

Etične dileme ob prehrani umirajočega bolnika

Urška Lunder

Prehrana bolnika v terminalnem stanju ima v očeh bolnika in njegovih svojcev povsem drugačno težo in pomen kot pri medicinskem osebju. Ko bolnik ob napredovani bolezni spreminja in manjša svoje potrebe in želje za hrano, doživljajo bolnik in svojci vedno večjo stisko ob soočanju z dejstvom, da bolnik umira.

Zdravnik, ki se odloča za način prehranjevanja pri bolniku, ki odklanja hrano, pa je pred dilemo, kako upoštevati bolnikove želje in mu ne škodovati.

Ob umiranju se moramo zavedati:

- Kar umirajoči bolnik lahko poje sedaj, bo postajalo vedno manj, dokler ne bo več ničesar zaužil.
- Kar umirajoči bolnik lahko popije sedaj, bo postajalo vedno manj, dokler ne bo več ničesar popil.
- Kar je nutricijsko pomembna hrana v določenem obdobju napredovale bolezni, je lahko manj primerno v naslednjem obdobju.
- Najbolj agresivni način prehranjevanja je opravičen v začetnih stadijih terminalne bolezni, ko vzdržujemo optimum kvalitete življenja tudi s čim bolj boljšo telesno kondicijo.
- V napredovalnih stadijih terminalne bolezni pa agresivni posegi v prehrani niso koristni.
- Kar si bolnik želi, je bolj pomembno, kot kar je »prav«.
- Kar dobro »deluje«, ni nujno, da si bolnik želi ali kar je »prav«.

Ob vsakem bolniku se seveda odločamo individualno in poleg osnovnih etičnih principov upoštevamo tudi enostavno tehtanje koristi proti potencialnim težavam.

Nekatere potencialno koristne posledice enteralnega ali parenteralnega hranjenja terminalnega bolnika:

- * Rehidracija in uravnavanje elektrolitov:
 - izboljša jasnost misli
 - stabilizira srčno aritmijo
 - zmanjša slabost
- * Dodane kalorije lahko podaljšajo življenje in dajejo bolniku in svojcem več časa za urejanje odnosov in sprejemanje smrti,
- * Agresivne metode hranjenja:
 - lahko prepričajo svojce, da je bilo narejeno vse po »najvišjih medicinskih zmožnostih«,
 - predstavljajo čustveno oporo ob nenehnem strahu, da je bolnika medicina zapustila.

Urška Lunder, dr. med.; Slovensko društvo hospic

Nekatere potencialne težave ob enteralnem oz. parenteralnem hranjenju terminalnega bolnika:

- bolečine ali draženje nazogastrične cevke ob vstavitvi in tudi kasneje,
- nazogastrično hranjenje lahko povzroča neugodne občutke in slabost, drisko, dehidracijo in hiperozmolarost pri mnogih bolnikih,
- za gastrostomo in za jejunostomo je potreben kirurški poseg, čeprav je nato prehranjevanje lahko bolj udobno kot z uporabo nazogastrične sonde,
- bruhanje, aspiracija in pljučnica se pogosto pojavijo pri umirajočem bolniku z nazogastrično ali gastrično sondo.

Pri odločanju o načinu prehranjevanja umirajočega bolnika je ena najpomembnejših spretnosti dobra komunikacija. Kadar je možno bolniku jasno spregovoriti o naravi bolezni in predvideti tok bolezni, je zelo koristno načrtovati obladovanje simptomov skupaj z bolnikovimi željami celo v pisnem dokumentu. Vendar je komunikacija običajno tako šibka, da se zdravnik jasno in iskreno ne pogovori z bolnikom niti o vseh dejstvih obolenja, kaj šele o skupnem načrtovanju za preostalo življenje. Mnogo kritik na račun izobraževanja medicinskega osebja je slišati v bolnišnicah, ko se srečujemo z umiranjem. Zdravniki in medicinske sestre opažajo, da šele v praksi dobijo globoke lekcije od svojih bolnikov in njihovih svojcev. Pomanjkanje izobraževanja o oskrbi med umiranjem v rednem šolanju daje noto kulture v naši medicini, kjer smrt zveni kot neuspeh in prevladuje odiranje in ignoriranje potreb in oskrbe umirajočega bolnika. Razvijata se lahko dve skrajnosti: zanikanje in ignoriranje potreb bolnika ali pa previsoka tehnološko – agresivna podpora med umiranjem. Zelo hitro lahko iz občutka, da ne bomo naredili napake, reagiramo s profesionalno–tehnološkim odnosom do bolnika, ki bolniku ne dovoljuje odločanja in izražanja želja. Potolaži nas misel, da smo naredili vse, kar smo znali in imeli možnost narediti.

Za pravo mero med obema skrajnima potema pa izvemo le z dobro komunikacijo, ki je običajno možna še pred napredovalo boleznijo z bolnikom in kasneje s svojci. Z ustaljeno prakso odkritega pogovora ob obveščanju o težki bolezni bi v postopnih pogovorih ugotovili bolnikove želje in navodila za oskrbo ob koncu življenja. Kadar imamo na razpolago takšne bolnikove odločitve in želje, seveda ni etičnih dilem tudi ob odločanju o vztrajanju pri bolj ali manj agresivni prehranski oskrbi.

Običajno pa takšni jasni in odkriti pogovori med zdravnikom in bolnikom niso vsakdanja praksa, temveč bolj izjeme in zato jasne slike o tem, kaj si bolnik želi ob umiranju, nimamo. Ko smo postavljeni pred dilemo, kako ravnati, da bi se približali domnevnim bolnikovim željam in medicinskim možnostim, se soočamo s svojimi lastnimi pogledi na umiranje. Koliko zanikanja minljivosti je v našem življenju, toliko ga vnesemo v svoje delo. Koliko navezanosti in odvisnosti je našim življenju, toliko je vnesemo tudi k bolnikovi postelji. Koliko pričakovanj in neupogljivih pravil imamo v svojem življenju, toliko jih vgradimo tudi v oskrbo umirajočega bolnika. In kolikor strahu pred svobodo vsakogar čutimo, toliko nas ta strah utesnjuje v komunikaciji z njim.

Kadar dovolimo svojim najbližjim široko izbiro v življenju, bomo sprejemali tudi različnost bolnikov na enostaven način in se bomo v odločitvah enostavno prilagajali drugačnosti in minljivosti. Kadar pa težko sledimo na primer svojim otrokom na njihovi poti v neodvisnost in samostojnost, ko trpimo, če ne izpolnijo naših pričakovanj ter rigidno pričakujemo sodelovanje za naše cilje, takrat podobno počnemo tudi pri delu z bolnikom.

Ob soočanju z odločitvami o agresivnih metodah prehranjevanja je na preizkušnji naša osebna zrelost in razumevanje toka življenja. Pokaže se naša moč razviti sočutje in razumevanje in se zoperstaviti pastem profesionalne distance z uporabo vseh možnih medicinskih ukrepov v času, ko umirajočemu bolniku lahko povzročijo le še večjo stisko in odtujenost.

LITERATURA:

1. Doyle Derek, Domicialy Palliative Care, Oxford University Press,1994
2. Charlette R. Gallagher – Allerd, Nutritional Care of the Terminally Ill, Aspen Publishers,1989
3. Marylin J. Field and Christine K. Cassal, Approaching Death, National Academy Press, Washington D.C., 1997
4. Tom Z. Beauchamp, James F. Childress, Principles of Biomedical Ethics, Oxford Universtiy Press,1994