Opieka paliatywna

Kultura życia. Płyta nr II, ścieżka nr 3. Czas trwania 30 minut.

03-09-2020

Opieka paliatywna

1. Końcową fazę licznych chorób chronicznych i postępujących, kiedy wyczerpano dostępne sposoby leczenia i dochodzi się do nieodwracalnego poziomu witalnego, nazywa się *chorobą terminalną*. Definiuje się ją jako stan kliniczny, w którym przewiduje się śmierć w

bliskim terminie. Zwykle przy chorobie terminalnej nie pomagają już wcześniejsze sposoby leczenia i w grę wchodzi tylko leczenie objawowe.

2. Kiedy medycyna nie może leczyć, ma inne zadania: łagodzić cierpienie, opiekować się chorym, poprawiać jakość życia. *Opieka paliatywna* to program leczenia mający na celu złagodzenie uciążliwych objawów choroby i zwiększenie pogody ducha pacjenta, który cierpi na chorobę mogącą w krótkim czasie doprowadzić do śmierci. „Nie zawsze możemy zagwarantować wyleczenie z choroby, ale żywą osobą zawsze możemy i powinniśmy się zaopiekować — sami nie skracając jej życia, ale także nie stawiając daremnego oporu jej śmierci” (Franciszek, 7.11.2018 r.). Medycyna paliatywna czerpie inspirację ze stwierdzenia Clauda Bernarda: „Jeżeli nie możemy dodać

dni życiu, dodajmy życia dniom”. Medycyna paliatywna polega na opiece integralnej, zindywidualizowanej i ciągłej, uwzględniającej potrzeby fizyczne, emocjonalne, społeczne i duchowe chorych; bierze pod uwagę jedność chorego z rodziną; promuje godność i autonomię chorego. Chory i jego potrzeby stają się w ten sposób osią przewodnią opieki.

3. Prośby o eutanazję ze strony pacjentów wynikają najczęściej z nieznośnego cierpienia, z błędnych i przerażających myśli co do ewolucji choroby, z lęku przed utratą samodzielności, z chęci, żeby nie być ciężarem dla najbliższych. Tam gdzie jest dobrze praktykowana, *medycyna paliatywna zmniejsza liczbę próśb o eutanazję* lub o wspomagane samobójstwo, gdyż zazwyczaj chory nie chce śmierci, lecz uniknięcia cierpienia i poczucia osamotnienia.

4. *Fazę terminalną* można by nieco przedłużyć kosztem przetrzymywania pacjenta na oddziale intensywnej terapii, prawdopodobnie nieprzytomnego, z dala od rodziny, stosując bardzo kosztowną opiekę lekarską i pielęgniarską. W tej sytuacji jest jak najbardziej dopuszczalne, a nawet lepiej jest uprościć terapię i przenieść go z OIOMu do zwykłej sali, a nawet zabrać go do domu. Te działania przyczyniają się do humanizacji śmierci.

5. Opieka paliatywna obejmuje specjalistyczną kontrolę objawów, wsparcie dla pacjenta i dla rodziny w różnych problemach, które pojawiają się wokół jego cierpienia, przygotowanie do śmierci, a nawet późniejszą opiekę nad rodziną pogrążoną w żałobie. *Obejmuje ewentualną sedację* (przejściową, paliatywną albo terminalną), która

może zakładać utratę świadomości w różnych stopniach.

6. Papież Jan Paweł II podkreślił *ważną rolę rodziny i szpitala w opiece paliatywnej*: „Gdy zaś ziemskie życie człowieka zbliża się ku końcowi, jest jeszcze miłość, która potrafi znaleźć najwłaściwsze sposoby, aby zapewnić osobom starszym, zwłaszcza gdy nie są już samodzielne oraz chorym w tak zwanej ostatniej fazie życia, pomoc prawdziwie humanitarną i należycie zaspokoić ich potrzeby, a przede wszystkim złagodzić ich lęki i poczucie osamotnienia. W tych przypadkach niezastąpiona jest rola rodziny, ale osoby te mogą znaleźć wielką pomoc w strukturach opieki społecznej, a kiedy jest to konieczne w leczeniu paliatywnym, korzystając z odpowiednich usług medycznych i społecznych, działających zarówno w miejscach zorganizowanej opieki, jak

i w domu” (enc. *Evangelium vitae*, nr 88).

7. W Wielkiej Brytanii medycyna paliatywna została uznana jako specjalizacja w 1977 roku. Oddziały *leczenia bólu* zaczęły powstawać po drugiej wojnie światowej z powodu dużej liczby rannych z silnymi bólami. Ich celem było zachowanie przy życiu i poprawianie jego jakości poprzez opanowanie bólu. Nowoczesna Medycyna potrafi kontrolować ból w większości przypadków. „Stosowanie środków przeciwbólowych, by ulżyć cierpieniom konającego, nawet ryzykując skrócenie jego życia, może być moralnie zgodne z ludzką godnością, jeżeli śmierć nie jest zamierzona ani jako cel, ani jako środek, lecz jedynie przewidywana itolerowana jako nieunikniona” (KKK 2279).

8. Z użyciem środków znieczulających i narkotycznych wiąże się także ewentualność *pozbawienia umierającego świadomości*. Takie działanie wymaga szczególnego potraktowania. Głęboka sedacja paliatywna w fazie terminalnej, klinicznie uzasadniona, może być uznana za akceptowalną moralnie pod warunkiem wyrażenia zgody przez chorego, odpowiedniego poinformowania rodziny, wykluczenia jakiejkolwiek intencji eutanatycznej i dania choremu możliwości zadośćuczynienia jego obowiązkom moralnym, rodzinnym i religijnym: „w obliczu zbliżającej się śmierci ludzie powinni być w stanie wypełnić swoje obowiązki moralne i rodzinne, zwłaszcza zaś powinni mieć możliwość w pełni świadomego przygotowania się na ostateczne spotkanie z Bogiem”. Dlatego „nie należy pozbawiać konającego świadomości siebie bez poważnych

przyczyn” (św. Jan Paweł II, enc. *Evangelium vitae*, nr 65).

9. Należy pokazać terminalnie choremu, że rozumie się wszystkie jego ograniczenia i potrzeby, oraz utwierdzać go w przekonaniu o chęci *współpracy „bez granic”*. Oto niektóre przykłady:

a) należy dawać proste i jasne wyjaśnienia, informując o wszystkich podejmowanych działaniach, aby zapewnić akceptację chorego i/lub rodziny

b) zapewnić opiekę przez całą dobę

c) mówić zawsze prawdę (nigdy nie okłamywać), delikatnie, bez ranienia

d) uspokajać, łagodzić obawy i lęk chorego i rodziny

e) zwiększyć częstotliwość wizyt; należy unikać wywoływania u chorego w fazie terminalnej

wrażenia porzucenia lub nieużyteczności

f) szanować intymność chorego (jeśli to możliwe zapewnić pokój jednoosobowy).

10. Zaobserwowano i opisano kolejne *etapy psychologicznego „oswajania” śmierci* u osób terminalnie chorych. Lekarz i - przede wszystkim - pielęgniarka muszą czuwać, aby poprzez obserwację objawów chorego zrozumieć stan jego ducha i postępować stosownie do sytuacji. Ponieważ chory w fazie terminalnej może początkowo nie akceptować swojej choroby i cierpienia, należy zapewnić mu pocieszenie, zachęcając zarazem, aby wykorzystał tę sytuację pod względem duchowym. Trzeba być świadomym, że chory terminalny myśli dużo więcej o tym, co będzie niż o tym, co było.

11. *Osoba chora ma prawo być poinformowana o stanie swojego*

zdrowia. Właśnie uświadamianie pacjentowi, że umiera, jest jedną z najdelikatniejszych kwestii, jaką należy poruszać w rozmowach z nim. Zbliżanie się śmierci niesie ze sobą odpowiedzialność spełnienia określonych obowiązków, odnoszących się do własnych relacji z rodziną, usystematyzowania ewentualnych kwestii zawodowych, uregulowania zobowiązań wobec osób trzecich. Ponadto nie powinno się pozostawiać osoby w niewiedzy, co do realnego jej stanu klinicznego w decydującej godzinie jej życia.

12. Komunikacja pomiędzy umierającym i tymi, którzy się nim opiekują, nie może opierać się na udawaniu. Z taką informacją jest związana ważna i nieprzekazywalna odpowiedzialność. Obowiązek przekazywania prawdy choremu w stanie terminalnym wymaga od personelu medycznego i rodziny *rozeznania i taktu*. W praktyce często

pojawiają się różne wymówki jak na przykład, że chory nie jest przygotowany, aby otrzymać tak złą wiadomość, że może to wywrzeć na niego negatywny wpływ… i nieraz ukrywa się przed nim całą prawdę o chorobie. Prawda nie może być przemilczana, lecz nie wolno jej również po prostu ogłaszać: winna ona być przekazana choremu w miłości i miłosierdziu. Chodzi o stworzenie takiej z nim relacji zaufania, przyjęcia i dialogu, która potrafi znaleźć czas i słowa.

13. Doświadczenie uczy, że w kwestii informacji o powadze choroby nie można ustalić sztywnych zasad, zgodnie z aforyzmem, że „*nie ma chorób, są tylko chorzy*”. Każdy – zgodnie ze swoją skalą wartości i światopoglądem –przeżywa ten moment inaczej. Kiedy ma się wiarę, to nie powinna przerażać wiedza o tym, że umrze się za parę miesiący; to czas, aby się przygotować na

wielki skok do wieczności. Natomiast istnieją chorzy, którzy nie znają lub udają, że nie znają swego stanu, ryzykując znalezienie się u kresu życia bez uznania powagi sytuacji. Istnieje poważny obowiązek odpowiedniego poinformowania takich pacjentów.

14. Wobec tajemnicy śmierci człowiek jest bezsilny. Nikt nie może nie dostrzegać ogromnej pomocy, jaka daje umierającym i ich rodzinom wiara w Boga i nadzieja życia wiecznego. *Opieka duchowa nad chorymi w fazie terminalnej* jest potrzebą i prawem każdego chorego oraz obowiązkiem tych, którzy się nim zajmują. Nie chodzi jednak tylko o ułatwienie zadania księżom, ale o współpracę z nimi we wszystkim, co możliwe: pomóc pacjentowi pójść do kaplicy, zorganizować wizytę kapłana, ułatwić mu rozmowę z księdzem i pomóc w otrzymaniu sakramentów, starać się być przy

chorym i modlić się z nim i za niego, pomóc mu przyjmować cierpienie ze spojrzeniem nadprzyrodzonym itd. O ile praktyki religijne są istotne dla wewnętrznego pokoju zdrowego człowieka, tym bardziej są niezbędne w chorobie.

15. Uprzywilejowanym momentem modlitwy z chorym w terminalnej fazie choroby jest celebrowanie *sakramentów*: znaków zbawczej obecności Boga: „pokuta, namaszczenie chorych i Eucharystia jako wiatyk, stanowią na końcu życia «sakramenty, które przygotowują do Ojczyzny» lub sakramenty, które zamykają ziemską pielgrzymkę” (KKK 1525). Należy ułatwiać przyjmowaniu sakramentów chorym w fazie terminalnym.

pdf | dokument generowany automatycznie z https://opusdei.org/pl-pl/article/opieka-paliatywna/ (28-03-2026)