stopniu na odczuwanie bólu oraz skuteczność jego leczenia. Dlatego też każdy chory z przewlekłym bólem powinien być skierowany do profesjonalnej poradni psychologicznej. Spośród metod psychologicznych, które mogą być skuteczne jako techniki wspomagające w leczeniu bólu przewlekłego, najczęściej wykorzystywane są: terapia poznawcza, terapia behawioralna, techniki relaksacyjne oraz hipnoterapia.

Kiedy ból przekracza pewną granicę swojej intensywności, pojawia się cierpienie. Już brak nadziei, że ból może zniknąć, staje się cierpieniem.

W polskich szpitalach istnieje wiele nieporozumień wokół stosowania środków przeciwbólowych. Wśród tych, które nie są wykorzystywane w medycynie polskiej, możemy wymienić marihuanę leczniczą. Obiektywna ocena korzyści i szkód związanych z zastosowaniem marihuany wymaga przeprowadzenia badań. Powinny one wykazać potencjał leku do łagodzenia objawów bez powodowania niepożądanych efektów ubocznych.

Marihuana, traktowana przez niektórych jak niebezpieczny narkotyk, przez innych jest uważana za zbawienne lekarstwo pomocne w leczeniu stwardnienia rozsianego, jaskry, raka czy AIDS. O lecznicze właściwości marihuany spierają się naukowcy na całym świecie. Wbrew pozorom najwięcej kontrowersji budzą nie silnie uzależniające opiaty używane do łagodzenia ostrych bólów, ale właśnie marihuana.

Od wieków marihuana była specyfikiem używanym w medycynie ludowej. Współcześnie wiele badań potwierdza lecznicze właściwości marihuany: w łagodzeniu objawów jaskry, bólów związanych ze stwardnieniem rozsianym, znoszeniu złego samopoczucia podczas chemioterapii nowotworów i pobudzaniu apetytu u chorych na AIDS. Jednocześnie zawarte w marihuanie kannabinoidy (THC) mają też szereg działań szkodliwych. W przypadku innego specyfiku uznano by je zapewne za działania niepożądane, lecz dyskusja o jej leczniczych właściwościach ma swój kontekst ideologiczny.

Marihuana stała się popularna wśród chorych na SM już w połowie lat 90. Wielu z nich spotykało się z oskarżeniami o nielegalne posiadanie narkotyków. Sądy na ogół uniewinniły ich lub zawieszały wyroki. Trwające wiele lat badania mające potwierdzić terapeutyczne właściwości marihuany w przypadku SM pochłonęły miliony dolarów. Lek Sativex został dopuszczony do sprzedaży w Kanadzie i w ograniczonym zakresie w Wielkiej Brytanii oraz Hiszpanii (w kilku krajach dostępny jest też inny syntetyczny lek na bazie marihuany – Marinol). Trwają testy mające przebadać jego skuteczność w znoszeniu niepożądanych skutków chemioterapii.

Doświadczenia przeprowadzone w Sidney Farber Cancer Center w Bostonie przez dr. Stephena E. Sanna wykazały, że podawanie marihuany spowodowało co najmniej o 50 proc. zmniejszenie odruchów wymiotnych i nudności u pacjentów poddawanych chemioterapii. U 23 proc. chorych objawy ustąpiły całkowicie. Inne badania wykazały, że w przypadku chorych na raka najskuteczniejsze jest podawanie wziewne, czyli w formie papierosa (jointa). Jak sądzą niektórzy badacze, marihuana w tej postaci może zawierać pewne nierozpoznane jeszcze substancje, które wspomagają działalność THC. Zdaniem wielu lekarzy u chorych na jaskrę palenie marihuany obniża podwyższone ciśnienie w gałce ocznej, które jest szkodliwe dla nerwów wzrokowych. W 1976 roku Bob Randan jako pierwszy w Stanach Zjednoczonych wywalczył sobie prawo do legalnego zażywania marihuany. Mężczyzna nie widział na jedno oko i tracił wzrok w drugim. Twierdził, że dotychczas przyjmowane leki nie skutkują i pozostała mu tylko marihuana, która pół godziny po wypaleniu skręta znosi uczucie bólu, obniża ciśnienia w gałce ocznej i poprawia ostrość widzenia. Biegli po przeprowadzeniu specjalnych badań potwierdzili wersję Randana. Powołując się na ten przypadek, amerykańska Food

and Drug Administration przez wiele lat zezwalała okulistom na przepisywanie zioła pacjentom z jaskrą, u których inne kuracje zawiodły.

Według najnowszych badań opublikowanych w *Cancer Research* kannabinoidy mogą pomóc w leczeniu glejaka wielopostaciowego, który jest uważany za jedną z najbardziej śmiertelnych form guza mózgu. Wstrzyknięte do guza aktywne składniki marihuany hamowały proces angiogenezy (wytwarzania naczyń krwionośnych), przez co doprowadzały do zagłodzenia guza. Niepotwierdzone jeszcze badania mówią o terapeutycznym działaniu w kilku odmianach epilepsji. Naukowcy z Uniwersytetu Południowej Florydy w USA odkryli, że THC radzi sobie także z wirusami odpowiedzialnymi za rozwój groźnych nowotworów. Z kolei „*American Journal of Pathology*” donosił, że marihuana, obniżając poziom glukozy we krwi, może hamować między innymi rozwój retinopatii cukrzycowej, groźnego powikłania cukrzycy, które ostatecznie prowadzi do ślepoty. Wskutek obniżenia poziomu cukru we krwi po zażyciu konopi zwykle następuje pobudzenie apetytu. Mechanizm ten wykorzystano w eksperymentalnym programie leczenia kannabinoidami osób chorych na AIDS, cierpiących na tzw. syndrom krytycznej utraty wagi. Dzięki zastosowaniu kannabinoidów chorzy odzyskiwali apetyt i następował przyrost wagi nawet do 20 kg. Jednocześnie zwiększała się długość życia. Medyczna marihuana może być skuteczna w leczeniu objawów raka oraz stać się dogodną alternatywą dla wielu obecnie stosowanych leków. Może pomóc w przypadku raka prostaty, płuc, białaczki, raka mózgu, jelita grubego, raka szyjki macicy, raka piersi i innych¹⁰.

Pacjenci szukają pomocy lekarskiej z powodu bólu częściej niż z powodu jakichkolwiek innych objawów. Niektóre sposoby leczenia są dość proste i charakteryzują się niewieloma skutkami ubocznymi, na przykład zwykle placebo może zminimalizować ból pooperacyjny u 16 proc. pacjentów. Może to także uczynić stosunkowo prosta terapia behawioralna. Objawy zmieniają się często pod względem nasilenia i pod wpływem nastroju. Leczenie farmakologiczne należy wciąż do najpopularniejszych sposobów zwalczania bólu. Szacuje się, że blisko 20 proc. populacji jest uzależnione od leków przeciwbólowych. Polacy znajdują się w światowej czołówce narodów zażywających leki przeciwbólowe, które zapobiegają docieraniu do mózgu informacji o bólu, powodują poprawę samopoczucia, co sprzyja powstawaniu uzależnienia. Do uzależnienia dochodzi z powodu zażywania leków bez kontroli lekarza. Zjawisko to jest coraz częściej spotykane ze względu na dużą dostępność leków przeciwbólowych. Amerykanie zażywają 80 proc. wszystkich leków przeciwbólowych produkowanych na świecie.

¹⁰ Patrz: D. Casarett, *Marihuana medyczna. Doświadczenia lekarza praktyka*, Fundacja Krok Po Kroku, 2016.

Tak więc ze względu na sytuację może jednak bezpieczniej byłoby wrócić do środków naturalnych. Zalecana wydaje się analiza możliwości, jakie daje lecznicza marihuana. Przeprowadzono prace badawcze nad analgezą wywoływaną przez THC. Wykazały one, że lewonantradol, syntetyczna wersja THC, redukuje ból bardziej niż placebo. Można zatem powiedzieć, że kannabinoidy mogą być bardzo obiecującym środkiem leczenia bólu.

Ból nowotworowy może pochodzić od uszkodzenia nerwów, stanu zapalnego bądź też wielu zabiegów inwazyjnych związanych z leczeniem. Opiaty takie jak morfina często przynoszą niewielką ulgę w bólu, wywołują mdłości i są znane ze swojego potencjału do wytwarzania tolerancji, zależności i nadużywania. Wiedza kliniczna z lat 70. XX wieku sugerowała, że marihuana mogłaby złagodzić niektóre z objawów dręczącego ludzi cierpienia.

Metody wykorzystywane przy leczeniu nowotworów powodują u ludzi mdłości. Dotychczas chemioterapia jest jednym z najważniejszych osiągnięć w leczeniu raka. Jednak silne toksyczne substancje, atakując komórki nowotworowe, porażają także zdrową tkankę. Onkolodzy muszą ostrożnie ustalać dawki, aby minimalizować uszkodzenia zdrowych organów. Leki wywołują silne mdłości i wymioty.

Zabiegi behawioralne są pomocne przy redukowaniu mdłości, niemniej jednak większość form leczenia tego objawu także opiera się na farmakoterapii. Lekarze znają przeciwwymiotne właściwości konopi przynajmniej od lat 40. XIX wieku.

Ludzie już w najdawniejszych czasach wiedzieli, że konopie zwiększają apetyt. I to zjawisko jest potwierdzone medycznie. Wymuszczenie organizmu i utrata wagi przez AIDS czy w chorobach nowotworowych jest bardzo znaczące. Powoduje to osłabienie funkcji obronnych. Wiele leków obniża apetyt. Jego wzrost może być wynikiem stosowania konopi. Badania nad przyjmowaniem kannabinoidów potwierdzają to, że zwiększenie apetytu, a w rezultacie przybranie wagi wspiera leczenie i osłabia ból.

Stosowanie leczniczej marihuany zdaje się uzasadnione. Jednak powinny być podjęte badania mające na celu przyjęcie pozytywnych dla pacjentów rozstrzygnięć.

Terapeutyczne zastosowanie marihuany sięga 4500 lat. Jej działanie jest w większości przypadków bardzo pozytywne, jednakże może się różnić, w zależności od konkretnego człowieka. To znaczy, że jedynie pacjenci i lekarze mogą decydować o przydatności kannabinoidów.

Podsumowując, wydaje się, że kannabinoidy mogą być obiecującymi substancjami leczniczymi. Wymagają kontynuacji prac badawczych, które powinny doprowadzić do udoskonalenia terapii dla osób cierpiących.

Ludzie cierpiący między innymi na bóle nowotworowe potrzebują leków. Wśród wielu propozycji jest także lecznicza marihuana. Na świecie podejście do wykorzystywania walorów leczniczych marihuany jest różne. Uznało je na przykład

Izraelskie Ministerstwo Zdrowia. Sformułowano wytyczne, które pozwalają realizować sponsorowany przez państwo przemysł dystrybucji i produkcji medycznej marihuany. Szacuje się, że 40 tys. pacjentów z nowotworami ma pełny dostęp do tego lekarstwa. W Belgii można uprawiać jedną roślinę na własny użytek. W Czechach uprawa do pięciu roślin i posiadanie do 15 gramów substancji są traktowane jako wykroczenie, nie przestępstwo. W Niemczech, Portugalii, Hiszpanii czy Francji posiadanie niewielkiej ilości marihuany jest legalne. Podczas wywiadu dla CNN w maju bieżącego roku niemiecki minister zdrowia Hermann Gröhe wyraził pragnienie, aby towarzystwa ubezpieczeniowe pokrywały koszty zaopatrzenia w konopie dla dotkniętych bólem pacjentów w przypadkach, gdy inne metody leczenia zawodzą. Natomiast Marlene Mortler, niemiecka komisarz leków, podkreśliła, że wykorzystanie ograniczonej ilości marihuany w celach medycznych jest pożyteczne i powinno być gruntownie zbadane, a konopie nie są substancją szkodliwą. Dodała jednak, że celem tej ustawy nie jest legalizacja **rekreacyjnej marihuany**. Ma traktować ona jedynie o **marihuanie medycznej**. W Holandii posiadanie i sprzedawanie w tzw. coffee shopach jest także legalne¹¹.

Przed 1900 rokiem produkty konopne były legalne w Stanach Zjednoczonych; a w 1933 roku uchwalono prohibicję na marihuanę. Obecnie stosowanie konopi w medycynie jest legalne w 24 stanach. W Kalifornii działają cztery licencjonowane przychodnie stosujące marihuanę leczniczą. Wśród nich jest Harborside Medical Marijuana Center – placówka, która przyjmuje codziennie około 650 pacjentów leczących się na podstawie wskazań lekarzy. Punkt wydawania medycznej marihuany dysponuje ponad 100 różnego rodzaju preparatami najlepszej jakości na całym świecie.

W 1973 roku doktor Tod Mikuriya opublikował wybór tekstów poświęconych leczniczym właściwościom marihuany. W nich, po raz kolejny skierował uwagę części świata medycznego ku marihuanie. Zaczęły znów być organizowane badania naukowe, chociaż skrajnie utrudnione ze względu na obostrzenia prawne i administracyjne¹².

W 1992 roku odkryto, że organizmy ludzi wytwarzają własną marihuanę – endokannabinoidy, a w 1993 zidentyfikowano receptory CB2.

W Kanadzie lecznicze używanie marihuany regulują od 2001 roku zasady MMAR (Marihuana Medical Access Regulations). Kanada była pierwszym krajem, który wprowadził tego typu regulacje. W USA zastosowały je jedynie niektóre stany. W sierpniu 2003 roku 62-letni mieszkaniec Kanady chory na AIDS został pierwszym pacjentem, który otrzymał marihuanę z upraw nadzorowanych przez rząd. Obecnie z programu korzysta 30 tys. pacjentów. W kraju porównywalnym

¹¹ Patrz: www.medycznamarihuana.com

¹² Patrz: T. Mikuriya, *Marijuana Medical Papers: 1839–1972*, 1972 MediComp Press.

pod względem mieszkańców z Polską wydaje się, że nie jest to zbyt wielu pacjentów, ale nasuwa się tutaj pytanie: kiedy my, w Polsce, będziemy mogli podawać takie statystyki?

Zainteresowany pacjent mający stosowne wskazanie lekarza może się ubiegać o licencję na posiadanie marihuany oraz – jeżeli sobie tego życzy – licencję na uprawę. Zezwolenia są wydawane na rok, potem trzeba je odnawiać. Obecnie rząd kanadyjski od 2014 roku dokonał zmian polegających na tym, że zastąpiono monopol państwa systemem licencjonowanych hodowców bezpośrednio obsługujących zarejestrowanych pacjentów.

Izrael jest uważany za kraj, w którym jest najlepiej rozwinięty system medycznej marihuany. Zaczęło się od roku 1999, kiedy na używanie marihuany zgodę wydało Ministerstwo Zdrowia. Dla kilku osób chorych na raka i na AIDS. Do roku 2005 było to dziesięć osób. Ponieważ nie było legalnych źródeł zaopatrzenia, jedynym sposobem były uprawy własne. W sierpniu 2011 roku rząd izraelski zatwierdził nowe zasady programu medycznej marihuany. Planowane są dalsze udogodnienia dla pacjentów. Przewiduje się szersze stosowanie marihuany do walki z bólem. Do końca 2016 roku liczba pacjentów może wzrosnąć nawet do 40 tys. (w kraju liczącym niewiele ponad 8 mln mieszkańców)¹³.

Unia Europejska nie ma wspólnej polityki dotyczącej stosowania medycznej marihuany (ani wspólnej polityki narkotykowej). Na przykład Holandia ma program, a Szwecja – nie. Hiszpania wypracowała swój pomysł na używanie, tak jak Czechy. Niemcy zaś nie mają (niemieckie procedury wymagają dość skomplikowanego wykazania przez lekarza, że w danym przypadku terapia marihuana jest jedyną, która pomoże pacjentowi w walce z jego bólem). W 1971 roku w Wielkiej Brytanii wprowadzono ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii (Misuse of Drugs Act), w której stwierdzono wprost, że marihuana jest pozbawiona właściwości terapeutycznych. Od 2008 roku za jej posiadanie grozi kara więzienia do pięciu lat. Jednak za posiadanie do prywatnego użytku niewielkich ilości można otrzymać jedynie policyjne „konopne ostrzeżenie” (*cannabis warning*) bez grzywny i wpisania do rejestru. Istnieje możliwość uzyskania zezwolenia na sprowadzenie z zagranicy leku konopnego dla konkretnego pacjenta.

W Czechach od 2012 roku akceptuje się prawo wprowadzające leczniczą marihuanę do aptek. Jest elektroniczna rejestracja recept, aby w ten sposób zwalczać ewentualne nadużycia.

Od 2013 roku prawo zezwala także na medyczne stosowanie marihuany we Francji i w Rumunii.

¹³ Patrz: www.newswweek.pl/plus/newswweek-international/wybor-redakcji/lecznicza-moc-marihuany-izrael-pionierem-w-tej-dziedzynie,artykuly,375936,1,z.html (dostęp: 21.12.2015).

Leczenie przeciwbólowe w Polsce jest nadal trudnym tematem budzącym dużo pytań i wątpliwości. Dość sporadycznie pojawiają się próby podjęcia tematu poszerzenia asortymentu leków, które pozwolą ludziom chorującym nie cierpieć. Podobną drogę przeszła medyczna morfina. Dzisiaj oczywiste jest jej stosowanie w bólach nowotworowych.

Światowa Organizacja Zdrowia, opisując działanie i wpływ THC na organizm ludzki, podkreśla zarówno szkody, jakie mogą wynikać z nadużywania marihuany i haszyszu, np. uzależnienie, jak i możliwości jej zastosowania we współczesnej medycynie. Terapeutyczne działanie kannabinoidów wykazano w kilku kontrolowanych badaniach, m.in. w stosowaniu ich przy leczeniu nudności i wymiotów występujących w zaawansowanych stadiach choroby takich jak choroby nowotworowe i AIDS¹⁴.

Eksperti WHO podkreślają także, że w USA Dronabinol (Tetrahydrokannabinol) jest lekiem dostępnym na receptę od ponad dekady. Zwracają też uwagę na inne zastosowania terapeutyczne kannabinoidów, które są wykorzystywane w leczeniu astmy, jaskry, a także są lekiem przeciwdepresyjnym, przeciwdrgawkowym i pobudzającym apetyt.

Ponieważ zastosowanie THC we współczesnej medycynie jest wciąż utrudnione z uwagi na to, że w wielu krajach świata posiadanie tej substancji jest karane, Światowa Organizacja Zdrowia jest zdania, że „badania w tej dziedzinie powinny być kontynuowane”¹⁵.

W grudniu 2012 roku Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych podjął decyzję o dopuszczeniu do obrotu leku Sativex, który zawiera delta-9-tetrahydrocannabinol, czyli chemiczne określenie THC. Sativex to wyciąg z żywych konopi. Decyzja ta pozostaje jednak w sprzeczności z zakazem stosowania marihuany do celów medycznych. Dotychczas możliwe było importowanie Sativexu z zagranicy tylko w wyjątkowych przypadkach. Lek jest bardzo drogi, a jego sprowadzanie wymaga specjalnej zgody Ministerstwa Zdrowia. Obecnie, dzięki decyzji urzędu, Sativex produkowany w Wielkiej Brytanii będzie pierwszym lekiem tego rodzaju legalnie sprowadzonym i dystrybuowanym w Polsce. Podobnie jak inne leki zawierające psychotropy i toksykanty będzie dostępny na tzw. różowe recepty. Kontroluje się w ten sposób takie leki, jak na przykład pochodne morfiny, które zakładają możliwość nieprzewidywanego użytkowania i nadużywania.

Innym stosowanym leczniczo przez berliński Instytut Badań Klinicznych wyciągiem z marihuany jest Cannador, który nie jest dostępny w sprzedaży, lecz jedynie wykorzystywany do badań klinicznych w przypadku sztywności mięśni,

¹⁴ Patrz: www.spliff.pl/medycyna/item/469-raport-who-o-marihuanie (dostęp: 20.01.2016).

¹⁵ Patrz: www.politykanarkotykowa.pl (dostęp: 20.04.2016).

bólu i spazmach występujących w stwardnieniu rozsianym, wyniszczenia u pacjentów z nowotworem czy w bólu pooperacyjnym.

Jeszcze innym lekarstwem jest Canasol, krople do oczu obniżające ciśnienie śródgałkowe, przeznaczony dla osób cierpiących na jaskrę.

W tym momencie można zadać pytanie: dlaczego wciąż nie podejmujemy dyskusji dotyczącej korzystania z dostępnych środków, które mogą osłabić czy likwidować ból nowotworowy. Jak szacuje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), u 50–80 proc. pacjentów cierpiących z powodu nowotworu ból nie jest w ogóle leczony lub jest leczony nieprawidłowo. W Polsce szacuje się, że z powodu bólu nowotworowego cierpi około 50 tys. chorych. Leczenie przeciwbólowe jest ważne z dwóch powodów. Po pierwsze, łagodzi niepotrzebne cierpienie. Po drugie, zapobiega destrukcyjnemu wpływowi bólu na tryb życia pacjenta z rozpoznanym nowotworem złośliwym. Ból nie tylko odbiera chęć do życia i utrudnia wszelką aktywność, ale także wiarę w skuteczność leczenia podstawowej choroby. Aby tego uniknąć, ból powinien być leczony równie intensywnie jak choroba podstawowa. Ból bardziej niszczy fizycznie i degraduje psychicznie niż leki opioidowe, a więc także morfina. Tymczasem w Polsce po morfinę sięga się w ostateczności, gdy pacjent nie jest w stanie znieść bólu. Zużycie morfiny w Polsce w 1992 roku nie przekraczało 85 kg, a w 2000 wyniosło już 260 kg. Nie oznacza to, że nasi lekarze podają ją zbyt pochopnie. Wręcz przeciwnie, na Zachodzie aplikuje się ją chorym cztery razy częściej niż u nas. Pacjenci często sami nie chcą morfiny, bo sądzą, że podaje się ją tylko w przypadkach beznadziejnych i że jest to narkotyk, który uzależnia i niszczy człowieka. Niestety, wielu lekarzy zrównuje morfinę stosowaną w terapii przeciwbólowej z narkotykiem i skazuje ciężko chorych na dodatkowe cierpienia. Morfina, jeśli podawana jest we właściwych dawkach i pod okiem doświadczonego anestezjologa, przynosi ulgę w cierpieniu i – jak wynika z badań – rzadko uzależnia. Lekarze dostają do swojej dyspozycji coraz nowocześniejsze i bezpieczniejsze preparaty z morfiną.

Co trzeci polski pacjent w sondażu „Pain in Europe” opisał swój ból jako tak silny, że chce się umrzeć. W 2004 roku WHO uznała uśmierzenie bólu za prawo człowieka¹⁶.

Na szczęście ostatnio coraz więcej pisze się w polskich mediach o tym, że pacjenci cierpią. W marcu 2013 roku ONZ uznała, że dopuszczanie do cierpienia chorych jest torturą. Pacjenci w Polsce wciąż cierpią więcej niż ci, którzy się leczą czy umierają w innych krajach europejskich, USA, Kanadzie i Japonii.

Nie tylko nie wykorzystuje się możliwości, jakie dają inne środki uśmierzające ból, ale nawet nie podejmuje się dyskusji. Za stosowanie w leczeniu medycznej marihuany można iść do więzienia, ponieważ trzeba zdobyć produkt, który jest

¹⁶ Patrz: www.paineurope.com (dostęp: 20.04.2016).

nielegalny (chyba że nie zawiera THC). W tzw. ustawie antynarkotykowej marihuana została wymieniona dwukrotnie na liście środków psychotropowych: raz (w tabeli I-N) jako substancja, którą można stosować do celów medycznych (obok m.in. kokainy i opioidów), i drugi raz (w tabeli IV-N) jako środek całkowicie zakazany do celów medycznych (wewnętrzna sprzeczność ustawy). Trybunał Konstytucyjny uznał 4 listopada 2014 roku, że „brak uzasadnienia dla zakazu posiadania marihuany, gdy jest to uzasadnione względami medycznymi, np. leczenia w stanach terminalnych”, ale to orzeczenie nie zmienia obowiązującego zakazu.

Nie można korzystać z leczniczej marihuany ze względu na potrzeby pacjentów, ponieważ lek jest nierefundowany i bardzo kosztowny. Sama procedura uzyskania możliwości skorzystania z leczniczej marihuany jest skomplikowana. Najpierw lekarz musi wskazać konieczność leczenia, następnie akceptuje to konsultant krajowy, a ostateczną decyzję podejmuje Ministerstwo Zdrowia. Nie ma żadnych statystyk, ile jest podań, a ile odmów.

Lekarze nie chcą korzystać z leczniczej marihuany, mimo że wiedzą o jej wpływie na minimalizację i likwidację bólu. Trudno się im dziwić, skoro prawo tego zakazuje. Są jednak przypadki, że lekarze ulegają hysterii narkofobicznej i nie chcą podawać nawet legalnie importowanego leku, a ci, którzy stosują konopie, są poddawani ostracyzmowi.

Leki wykorzystywane do leczenia nie są tanie: miesięczna kuracja jedynym zarejestrowanym w Polsce lekiem (produkowanym z konopi Sativexem, przeznaczonym do leczenia spastyki w stwardnieniu rozsianym, obecnie testowanym jako środek przeciwbólowy) kosztuje 1,5–3 tys. zł (w zależności od dawek). Leki sprowadzane z zagranicy są równie drogie. Leczenie mogłoby być tanie, gdyby doszło do legalizacji marihuany medycznej, stworzenia rejestru pacjentów i udzielania licencji na indywidualne hodowle (z określonym limitem).

W Polsce nie ma możliwości skorzystania z dobrodziejstwa medycznej marihuany. Jest ustawa z 29 listopada 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii¹⁷, która kryminalizuje każde posiadanie marihuany bez względu na przeznaczenie. W załączniku do wyżej wymienionej ustawy są wymienione środki, których posiadanie i wytwarzanie jest zabronione. Są one przyporządkowane do różnych grup według stopnia szkodliwości: substancje psychotropowe przyporządkowano do grup I-P, II-P, III-P i IV-P, a substancje odurzające do grup I-N, II-N, III-N i IV-N. Marihuana znajduje się w grupie IV-N, o której mowa w ustawie: środki odurzające z grupy IV-N mogą być używane wyłącznie w celu prowadzenia badań oraz w lecznictwie zwierząt. Substancje z grupy I-N są łagodniej potraktowane, ponieważ oprócz badań zezwala się również na używanie ich do celów leczniczych i przemysłowych. Znajdujemy tam między innymi kokainę, metadon, morfinę,

¹⁷ Patrz: www.isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20051791485 (dostęp: 15.05.2016).

opium, oksykodon. Wynika z tego, że kokaina i opium mogą być stosowane w celach leczniczych, a marihuana – nie. Jak widać, mniej szkodliwe są, według polskiego ustawodawcy, kokaina, morfina i syntetyczne leki niż roślinna marihuana. Według ustawy substancje z grupy II-P (np. amfetamina, metaamfetamina i ketamina) mogą być używane w celach medycznych. Tym samym Sativex (o którym pisałam wyżej) mógł być zatwierdzony do sprzedaży, a marihuana – nie.

Czy istnieje możliwość skorzystania z leczniczej marihuany? Tak, ponieważ można wystąpić o tzw. import docelowy, czyli możliwość sprowadzenia każdego nieobecnego w naszych aptekach leku. Oczywiście jest to obwarowane wieloma warunkami. Musi to być lek niezbędny dla ratowania zdrowia, dopuszczony do obrotu w kraju, z którego jest sprowadzany, ponieważ nie ma odpowiednika z tą samą substancją czynną. Jeśli występują wszystkie warunki, lekarz musi mieć dodatkowo opinię konsultanta z danej dziedziny medycyny i dopiero wtedy można wystąpić o zgodę do Ministerstwa Zdrowia, na podstawie której lek zostanie sprowadzony do Polski. Tak więc procedura jest dość skomplikowana i przede wszystkim czasochłonna. Nie mamy statystyk, z których moglibyśmy się dowiedzieć, czy i ile osób skorzystało z procedur, aby sprowadzić do kraju leki powstałe na bazie marihuany.

Zdolność usmierzania bólu to jedna z najdawniej zaobserwowanych właściwości marihuany. Informacje o jej wykorzystywaniu znajdziemy w chińskich źródłach sprzed tysiąca lat (znieczulano pacjenta przed operacją, podając mu żywicę z marihuany rozpuszczoną w winie). Wykorzystywano ją przy operacjach oprócz innych preparatów roślinnych (opium, mandragora, bielun, lulek) aż do połowy XIX wieku – wówczas do powszechnego użycia zaczęły wchodzić eter i chloroform. Marihuana była stosowana do czasu, kiedy wyparły ją opiaty i syntetyki.

Medycyna wciąż nie potrafi sobie poradzić z usmierzaniem bólu, dlatego też każda propozycja powinna być rozpatrywana w sposób konkretny i odpowiedzialny. Nieznany jest mechanizm przeciwbólowy działania marihuany. Wiadomo, że u jednych osób marihuana bardzo skutecznie ogranicza ból, a u innych nieznacznie. Nie działa na wszystkie rodzaje bólu, tak jak wspomniano wcześniej – nie na każdego człowieka. Może także wywołać niepożądane dla wielu pacjentów efekty psychoaktywne, jednakże zdaje się, że ma więcej plusów niż minusów. Jest mniej toksyczna niż większość innych leków przeciwbólowych, nie niszczy organów wewnętrznych, nie powoduje uzależnienia i nie można jej przedawkować, ale przede wszystkim jest jeszcze jednym środkiem, który może pomóc. I ten ostatni argument powinien spowodować znacznie większe niż obecnie zainteresowanie jej możliwościami. Chorowanie na raka w Polsce może też nie boleć lub boleć znacznie mniej.

„W polityce nowotworowej chodzi przede wszystkim o przyjęcie punktu widzenia pacjentów. Zmiana myślenia o chorobie i leczeniu onkologicznym to

kluczowe zadanie, które rozwiązać można jedynie wspólnie”¹⁸ – napisał Łukasz Andrzejewski, filozof i pacjent onkologiczny.

Bibliografia

- Abel E., *Marihuana: pierwsze dwanaście tysięcy lat*, Latawiec, 2010.
- Andrzejewski Ł., *Polityka nowotworowa. Pamiętnik praktyczno-teoretyczny*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa 2012.
- Backes M., *Marihuana i medycyna*, Purana, 2015.
- Casarett D., *Marihuana lecznicza. Doświadczenia lekarza praktyka*, Manawa, 2015.
- Drzewoski J., Śliwińska A., *Rimonabant – nadzieją w leczeniu otyłości i cukrzycy typu 2*, „Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna”, 2007, tom 7/2.
- Earleywine M., *Zrozumieć marihuanę. Nowe spojrzenie na badania naukowe*, Cień Kształtu, Warszawa 2014, „Medicine”, 2005, vol. 14/6.
- Jot B., *Marihuana leczy*, MMJ, Bydgoszcz 2014.
- Jot B., *Odkłamywanie marihuany*, MMJ, Bydgoszcz 2014.
- Mikuriya T., *Marijuana Medical Papers: 1839–1972*, MediComp Press 1972.
- Pawłowski M., Westphal Ł., Wesołowska A., *Rimonabant – pierwszy antagonist receptor kanabinoidowego CB1*, „Czasopismo Aptekarskie”, 2009, vol. 12.
- Potrykowska A., Strzelecki Z., Szymborski J., Witkowski J. (red.) *Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski*, Warszawa 2014.
- Pucko Z., *Czy cierpienie ma sens?* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.
- Rogowska-Szadkowska D., *Medyczna marihuana. Historia hipokryzji*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa 2016.
- Rutkowska M., Jamontt J., *Rola układu kannabinoidowego w fizjologii i patofizjologii ośrodkowego układu nerwowego*, „Advances in Clinical and Experimental”, 2016, vol. 1, nr 1.
- Schwob M., *Ból*, Książnica, Katowice 1999.
- Ustawa z 29 listopada 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, strona internetowa Ministerstwa Zdrowia, www.mz.gov.pl
- Vetulani J., *Bez ograniczeń. Jak rządzi nami mózg*, PWN, Warszawa 2015.
- Vetulani J., *Mózg: fascynacje, problemy, tajemnice*, Homini, 2012.
- Vetulani J., *Piękno neurobiologii*, Homini, 2011.

¹⁸ Ł. Andrzejewski, *Polityka nowotworowa. Pamiętnik praktyczno-teoretyczny*, Warszawa 2012, s. 187.

dr n. med. Wróblewska Izabela
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze
dr hab. n. med. Błaszczuk Jerzy, prof. UM
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Zapobieganie bólowi fizycznemu oraz cierpieniu psychicznemu i duchowemu występującemu u osób w podeszłym wieku

Streszczenie

Starzenie się to naturalny proces, który rzadko przebiega spokojnie. Dla większości ludzi jest on trudny ze względu na występującą wielochorobowość i polipragmatyzę. Nie bez znaczenia są utrata pełnionych do tej pory funkcji społecznych, strata dotycząca najbliższych, kryzys wyznawanych wartości oraz rosnąca zależność od drugiego człowieka¹.

We współczesnej medycynie występują coraz węższe specjalizacje przez co trudniej jest dostrzec lekarzowi pacjenta, jako biopsychospołeczną całość. Ukierunkowanie na leczenie poszczególnych schorzeń, bez szerszego, holistycznego spojrzenia na podopiecznego ma wpływ na jego zdrowie².

Przedstawiciele ochrony zdrowia muszą pamiętać, że człowiek jest niepowtarzalnym bytem wymagającym indywidualnego traktowania, a ewentualna fizyczna czy psychiczna niesprawność nie umniejsza jego godności. Stąd nacisk, jaki kładzie się

¹ M. Karasek (red.), *Aspekty medyczne starzenia się człowieka*, Łódzkie Towarzystwo Naukowe, Łódź 2008, s. 1–7.

² K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska, (red.), *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*, PZWL, Warszawa 2008.

obecnie na postawę członków zespołów terapeutycznych zajmujących się pacjentami wymagającymi szczególnej troski (w tym osobami starszymi), by w swoich działaniach nie skupiali się jedynie na sferze fizycznej podopiecznego, ale także pamiętali o tak istotnych elementach jak funkcjonowanie psychiczne, społeczne czy duchowe³.

Zgodnie z teorią Masłowa człowiek, aby mógł zaspokajać potrzeby z tzw. wyższego rzędu, musi mieć w pierwszej kolejności zaspokojone te z niższego. Nie ma więc możliwości, by w sytuacji np. zagrożenia życia myśleć o problemach należących do wyższego poziomu potrzeb. Jeśli jednak zabezpieczone są podstawowe potrzeby fizyczne, jednostka będzie dążyć do zaspokojenia potrzeb psychicznych, społecznych czy duchowych.

W praktyce często mają miejsce sytuacje, w których zajmujący się pacjentem pracownicy ochrony zdrowia są zmuszeni skupiać się jedynie na podstawowych potrzebach chorego, takich jak utrzymanie oddechu czy akcji serca. Ma to miejsce np. w przypadku ratowania i utrzymania ludzkiego życia⁴. Głównym zadaniem interdyscyplinarnego zespołu jest wtedy utrzymanie homeostazy organizmu człowieka, do czego wykorzystuje się wysokospecjalistyczną aparaturę. Postępowanie to, mimo że jest w dużej mierze działaniem mechanicznym, okazuje się niezbędnym. Trudno w takim momencie podejmować temat pozostałych, wyższych poziomów funkcjonowania człowieka⁵.

Rozpatrując funkcjonowanie pacjenta na poziomie biologicznym, kontroluje się wiele parametrów. Wśród nich jednym z obowiązkowych jest poziom bólu. Ból jest doznaniem, które dla każdego człowieka, a szczególnie osoby w podeszłym wieku może oznaczać coś innego – zarówno ze względu na różnice nasilenia bodźca, jak i jego odmienny charakter. Dlatego każdy pacjent powinien być traktowany indywidualnie, ponieważ ma różny próg odczuwania bólu, inne doświadczenia z nim związane, odmiennie postrzeganie siebie, jako człowieka chorego czy zdrowego, oraz inne pojmowanie choroby, jako zdarzenia negatywnego⁶.

Rozpatrując zjawisko bólu w kontekście biologicznym, trzeba wziąć pod uwagę, że może nim być wszystko, co chory w ten sposób nazywa, bez względu na obiektywne objawy związane z bólem. Jeśli ból rozpatrywać w grupie osób w podeszłym

³ J. Zabielski, *Religijno-moralne wartościowanie życia i śmierci jako duchowe bezpieczeństwo starzejącego się człowieka*, [w:] Halicka M., Halicki J., Czykiera K., *Zagrożenia w starości i na jej przedpolu*. Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2010, s. 19–21.

⁴ I. Stuart–Hamilton, *Psychologia starzenia się*, Zysk i S-ka, Poznań 2000, s. 26–28.

⁵ M. Stachowska, *Podstawowa opieka zdrowotna*, [w:] K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska. *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 394–396.

⁶ J. Jarosz (red.), *Leczenie bólów nowotworowych*, Anmedia, Warszawa 2009, s. 11–21.

wieku, to należy pamiętać, że może przybrać on formę przewlekłą, a jako taki jest uznawany za istotny czynnik obniżający jakość życia pacjenta⁷.

Zdobycze współczesnej medycyny pozwalają zmniejszyć lub całkowicie zlikwidować około 85 proc. wszelkich możliwych bólów. W praktyce oznacza to stosowanie zatwierdzonego przez WHO w 1989 roku algorytmu postępowania nazwanego drabiną analgetyczną. Zgodnie z nim pacjenci powinni otrzymywać nie – tak jak do tej pory – znaczne dawki leków przeciwbólowych, lecz stosunkowo ich niewielkie ilości, ale odpowiednio łączone z innymi grupami leków. Połączenie ze sobą niesteroidowych leków przeciwzapalnych, antydepresantów oraz opioidów gwarantuje w większości przypadków osiągnięcie sukcesu terapeutycznego w postaci zniesienia bólu lub osiągnięcia takiego jego poziomu, który jest akceptowalny przez pacjenta.

Mimo istnienia algorytmu postępowania niezbędnym warunkiem właściwego leczenia jest indywidualna ocena kliniczna. Okazuje się bowiem, że w praktyce stosowanie trójstopniowej drabiny analgetycznej jest znacznie bardziej skomplikowane niż w teorii. Oznacza to, że nowoczesne postępowanie z chorym musi być dostosowywane do konkretnego przypadku pacjenta zgodnie z zasadą, że podaje się właściwy lek we właściwej dawce i we właściwym czasie.

W ocenie stosowanego leczenia niezbędna jest ocena stopnia bólu. Do tego celu wykorzystuje się specjalistyczne narzędzia, w których podstawowe znaczenie mają odczucia pacjenta. Najnowsze badania dowodzą, że aby ocena natężenia dolegliwości bólowych była miarodajna, należy wykorzystać co najmniej trzy różne skale oceny (np.: wzrokowo-analogowe, werbalne, numeryczne), w których podopieczny określa odczuwalne natężenie bólu oraz stopień jego kontroli. Nie są one idealnymi narzędziami oceniającymi, ponieważ chory musi oswoić się z ich gradacją, a w związku z tym dopiero po jakimś czasie może podać stosunkowo obiektywne natężenie swoich dolegliwości. Personel pracujący z cierpiącym chorym musi więc wziąć pod uwagę czas. Niemożliwe jest dokonanie oceny występujących dolegliwości w krótkim okresie.

Drugą niezwykle istotną kwestią w stosowanym u pacjentów nowoczesnym leczeniu przeciwbólowym jest brak maksymalnej dawki podawanego opioidu. W poprzednich latach obawiano się wystąpienia u chorych objawów uzależnienia, dlatego ograniczano podaż leku. Obecnie, szczególnie w sytuacji osób starszych, z wielochorobowością i w większości chorych przewlekłe, leki przeciwbólowe są dostosowane do potrzeb konkretnego pacjenta. Praktyka kliniczna dowodzi, że pacjenci w rozsądny sposób korzystają z możliwości prawie nieograniczonego dostępu do środków przeciwbólowych, starając się znaleźć równowagę pomiędzy

⁷ L. Suchocka, *Psychologia bólu*, Difin, Warszawa 2008, s. 21–23.

funkcjonowaniem z bólem a zachowaniem najwyższego z możliwych dla nich poziomu niezależnego funkcjonowania⁸.

Ból jest jednym z najsilniejszych stresorów, zwłaszcza jeśli jest przewlekły, nawracający i ograniczający aktywność życiową chorego⁹. Może on powodować u pacjentów poczucie cierpienia, a jego nasilenie może być indukowane przez przykre wydarzenia, które często są związane z procesem chorobowym¹⁰. Sytuacja ta może powodować odczuwanie dyskomfortu psychicznego, który w odniesieniu do sfery psychicznej lub duchowej trafniej jest nazywać cierpieniem niż bólem, ponieważ na tej płaszczyźnie może on występować jedynie w sensie metaforycznym, a nie dosłownym. Pacjent skarży się wtedy zazwyczaj na poczucie smutku, beznadziei i rozpacz¹¹.

Pojawienie się cierpienia psychicznego może być wywoływane między innymi często występującym u starszych i chorych osób brakiem wpływu na ważne dla pacjenta sprawy. Należy do nich chociażby sposób leczenia. W nowoczesnej medycynie pacjent ma być w podjętych działaniach partnerem lekarza. Oczywiście jest, że prowadzący ma istotny głos w podjętej terapii, ale musi być ona zaakceptowana przez podopiecznego. Tylko w sytuacji współpracy można liczyć na sukces terapeutyczny. Jednak obciążenie chorego, czasami nawet minimalną dawką odpowiedzialności, może być dla niego nie do przyjęcia i powodować dyskomfort. Dodatkowo podstawą udanej interakcji jest obopólne zaufanie pacjenta do lekarza, który winien być dla niego autorytetem, i lekarza do pacjenta, gdzie ten ostatni powinien zastosowywać się do proponowanych zaleceń prowadzącego¹². Ważne jest więc budowanie specyficznej więzi pomiędzy osobą opiekującą się a wymagającą opieki, co znów wymaga czasu, którego przeważnie jest za mało.

Innym czynnikiem mogącym wpływać na poczucie braku autonomii u pacjenta jest postęp choroby oraz uzależnienie od opieki osób trzecich. Uczucie to jest według seniorów jednym z najgorszych, z jakim muszą się borykać w sytuacji niepełnosprawności. Jego konsekwencją może stać się niemożność realizacji swoich planów i pragnień, zapanowania nad swoimi uczuciami, wystąpienie uczucia

⁸ K. Malinowska, M. Han, M. Wiśniewski i inni, *Psychologiczne aspekty starzenia się. Zespoły otępienne i depresyjne wieku podeszłego*, [w:] K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszalik, E. Skolmowska, *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 168–170.

⁹ A. Steciwko, I. Wróblewska, *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2013, s. 13.

¹⁰ J. Schiefele, I. Staudt, M.M. Dach, *Pielęgniarstwo geriatryczne*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2005, s. 3–18.

¹¹ K. Malinowska, M. Han, M. Wiśniewski, M. Rybka, *Zespoły otępienne i depresyjne wieku podeszłego*, [w:] K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszalik, E. Skolmowska, *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 153–156.

¹² R.J. Gilmartin, *Droga do pełni życia*, Jedność, Kielce 2000, s. 27.

strachu, trudności w podejmowaniu ważnych decyzji, poczucie odrzucenia, braku akceptacji i niskiej wartości, co w konsekwencji powoduje, że życie staje się dla tych chorych szczególnie trudne¹³.

Kolejnym bodźcem mogącym spowodować cierpienie psychiczne u starszych osób jest wykluczenie społeczne, które może skutkować brakiem zadowolenia z relacji z drugą osobą¹⁴. Pojawiające się trudności w zaspokojeniu potrzeby kontaktów interpersonalnych mogą zaowocować pojawieniem się niekorzystnych nastrojów, emocji i uczuć, a brak obecności bliskich implikuje osamotnienie psychiczne.

Jak wynika z powyższego, ból psychiczny nie zawsze musi towarzyszyć bólowi fizycznemu. Może być niezależną przyczyną cierpienia, która potrafi także doprowadzić do pojawienia się bólu fizycznego.

W praktyce klinicznej często obserwuje się pacjentów, u których dolegliwości somatyczne są konsekwencją zachwiania równowagi psychicznej. Dlatego opieka nad osobami w podeszłym wieku nie może ograniczać się jedynie do zaspakajania potrzeb fizjologicznych, ale powinna być postrzegana holistycznie i dotyczyć wszelkich sfer funkcjonowania człowieka. Tylko takie całościowe spojrzenie na podopiecznego może być podstawą stawianych diagnoz lekarskich czy pielęgniarskich¹⁵.

Omawianą zależność pomiędzy omawianymi sferami dobrze widać na przykładzie prowadzonych badań, w których autorzy stworzyli **listę najczęstszych i najważniejszych wydarzeń życiowych powodujących stres**. Na jej szczycie znalazła się **śmierć współmałżonka, zdarzenie w dużej mierze dotyczące osób w wieku podeszłym. Badacze zauważyli, że utrata osoby bliskiej jest jednym z najbardziej traumatycznych przeżyć i przypisali mu największą liczbę punktów**. Stwierdzili oni, że śmierć partnera życiowego może stać się przyczyną depresji¹⁶. W związku z czym dowiedli, że istnieje istotna zależność między stresem a zdrowiem fizycznym oraz że przeżycie wydarzeń o łącznej sumie >155 punktów powoduje zwiększenie w ciągu najbliższych dwóch lat ryzyka rozwinięcia się ciężkich schorzeń somatycznych¹⁷. Wraz ze wzrostem sumy uzyskanych punktów prawdopodobieństwo to się zwiększa, osiągając przy wartościach 300-punktowych 80-procentowe ryzyko wystąpienia poważnego schorzenia somatycznego¹⁸.

¹³ V.E. Frankl, *Wola sensu*, Czarna Owca, Warszawa 2010, s. 29–30.

¹⁴ R.J. Gilmartin, *Droga do pełni życia...*, dz. cyt., s. 27.

¹⁵ V.E. Frankl, *Wola sensu...*, dz. cyt., s. 30–31.

¹⁶ B. Tobiasz-Adamczyk, *Spoleczne aspekty starzenia się i starości*, [w:] T. Grodzicki, T. Kocemba, A. Skalska, *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Via Medica, Gdańsk 2007, s. 37–39.

¹⁷ J. Twardowska-Rajewska, M. Cichocka, *Przemoc psychiczna w rodzinie: zamiennosc ról „ofiara-sprawca” w perspektywie czasowej*, [w:] M. Halicka, J. Halicki, K. Czykiera, *Zagrożenia w starości i na jej przedpolu*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2010, s. 365–367.

¹⁸ J. Manthorpe, S. Iliffe, *Depresja wieku podeszłego*, PZWL, Warszawa 2010.

Reakcja na pojawiający się stres jest typowa i polega w pierwszej kolejności na mobilizacji, której towarzyszyć powinna wiara w osiągnięcie celu. Jeśli jednak nie dojdzie do rozwiązania zaistniałego problemu pojawia się faza rozstroju. Na tym etapie napięcie psychiczne jest tak silne, że podjęte działanie jest mniej precyzyjne i może nie być skuteczne lub w ogóle nie dochodzi do jego podjęcia. Pojawiająca się bezradność staje się kolejnym czynnikiem stresogennym, co nasila destrukcję zdrowia psychicznego chorego. Traci on chęć do działania, tym samym rezygnując z osiągnięcia zamierzonego celu¹⁹.

Zaburzenie równowagi psychicznej może prowadzić do podejmowania przez seniorów prób samobójczych. Jak dowodzą dane statystyczne, u tej grupy chorych podjęte działania zazwyczaj są skuteczne i nie poprzedzają je ostrzeżenia typowe dla osób z innych przedziałów wiekowych. Dlatego w pracy z osobami w podeszłym wieku należy kłaść szczególny nacisk na bezpośrednią rozmowę i bezwzględnie u każdego pacjenta przeprowadzić przynajmniej podstawowe testy diagnozujące obniżenie nastroju i ocenę ryzyka pojawienia się depresji (np. test Becka)²⁰.

W opiece nad seniorami trzeba także diagnozować cierpienie duchowe, o którym mówi się w medycynie najmniej. Stanowi ono bardzo ważny komponent samopoczucia pacjenta, który dodatkowo nabiera swojego znaczenia wraz z wiekiem. Na jego pojawienie wpływ mają wszystkie życiowe doświadczenia, nawet te wyniesione z wczesnego dzieciństwa. Składają się na nie również wszelkie niepowodzenia, jakich chory doświadczył w ciągu swojego całego życia.

Jednym z głównych przyczyn wystąpienia tego rodzaju cierpienia u osób starszych jest utrata sensu życia i poczucia własnej wartości, samotność, uzależnienie, kryzys wiary i nadziei, a także choroba, szczególnie nieuleczalna i przewlekła.

Cierpienie duchowe pojawia się najczęściej u osób, u których do tej pory najistotniejszą rolę odgrywała sfera funkcjonowania fizycznego²¹. Ponieważ z powodu starzenia się staje się ona powodem licznych dolegliwości, jej załamanie prowadzi do utraty poczucia stabilizacji²².

Nie u wszystkich seniorów obserwuje się występowanie bólu duchowego. Nie ma go u osób, które starzeją się w pozytywny sposób. W tym przypadku starzenie duchowe można rozpatrywać jako dojrzewanie. Wraz z wiekiem następuje wygasanie instynktów i popędów, które z czasem zaczyna zastępować potrzeba bliskości

¹⁹ K. Kędziora-Kornatowska, *Mechanizmy starzenia się człowieka*, [w:] K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszaliak, *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*, Czelej, Lublin 2007, s. 9–11.

²⁰ J. Manthorpe, S. Iliffe. *Depresja wieku podeszłego*, PZWL, Warszawa 2010.

²¹ J. Zabielski, *Religijno-moralne wartościowanie życia...*, dz. cyt., s. 24–28.

²² K. Kędziora-Kornatowska, *Mechanizmy starzenia się człowieka...*, dz. cyt., s. 11–12.

duchowej²³. Jednak ze względu na liczne straty występujące w otoczeniu seniora potrzeba ta może nie zostać zaspokojona i powodować tzw. duchową pustkę²⁴. Ta duchowa samotność jest szczególnie widoczna u pensjonariuszy ośrodków opieki, którzy z różnych powodów są do nich kierowani. Wtedy najczęściej zaczynają pojawiać się pytania dotyczące sensu istnienia oraz kryzysy poszukiwania celu życia²⁵. W tym momencie pojawić się mogą egzystencjalne pytania, którym często towarzyszy lęk przed śmiercią.

Cierpienie duchowe dotyczy najczęściej seniorów, u których w ciągu ich życia sfera duchowa była zaniedbywana, a pozostałe dwie, z powodu dysfunkcji ciała, nie dają poczucia bezpieczeństwa. To z kolei może indukować agresję, która, niestety, rzadko jest interpretowana przez opiekunów jako forma wołania o pomoc²⁶.

Znając opisany mechanizm, można przeciwdziałać cierpieniom osób w podeszłym wieku, co wymaga spojrzenia na pacjenta przez pryzmat wartości ontyczno-moralnych. Należy też w szczególnie delikatny sposób bronić godności seniora poprzez ochronę moralności nadającej sens jego istnieniu. Jeżeli zaneguje się istnienie duchowej sfery człowieka, pozostanie w tym miejscu pustka, poczucie braku i niespełnienia²⁷. Jednocześnie trudno jest u osób, które do tej pory nie przeżywały swojego życia w sposób refleksyjny, spowodować pozytywny rozwój sfery duchowej. Jest to zdecydowanie łatwiejsze w przypadku seniorów, dla których duchowość była istotna na każdym etapie ich życia i w związku z tym na starość mogła przyczynić się do lepszego funkcjonowania pozostałych²⁸.

W opiece nad każdym pacjentem, a szczególnie nad osobami wyjątkowo bezbronnyimi, jakimi są seniorzy, należy starać się dostrzegać ich niepowtarzalność i rozpatrywać jako całościowy układ jednocześnie złożony z wchodzących ze sobą w interakcję sfer somatycznej, psychicznej i duchowej²⁹. Tylko w takim rozumieniu starzenie się nie będzie oznaczało jedynie niepełnosprawności uzależniającej od opieki osób trzecich, ale będzie utożsamiane z rozwojem, w którym dominującą cechą będzie refleksja nad sensem życia oraz chęć pomocy innym. U osób

²³ E. Weron, *O godną starość*, Pallottinum, Poznań 2000, s. 76–78.

²⁴ H. Kachaniuk, *Problemy psychospołeczne osób w starszym wieku*, [w:] K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarzka, *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 53–57.

²⁵ A. Brzezińska, *Aspekt psychologiczny. Religijność a sfera duchowa*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 29.

²⁶ K.J. Urbańczyk, K. Tuzinowska, A.J. Reszuta, *Poczucie bezpieczeństwa osób starszych w badaniach Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku*, [w:] M. Halicka, J. Halicki, K. Czykiera, *Zagrożenia w starości i na jej przedpolu*. Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2010, s. 379–384.

²⁷ J. Zabielski, *Religijno-moralne wartościowanie...*, dz. cyt., s. 22–30.

²⁸ R. Ossowski, *Funkcjonowanie psychospołeczne osób starszych*, Czelej, Lublin 2007, s. 28–30.

²⁹ S. Głaz, *Sens życia*, Wydawnictwo WAM, Kraków 1998, s. 6–9.

w ten sposób podchodzących do nieuniknionych i charakterystycznych dla wieku zmian wartość człowieka nie będzie zależna jedynie od jego sprawności fizycznej, ale także, a może przede wszystkim od jego wartości całościowej, poprzez sam fakt bycia człowiekiem³⁰.

Według Victora Frankla każdy sam jest odpowiedzialny za pracę nad jakością swojego życia, a dzięki temu ma wpływ na to, czy wystąpi u niego cierpienie duchowe³¹.

Codzienne funkcjonowanie człowieka starszego zależy od tego, która z omawianych sfer: fizyczna, psychiczna czy duchowa, jest dla niego dominującą. Jeśli decydująca jest płaszczyzna somatyczna, senior będzie kierował się głównie tym, co dotyczy fizjologii. Jeżeli przewodzi sfera wyższego rzędu, poszerza się horyzont postrzegania własnego istnienia. Dlatego w sprawowaniu opieki nad osobami w podeszłym wieku należy zdiagnozować, który z poziomów istnienia jest dla podopiecznego najistotniejszy, i próbować zaspokoić najpilniejsze, indywidualne potrzeby danej osoby. Nie powinno się dokonywać ogólnych ocen całych grup pacjentów, ponieważ każdy człowiek jest niepowtarzalnym bytem patrzącym na świat przez swój własny pryzmat.

W całościowej opiece nad pacjentem trzeba uwzględniać wszystkie sfery ludzkiego funkcjonowania, ponieważ mają one wpływ na zdrowie podopiecznego i wchodzi z sobą w interakcje. Powoduje to konieczność jednakowego skupienia się na nich wszystkich z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb pacjenta. Takie traktowanie seniora spowoduje podwyższenie poziomu oferowanych usług, gdzie na pierwsze miejsce wysuwa się walka z szeroko pojętym bólem³².

Wszystkie podejmowane czynności mają za zadanie poprawić jakość życia seniora, a holistyczna opieka powinna uwzględniać rozwiązywanie wszystkich biopsychospołecznych i duchowych problemów chorego.

Bibliografia

- Becelewska D., *Repetitorium z rozwoju człowieka*, „Intrologatorstwo – Mała Poligrafia”, 2006, nr 7.
- Brzezińska A., *Aspekt psychologiczny. Religijność a sfera duchowa*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
- Cencini A., Manenti A., *Psychologia a formacja*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2002.
- Frankl E., *Wola sensu*, Czarna Owca, Warszawa 2010.

³⁰ D. Becelewska, *Repetitorium z rozwoju człowieka*, „Intrologatorstwo – Mała Poligrafia”, 2006, nr 7.

³¹ A. Cencini, A. Manenti, *Psychologia a formacja*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2002, s. 19–37.

³² R. Ossowski, *Funkcjonowanie psychospołeczne osób starszych...*, dz. cyt., s. 33–35.

- Gilmartin R.J., *Droga do pełni życia*, Jedność, Kielce 2000.
- Głąz S., *Sens życia*, Wydawnictwo WAM, Kraków 1998.
- Jarosz J. (red.), *Leczenie bólów nowotworowych*, Anmedia, Warszawa 2009.
- Kachaniuk H., *Problemy psychospołeczne osób w starszym wieku*, [w:] K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska, *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
- Karasek M. (red.), *Aspekty medyczne starzenia się człowieka*, Łódzkie Towarzystwo Naukowe, Łódź 2008.
- Kędziora-Kornatowska K., *Mechanizmy starzenia się człowieka*, [w:] K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszaliak, *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*, Czelej, Lublin 2007.
- Malinowska K., Han M., Wiśniewski M. i inni, *Psychologiczne aspekty starzenia się. Zespoły otępienne i depresyjne wieku podeszłego*, [w:] K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszaliak, E. Skolmowska, *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
- Manthorpe J., Iliffe S., *Depresja wieku podeszłego*, PZWL, Warszawa 2010.
- Ossowski R., *Funkcjonowanie psychospołeczne osób starszych*, Czelej, Lublin 2007.
- Schiefele J., Staudt I., Dach MM, *Pielęgniarstwo geriatryczne*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2005.
- Stachowska M., *Podstawowa opieka zdrowotna*, [w:] K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska, *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
- Steciwo A., Wróblewska I., *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2013.
- Stuart-Hamilton I., *Psychologia starzenia się*, Zysk i S-ka, Poznań 2000.
- Suchocka L., *Psychologia bólu*, Difin, Warszawa 2008.
- Tobiasz-Adamczyk B., *Społeczne aspekty starzenia się i starości*, [w:] T. Grodzicki, T. Kocemba, A. Skalska, *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Via Medica, Gdańsk 2007.
- Twardowska-Rajewska J., Cichocka M., *Przemoc psychiczna w rodzinie: zmiennosc ról „ofiara–sprawca” w perspektywie czasowej*, [w:] M. Halicka, J. Halicki, K. Czykiera, *Zagrożenia w starości i na jej przedpolu*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2010.
- Urbańczyk K.J., Tuzinowska K., Reszuta A.J., *Poczucie bezpieczeństwa osób starszych w badaniach Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku*, [w:] M. Halicka, J. Halicki, E. Weron, *O godną starość*, Pallottinum, Poznań 2000.
- Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.), *Pozytywna starość*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2010.
- Zabielski J., *Religijno-moralne wartościowanie życia i śmierci jako duchowe bezpieczeństwo starzejącego się człowieka*, [w:] M. Halicka, J. Halicki, K. Czykiera, *Zagrożenia w starości i na jej przedpolu*. Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2010.

Barańska Katarzyna
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa
im. rtm. W. Pileckiego w Oświęcimiu

Osobliwość cierpienia kobiet po mastektomii

Streszczenie

Głównym założeniem pracy jest przedstawienie ważnego tematu, jakim jest osobliwość cierpienia kobiet po mastektomii. Pokonanie raka jest tylko początkiem ciężkiej drogi do powrotu do codzienności i odzyskanie wiary w swoją kobiecość. Tekst porusza także ważną kwestię ostatecznej granicy działań prewencyjnych w obliczu zagrożenia życia oraz cierpienie, które musi przetrwać kobieta w walce z rakiem piersi.

Jednym z najcenniejszych darów, które otrzymujemy od losu, jest życie. Niezależnie od tego, w jaki sposób postanowimy je wykorzystać, wizja jego utraty powoduje załamanie i przerażenie. Czasem, aby przeżyć, trzeba zrezygnować ze wszystkiego, co do tej pory ceniliśmy. W takiej sytuacji są między innymi kobiety, u których zdiagnozowano raka piersi. Aby przeżyć, zmuszone są poddać się mastektomii. Jak mawiał Napoleon Bonaparte, „cierpienie wymaga więcej odwagi niż śmierć”, dlatego osobliwość cierpienia kobiet po mastektomii wymaga głębokiej analizy na różnych poziomach.

Według aktualnych badań rak piersi jest najczęściej pojawiającym się u płci pięknej nowotworem złośliwym. Występuje u ponad 20 proc. zdiagnozowanych tworów patologicznych u chorych pacjentek w Polsce¹. Ich leczenie jest ciężkie

¹ M. Puchalska, E. Sierko, M. Sokół, M.Z. Wojtukiewicz, *Jakość życia chorych na raka piersi poddanych chemioterapii prowadzonej w warunkach szpitalnych*, „Problemy Pielęgniarstwa”, PTP 2011, tom 19, nr 3, s. 341–349.

i długotrwałe. Populacja wiekowa dotkniętych tym nieszczęściem jest bardzo zróżnicowana, ponieważ na raka piersi chorują kobiety zarówno bardzo młode, w średnim wieku, jak i starsze, które w całym swoim wcześniejszym życiu nie odczuwały rozwijającej się choroby. Chemioterapia jest początkiem bolesnej drogi, która nie zawsze prowadzi do pozytywnych skutków.

Jest to swoisty test psychofizyczny dla chorej oraz dla całej jej rodziny i otoczenia. Niestety, nawet najsilniejsza kobieta nie za każdym razem może poradzić sobie samotnie z bólem i problemami, które niesie ze sobą śmiertelna choroba. Pełna akceptacja i wsparcie rodziny umożliwiają skuteczną walkę z chorobą.

W pewnym momencie leczenia raka piersi pojawia się nadzieja na wyleczenie. Jest nią mastektomia. Jak wiadomo, to zabieg polegający na fizycznym odjęciu piersi. Z psychicznego punktu widzenia jest to zmiana całego życia oraz postrzegania kobiecości. Statystyki, niestety, są okrutne, ponieważ w „Unii Europejskiej co 2 minuty jest wykrywany rak piersi u kobiety. Co 6 minut jedna z nich umiera. W skali roku daje to 88,5 tys. śmiertelnych ofiar”². Na szczęście coraz więcej z nich świadomie wybiera życie, godząc się na wszystkie pozytywne i negatywne skutki tej decyzji.

Życie kobiety po zabiegu mastektomii zmienia się diametralnie. Metamorfozie ulega przede wszystkim samopostrzeganie siebie jako mniej kobiecej niż reszta pań. Wizerunek kobiecego piękna na przestrzeni wieków zmieniał się znacząco, ale niezależnie od standardów, które wówczas kształtowały kanon piękna, w każdej epoce piersi odgrywały niezwykłą rolę w podkreślaniu istoty kobiecości. Obecnie pacjentka po miesiącach walki podczas chemioterapii musi zaakceptować swoją nową fizyczność. Jest to trudne do wykonania, ponieważ wielowymiarowość ról, które na co dzień odgrywa w swoim życiu, nie ułatwia zaakceptowania nowego wyglądu.

Po pierwsze, niezależnie od wieku pacjentka po odjęciu jednej lub dwóch piersi czuje się mniej atrakcyjna i kobieca. Boi się odrzucenia przez swojego partnera, uważa, że straciła atrybut kobiecości, oraz ma zakłócone poczucie bezpieczeństwa. Dodatkowo szczególnie młode panie mogą dewaluować swoją przydatność w roli przyszłej matki³. Estetyczne aspekty zmiany wywołanej mastektomią są ciężkie do zaakceptowania, ale dodatkową trudność dla nich po tym zabiegu sprawia stricte fizyczny powrót do zdrowia. Rehabilitacja po odjęciu piersi jest ciężka i bolesna. Bardzo ważna jest odpowiednia opieka pielęgniarska na tym etapie leczenia choroby. Kobieta nie tylko boryka się z bólem psychicznym i fizycznym, ale ma także problemy z podstawowymi czynnościami takimi jak jedzenie czy

² A. Kołodziejczyk, *Pacjentka po odjęciu piersi*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, PZWL, 2011, s. 12.

³ A. Dyla, J. Tworowska, E. Tobor, *Ocena życia kobiet po mastektomii*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, 2012, 6, s. 8–9.

codzienna toaleta⁴. Wyjątkowej uwagi podczas rehabilitacji wymaga również usprawnienie kończyny górnej znajdującej się po stronie ujętej piersi.

Szczególną formą cierpienia, które musi znosić pacjentka po amputacji piersi, jest subiektywne poczucie odrzucenia społecznego, które występuje zawsze w mniejszym lub większym stopniu. W naszym społeczeństwie piersi są atrybutem kobiecości i macierzyństwa. We wszystkich funkcjach społecznych, które pełni kobieta, jest ona postrzegana przez pryzmat swojej fizyczności. Zmiana tego wizerunku kształtuje nowy sposób, w jaki widzi nas społeczeństwo. Pacjentki czują się niedowartościowane, czują strach przed powrotem do normalnego trybu życia, który prowadziły przed zabiegiem. Według badań większy procent pań, które przed operacją wykonywały pracę umysłową, wraca z powrotem do zawodu. Cięższą sytuację mają natomiast kobiety, które wcześniej wykonywały pracę fizyczną. Wiąże się to z tym, że jej charakter łączy się z mniejszą intymnością podczas pracy, ponieważ samo przygotowanie się do wykonywania swoich codziennych obowiązków wymaga np. przebrania się w strój roboczy we wspólnej szatni, a to może stanowić dla wielu kobiet po zabiegu usunięcia piersi bardzo silną psychiczną barierę⁵.

Z roku na rok społeczeństwo polskie coraz bardziej rozumie problemy osób chorych na raka. Mają na to wpływ intensywne kampanie społeczne, ale także świadomość tego, że wiele osób nam znanych i bliskich zмага się w nierównej walce z tą chorobą. Niestety, element psychiczny cały czas jest odstawiany na boczny tor, przez co osobom takim jak kobiety po mastektomii ciężko jest zaadaptować się do nowych warunków. Mimo że osoby po odjęciu piersi nie są piętnowane, lecz raczej wspierane, to wiele osób wciąż jeszcze nie potrafi zrozumieć, że samo już nadmierne sąsiedzkie zainteresowanie tematem może stanowić poważną psychiczną barierę na drodze udanej rekonwalescencji po pokonaniu raka.

Fiodor Dostojewski mawiał, że „bez cierpienia nie zrozumie się szczęścia”. Jego odnalezienie wymaga jednak dużego hartu ducha oraz woli walki i wytrwania. Dlatego jedną z najważniejszych płaszczyzn walki z każdą chorobą, a w szczególności z nowotworem jest silna psychika pacjenta. Tylko człowiek, który zaakceptował swój los oraz swój nowy wygląd, co ma miejsce w przypadku kobiet po zabiegu mastektomii, ma szansę na pełne wyleczenie. Każdy z nas potrzebuje jakiegoś wzoru, kogoś, kto pokaże odpowiednią ścieżkę postępowania. Ze względu na to, że rak jest chorobą cywilizacyjną, coraz częściej można znaleźć wsparcie nie tylko wśród osób nam najbliższych, ale także w specjalnych fundacjach powołanych do walki z chorobą i wspierania pacjentów oraz – co najbardziej zaskakujące – nawet w mass mediach.

⁴ A. Kołodziejczyk, dz. cyt., s. 12.

⁵ E. Wawszczak, *Życie po mastektomii*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, 2010, 10, s. 39–40.

W ostatnich miesiącach przykładem takiego kojącego działania była decyzja Angeliny Jolie o prewencyjnym podjęciu zabiegu podwójnej mastektomii. Wielu dziennikarzy pytało dlaczego? Czy jest chora? Które to już stadium choroby, czy to jest ostateczność i czy niedługo odejdzie jedna z najsłynniejszych aktorek Hollywood, zostawiając po sobie pogrążoną w żalu rodzinę? Jak się okazało w liście, który aktorka wysłała do poczytnej amerykańskiej gazety („The New York Times”), jej działanie było prewencyjne⁶. Teoretycznie to działanie zdroworozsądkowe, ale niewiele osób byłoby w stanie poświęcić się tak mocno, aby ratować jeszcze niezagrażone życie. Słynna aktorka przyznała, że dużym bodźcem, który spowodował podjęcie decyzji, była śmierć matki, która po dziesięciu latach walki przegrała pojedynek z chorobą. Angelina Jolie, wiedząc, że jest nosicielką wadliwego genu BRCA 1, zdecydowała się na zabieg zwiększający jej szansę przeżycia o 87 proc. Abstrahując jednakże od indywidualnych pobudek, aktorka chciała także dać przykład wszystkim kobietom na świecie i pokazać, co w naszym życiu liczy się najbardziej. Będąc swoistym kobiecym symbolem obecnej popkultury, aktorka – jak sama stwierdziła – „wybrała życie”, a wybór ten wcale nie umniejsza jej kobiecości. Ta bardzo śmiała i ważna decyzja jest ważnym przesłaniem mówiącym o tym, że warto walczyć i ponosić straty dla wartości życia. Warto cierpieć, jeżeli to ma prowadzić do wyższego celu, i nie należy bać się utraty efektywności swojego wizerunku, bo nawet będąc światową gwiazdą kina, która po części zarabia na swoim wyglądzie, można zaryzykować zabieg mastektomii i wrócić po nim do normalnego życia.

Joseph Conrad pisał, że „cierpienie daje prędką dojrzałość”. Niestety, według badań przeprowadzonych wśród kobiet, które zakończyły leczenie związane z chorobą raka piersi, wiele z nich nie było zadowolonych z opieki medycznej, jaką im zaoferowano⁷. Mniej niż 50 proc. pań było usatysfakcjonowanych dostępem do bezpłatnych badań laboratoryjnych wymaganych po przejściu operacji amputacji piersi. Praktycznie 70 proc. amazonek skarżyło się na trudną dostępność opieki zdrowotnej przewidzianej przez państwo. To jest dość istotna wada nie tylko samego systemu, ale także ludzi pracujących w zawodach medycznych. Pacjent na oddziale onkologicznym jest poddany szczególnemu rodzajowi cierpienia, a zwłaszcza kobiety chore na raka piersi stanowią grupę pacjentów o specjalnych potrzebach medycznych i społecznych. Jak już wcześniej nadmieniłam, walka z chorobą wymaga pełnej akceptacji samej siebie oraz intensywnej pomocy płynącej z otoczenia, dlatego pierwsza opieka medyczna, z którą spotyka się kobieta chora na raka, musi nieść znamiona pomocy nie tylko fizycznej, ale także emocjonalnej i psychicznej.

⁶ A. Jolie, *Mój medyczny wybór – list otwarty do „New York Timesa”*, „Nowe Forum”, 24.05–06.06.2013, nr 18, s. 10–13.

⁷ W. Kołtątaj, B. Kołtątaj, I.D. Karwat, *Ocena poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet, które zakończyły leczenie z powodu raka piersi*, „Zdrowie Publiczne”, 2011, 121(1), s. 37–42.

Reasumując powyższe rozważania, można stwierdzić, że mastektomia nie jest zwykłym zabiegiem, tak samo jak rak piersi nie jest przeciętną chorobą. Zabieg odjęcia piersi u każdej pacjentki to koniec pewnej drogi. Ścieżki wyboru pomiędzy życiem a śmiercią. Zabieg ten na nowo definiuje każdą chorą. Wyzwała ją z oków schematycznego postrzegania kobiecego piękna, którego podstawą w każdej kulturze są właśnie piersi. Operacja ta wymusza także zmiany na tle psychicznym. Kobieta musi zaakceptować nie tylko nowe Ja, ale także na nowo zdefiniować wszystkie swoje funkcje społeczne, które do tej pory pełniła. Wiele kobiet po tym zabiegu jest do końca swoich dni nieszczęśliwych, odczuwają ciągłe zagrożenie i odrzucenie ze strony społeczeństwa. Część z nich natomiast potrafi po chorobie znaleźć nowy sens życia, wrócić do swoich poprzednich zajęć, a nawet zacząć pomagać innym chorym, którzy znaleźli się w takiej sytuacji jak one. Jednoznaczne jest tylko to, że zawsze zabieg mastektomii wiąże się z cierpieniem. Ból ten jest wielowymiarowy i zindywidualizowany w przypadku każdej kobiety. Cieszy mnie to, że we współczesnym świecie dla wielu kobiet pojęcie kobiecości nabiera coraz pełniejszej wymowy. Każda pacjentka, która poddała się zabiegowi odjęcia piersi, powinna wiedzieć, że niczym nie umniejszyła swoich walorów, a wręcz przeciwnie – z dumą może podkreślać, że jest kobietą oraz człowiekiem, który pomimo cierpienia i przeciwności losu świadomie wybrał życie zamiast łatwej śmierci.

Bibliografia

- Puchalska M., Sierko E., Sokół M., Wojtukiewicz M. Z., *Jakość życia chorych na raka piersi poddanych chemioterapii prowadzonej w warunkach szpitalnych*, „Problemy Pielęgniarstwa”, PTP 2011, tom 19, zeszyt nr 3.
- Kołodziejczyk A., *Pacjentka po odjęciu piersi*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, PZWL, 2011.
- Dyla A., Tworowska J., Tobor E., *Ocena życia kobiet po mastektomii*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, 2012, nr 6.
- Wawszczak E., *Życie po mastektomii*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, 2010, nr 10.
- Jolie A., *Mój medyczny wybór – list otwarty do „New York Timesa”*, „Nowe Forum”, 24.05–6.06.2013, nr 18.
- Kołątaj W., Kołątaj B., Karwat I.D., *Ocena poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet, które zakończyły leczenie z powodu raka piersi*, „Zdrowie Publiczne”, 2011, nr 121(1).

Netografia

<http://www.dbc.wroc.pl/> (dostęp: 24.03.2015).