

STRUČNI RAD - PROFESSIONAL ARTICLE

DATUM PRIJEMA:10.03.2015. DATUM PRIHVATANJA:15.03.2015.

UDK BROJEVI: 616-083 615.214.24:17 COBISS.SR-ID 214661132



PODACI O AUTORU: Čedomirka Stanojević ¹, V. Stanojević ², I. Vukosavljević ¹
Visoka medicinska škola strukovnih studija Čuprija ¹, Zdravstveni centar Zaječa

ETIČKI ASPEKTI PALIJATIVNE SEDACIJE

ETHICAL ASPECTS OF PALLIATIVE SEDATION

SAŽETAK

U savremenom društvu uprkos tehnološkom napretku, smrt i umiranje ostaju neizbežna visoko tehnološka i zastrašujuća realnost. Kao odgovor, postmoderno društvo se vraća tradicionalnom pristupu „dobre smrti“ koji naglašava upravljanje simptomima, lečenje u skladu sa željama, blagostanje i društvenu podršku. Palijativno zbrinjavanje predstavlja ponovno otkrivanje stare prakse olakšanja patnje uz postizanje najvišeg mogućeg kvaliteta života bolesnika. Ono pomaže bolesniku da živi aktivno i kretajno koliko je to moguće kroz borbu sa „totalnim bolom“ (fizička, psihološka duhovna i socijalna patnja). Uprkos nastojanju palijativnog zbrinjavanja postoje refrakterni simptomi čiji intenzitet približavanjem smrti raste i koji nepovoljno utiču na blagostanje bolesnika. Ovi simptomi se ne mogu lečiti bez ugrožavanja svesti bolesnika. Palijativna sedacija predstavlja intravenoznu primenu sedativa kojom se svest bolesnika snižava dovoljno duboko da bi mu se obezbedila udobnost do trenutka smrti. Palijativna sedacija nije „indirektna eutanazija“. Ona se od eutanazije razlikuje po nameri. U palijativnoj sedaciji namera je olakšanje patnje, a ne smrt kao u eutanaziji, jer smrt nije neophodna za olakšanje patnje. Predvidiv efekat skraćenja života palijativnom sedacijom opravdava se principom dvostukog efekta. Jedan od mogućih odgovora na pitanje ljudskog dostojanstva u patnji i umiranju je onaj koga, u skladu sa ljudskim pravom na dostojanstvo u umiranju, zastupa palijativno zbrinjavanje.

Ključne reči: palijativno zbrinjavanje, bol, kvalitet života, princip dvostrukog efekta, smrt, sedativi

ABSTRACT

In contemporary society, despite technological advance, death and dying remain inevitable high technology and frightening reality. In response, post-modern society returns to the traditional approach of „good death“ that emphasizes managing with symptoms, treatment in accordance with the wishes, welfare and social support. Palliative care is a re-discover old practice of relief of suffering and the achievement of the highest possible quality of life. It helps to patient to live active and creative as far as possible through the struggle with the „total pain“ (physical, psychological, spiritual and social pain). Despite the efforts of palliative care, there are refractory symptoms whose intensity increases with the approaching of death, which adversely affect the well-being of patients. These symptoms can't be treated without compromising patient awareness. Palliative sedation represents the intravenous administration of sedatives which the consciousness of patients lowers deep sufficiently that would provide comfort to the moment of death. Palliative sedation is not „indirect euthanasia“. It is different from euthanasia by intent. In palliative sedation is intended relief of suffering, not death as in euthanasia, because death is not necessary for the relief of suffering. Predictable effect of shortening the life with palliative sedation is justified by the principle of double effect. One of the possible answers to the question of human dignity in suffering and dying is the one who is, in accordance with the human right to dignity in dying, present in palliative care. **Key words:** palliative care, pain, quality of life, double effect principle, death, sedatives.

1. UVOD

Briga za pružanje podrške i udobnosti bolesnim i umirućim članovima zajednice datira od drevnih vremena. Unazad, još od 4. veka naše ere, u staroj Grčkoj, od kada datira i reč hospis (gostoprinstvo), preko Fabiole, rimske martone, Jeanne Garnier, Cicely Saunders i Elizabete Kubler-Ross pokušavao se razumeti psihosocijalni i duhovni aspekt potreba bolesnih i umirućih članova društva. Stoga se s pravom može reći da moderno sestrinstvo i palijativna nega kakvu danas imamo datiraju od začetka uloge negovateljice kao predhodnice sestrinske profesije i temelje se na dobročinstvu, temeljnom principu sestrinske etike, koji je ostao okosnica sestrinstva do danas.

Napredak medicinske tehnologije doveo do produženja ljudskog veka, ali su smrt i umiranje ostali suštinski deo ljudskog života (1), a njihovo prihvatanje neizbežna realnost. Dok su u srednjem veku smrt i umiranje bile česte teme svakodnevnog i religioznog života, tokom prošlog veka smrt postaje uznemirujuća vest i neprihvatljiv događaj protiv koga su usmerene sve sile ljudskog znanja (1,2). Danas i pored racionalnog razmišljanja da je život ograničen i da je umiranje stvarnost koja nikoga ne zaobilazi (3), te činjenice se emotivno ne prihvataju u punom obimu (2). Čovek modernog doba na izazov smrti reaguje većim strahom no ljudi iz prošlih vremena (3).

U savremenom društvu smrt je postala visoko tehnološka i veoma zastrašujuća (4). Zato se u drugoj polovini prošlog veka, dobu visoke tehnologije, pažnja više ne ikad ranije, usmerava na brojna etička pitanja i dileme vezane za kraj života bolesnika (5), kvalitet smrti i umiranja i pitanja „dostojnog“ kraja života“ (2). Kao odgovor na to javlja se nova filozofija ili se, možda, naše postmoderno društvo vraća pristupu nastalom još u tradicionalnim vremenima (6), koji naglašava da je važno kada, gde, kako i uz koga osoba umire (1). Ovaj koncept „dobre smrti“ zasniva se na holističkom pristupu koji uključuje: upravljanje simptomima, lečenje u skladu sa željama pacijenata, blagostanje (psihološko, društveno i egzistencijalno) i društvenu podršku (7). Danas u savremenom individualizovanom društvu, koncept „dobre smrti“ ili „dostojanstvenog umiranja“ znači da pojedinac sam, kao konačni autoritet, u skladu sa svojom filozofijom života, vrednostima koje zastupa i karakteristikama ličnosti, piše scenario sopstvenog umiranja i smrti (1). Tako je stvoren novi koncept umiranja u kome je jedan, do sada neupravljiv deo ljudskog postojanja, postao upravljiv bar u određenoj meri (2).

2. PALIJATIVNO ZBRINJAVANJE

Pojam palijacija potiče od latinske reči pallium-ogrtač, plašt (8,9), a savremeni koncept palijativnog zbrinjavanja nastao je u Velikoj Britaniji 60.ih godina prošlog veka iz pokreta hospisa. Iako se smatra da je palijativno zbrinjavanje rezultat humanističke misli modernog društva ona je zapravo samo ponovno otkrivanje stare prakse, jedino moguće u vreme kada nije bilo medikamentne, hirurške, iradijacione, ni bilo koje druge kauzalne terapije (10). Palijacija- olakšavanje bola i patnje, jedan je od ciljeva medicine od njenog postanka (11).

Uopšteno govoreći cilj palijativnog zbrinjavanja je dostizanje najvećeg mogućeg kvaliteta života za bolesnika i njegovu porodicu u postojećim okolnostima. Ono afirmiše život, ali i prihvata smrt kao neminovnost, ne požuruje niti odlaže smrt, oslobađa bolesnika bola i drugih neželjenih simptoma i integriše psihološke, socijalne i duhovne aspekte zbrinjavanja (3,9). Na taj način palijativna nega pomaže bolesniku da živi aktivno i kreativno koliko je to god moguće i da vidi preostalo vreme kao „poslednje ali ne i izgubljene dane“ (9,12).

Palijativno zbrinjavanje je usmereno na zadnje meseca ili nedelje života u kojima je smrt predvidiva, a ne samo moguća (3), na period u kome je bolesnikova stvarnost ono što je Cicely Saunders označila kao „totalni“ bol (10). Bolesnik ne trpi samo fizički već i psihološki (strah od nepoznatog i neperdivog), duhovno (osećaj bezvrednosti, besmisla i beznađa) i socijalno (napuštenost) (3,10). U terapiji totalnog bola se polazi od punog poštovanja etičkih normi dobročinstva, neškodljivosti i autonomije koja se temelji na samoodređenju bolesnika i njegovom pravu na odluku. U kurativnoj medicine primarni cilj je izlečenje, a smrt se smatra neuspehom, dok je u palijativnom zbrinjavanju cilj olakšati patnju, a smrt koja se desi nakon što je patnja olakšana smatra se uspehom (5).

3. PALIJATIVNA SEDACIJA

Iako palijativno zbrinjavanje uspeva da odgovarajuće tretira brojne, uglavnom fizičke simptome, evidentno je da postoje i simptomi koji se ne mogu dovoljno dobro tretirati. Ponekad se ovi simptomi tiču fizičkih problema, ali sve više uključuju duhovne i egzistencijalne probleme (13). Ovi neadekvatno upravljivi simptomi nazivaju se refrakterni simptomi i razlikuju se od drugih teško lečivih simptoma po tome što se, suprotno savetima mnogih eksperata, ne mogu lečiti bez ugrožavanja svesti pacijenata (13,14). Intenzitet refrakturnih simptoma raste sa približavanjem smrti što nepovoljno utiče na funkcionisanje i blagostanje pacijenata (13).

Palijativna sedacija se može definisati kao primena sedativnih lekova (obično benzodijazepina) sa ili bez komplementarnih opioda datih intravenski ili subkutano da bi se snizio nivo svesti dovoljno duboko da bi se obezbedila udobnost pacijentu do trenutka smrti (15,16). Definicija podrazumeva: a) da se radi o bolesnicima koji aktivno umiru od uznapredovalih i neizlečivih bolesti, odnosno smrt se očekuje u narednih nekoliko sati ili dana (na osnovnu vrednosti krvnog pritiska, pulsa, disanja i nivoa svesti); b) da refrakterni simptomi nisu reagovali ni na koji drugi terapijski postupak ili su ozbiljnost simptoma i tok bolesti zahtevali brzu intervenciju da se tegobe ublaže (16,17); c) da se tokom palijativne sedacije neizlečiva bolest nastavlja svojim prirodnim tokom i pacijenti spontano, i skoro uvek, umiru u roku od nekoliko dana; d) da palijativna sedacija sprovedena lege artis nije uzrok smrti i nema tendenciju da ubrza niti da uspori proces umiranja; e) da se palijativna sedacija se vrši na zahtev terminalno obolelih pacijenata ili, u slučaju nekompetentnosti za odlučivanje, njihovih zastupnika koji moraju biti adekvatno informisani i razumeti značenje tretmana (14).

4. ETIČKA RAZMATRANJA

4.1. Palijativna sedacija i preživljavanje

Namera palijativne sedacije je da ublaži simptome, a ne da ubrza nastanak smrti. Ona se primenjuje kod pacijenata kod kojih se smrt očekuje unutar sati ili dana (mada je predviđanje smrti uvek problematično) i razumnom primenom ne vodi u trenutnu smrt. Medijana vremena smrti od početka palijativne sedacije je duža od jednog dana (opseg 1-29 dana) (17).

Predvidiv efekat skraćenja života palijativnom sedacijom opravdava se principom dvostrukog efekta. Ovaj princip je prvi artikulirao katolički teolog Toma Akvinski rečima: „*Nikakve smetnje ne postoje da nečije delo ima dva efekta, jedan nameravan, a drugi bez namere. Moralnost dela se određuje prema onom što je nameravano*“ (citirano u 18, s1098). Po mišljenju mnogih palijativna sedacija ispunjava zahteve principa dvostrukog efekta jer: 1) sedacija čak i besvesne osbe nije nemoralna (moralno je neutralna); 2) delo pored moguće štetnosti (skraćenje života) ima prvenstveno dobru nameru (olakšanje patnje); 3) sredstva da se dobro delo postigne (sedativi) u osnovi nisu loša; 4) postoji proporcionalno važno dobro delo (olakšanje nepodnošljive patnje) koje opravdava potencijalno loš efekat; 5) ne postoji alternativa primenjenom metodu (17-19). Kritičari ovog tumačenja navode da su ljudske namere teške za procenjivanje, da su često kontradiktorne i dvosmislene (17, 18, 20) i da je teško odrediti kada patnja postaje nepodnošljiva (19). Međutim treba zapamtiti da tretman simptoma nema uvek efekat skraćenja života i da olakšanje simptoma može i produžiti život (19). Stav o terminalnoj sedaciji izneo je, na pitanje lekara, još 1957. godine Papa Pio XII navodeći da je terminalna sedacija „dopuštena, ako ne postoje drugi načini i ako to u datim okolnostima ne sprečava ispunjavanje ostlih verskih i moralnih obaveza“ (21). Etička radna grupa Evropskog udruženja za palijativnu negu smatra palijativnu sedaciju u cilju kontrole simptoma opravdanom ako se koristi privremeno, ako se pacijent regularno prati i kada je klinički indikovano potpomognuto hidriran i hrani (22).

4.2. Palijativna sedacija i eutanazija

Jedno od najkontroverznijih bioetičkih pitanja u domenu palijativnog zbrinjavanja jeste pitanje 'terminalne' ili 'palijativne' sedacije. Zagovornici eutanazije često palijativnu sedaciju nazivaju „indirektnom eutanazijom“ (19) i smatraju je licemernim pokušajem bežanja od osećaja odgovornosti da je neko ubijen (23). Međutim, terminalna sedacija mora biti razlikovana od eutanazije. Eutanazija je nameran prekid života pacijenata, aktivnom intervencijom i na njegov zahtev. U palijativnoj sedaciji namera je da se olakša nepodnošljiva patnja a uspešan ishod je kontrola simptoma, dok je u eutanaziji namera da se pacijent ubije, a uspešan ishod je neposredna smrt (22). Skraćenje života pacijenta kroz terminalnu sedaciju je predvidiv ali neželjen i nenameravan efekat koji se opravdava principom dvostrukog efekta. Palijativna sedacija se razlikuje od eutanazije po nameri (koja je važna i pravno i moralno). U palijativnoj sedaciji namera je olakšanje patnje, a ne smrt jer smrt nije neophodna da bi se olakšanje patnje postiglo (18). Nameru u palijativnoj sedaciji ilustruju ciljevi titracije lekova: lekovi se daju u cilju olakšanja bola ili distresa ako se titriraju do specifične krajnje tačke (prestanak grimasiranja ili jaukanja pacijenta), suprotno, davanje visokih doza bez titracije i observacije, efekta ubrzava smrt (17, 20). Etička radna grupa Evropskog udruženja za palijativnu negu zastupa da je bolje pokušati da se zahtevi za eutanazijom preveniraju kroz bolji tretman „totalnog bola“ nego ponuditi eutanaziju kao jedino rešenje (19, 22).

ZAKLJUČAK

Pitanje ljudskog prava na dostojanstvo u trpljenju i umiranju više je praktično nego teoretsko pitanje. Može se očekivati da će se svako društvo sa naprednom, tehnološki razvijenom medicinom suočiti sa tim pitanjem i zapčeti raspravu o tome. Praktično pitanje zahteva praktičan odgovor, a jedan od mogućih, u skladu sa ljudskim pravom na dostojanstvo u umiranju je i onaj koga zastupa palijativno zbrinjavanje.

LITERATURA – REFERENCE

- Cicak M. Aspekti dobre smrti. Ljetopis socijalnog rada. 2008; 15(1): 93-111.
- Dupuis HM. Euthanasia in the Netherlands: 25 years of experience. Legal medicine. 2003; 5 Suppl 1: S 60-4.
- Škrbina D, Šimunović D, Šantek V, Njegovan-Zvonarević T. Upotreba glazbe u palijativnoj skrbi. Acta Med Croatica. 2011; 65: 415-23.
- Giblin J.M. Beyond principles: Virtue ethics in hospice and palliative care. Am J Hosp Palliat med. 2002; 19(4):235-9.
- Brkljačić M. Bioetika i bioetički aspekti palijativne medicine. Medicina. 2008; 44(2): 146-51.
- Costello J. Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital. J Adv Nurs. 2006; 54(5): 594-601.
- Smith AK, Goy RE, Harvath AT, Ganzini L. Quality of death and dying in patients who request physician-assisted death. J Palliat Med. 2011; 14: 445-50.
- Jušić A. Eutanazija. Rev Soc Polit. 2002; (3-4): 301-9.
- Milićević N, Kovčín V, Babić M. Palijativno zbrinjavanje osoba obolelih od malignih bolesti. Srp Arh Celok Lek. 2001; 129(1-2): 22-8.
- Jušić A. Palijativna medicina-palijativna skrb. Medicus. 2001; 10(2): 247-52.
- Hermsen AM, ten Have H. Practical ethics of palliative care. Am J Hosp Palliat Med. 2003; 20(2): 97-8.
- Milićević N. The hospice movement: History and current worldwide situation. Archive of Oncology. 2002; 10(1): 29-32.
- Claessens P, Genbrugge E, Vannuffelen R, Broekaert B, Schotsmans P, Menten J. Palliative sedation and nursing: the place of palliative sedation within palliative nursing care. J Hosp Palliat Nurs. 2007; 9(2): 100-6.
- Muller Buch C, Andres I, Jehser T. Sedation i paliative sare-a critical analysis of 7 yeare experience. BMC Palliative care [serial on the internet]. 2003 May [cited 2014 Jun 09]; 2(2): [about 14 page]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/2/2>.
- Slade D, de Kock I, Fainsinger R. Death with dignity: Sedation for intractable symptoms in the home. Home Health Care Consultant. 2002; 9(1):10-6.
- Cowan JD, Walsh D. Terminal sedation in palliative medicine-definition and review of the literature. Support care Cancer. 2001; 9:403-7.
- Cowan JD, Palmer TW. Practical guide to palliative sedation. Curr Oncol Rep. 2002; 4(3):242-9.
- Cohen L, Ganzini L, Mitchell C, Arons S, Goy E, Cleary J. Accusations of Murder and Euthanasia in End-of-Life Care. J Palliat Med. 2005; 8(6): 1096- 104.
- Gordijn B, Janssens R. The prevention of euthanasia through palliative care: New developments in The Netherlands. Patient Educ Couns. 2000; 41: 35-46.
- Hallenbeck JL. Terminal sedation: Ethical implication in diferent situation. J Palliat Med. 2000; 3(3):313-20.
- Pozaić V. Palijativna skrb i ljudsko dostojanstvo bolesnika. Glas Pul Boln. 2009; 5(2): 121-3.
- Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw D, Førde R, Boeck Gravgaard AM, Muller-Busch C.H, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. Palliat Med. 2003; 17: 97-101.
- Verpoort C, Gastmans C, de Casterle DB. Palliative care nurses' views on euthanasia. J Adv Nurs. 2004;47(6): 592-600