

66 „Komfort při umírání“ – víme o čem mluvíme?

Drdová M., Čížková L., Petráková L.

ÚOP na Pleši, onkologické oddělení

Komfort, v dnešní době často používané slovo, ke kterému můžeme přiřadit různé přívlastky. Komfortní bydlení, komfortní zaměstnání, komfortní auto... atd. Ve slovníku najdeme rovnítko ke slovu komfort = přepych. Nemyslím však, že cokoli co se týká umírání můžeme nazvat přepychem (pohodlím).

To, že je klient (pacient) udržován v čistotě, suchu a jsou mu zajištěny jeho fyziologické potřeby považujeme samozřejmě za standardní. Že je mu věnována maximální možná péče lékařů a sester je také samozřejmostí. S rozvojem paliativní medicíny a především léčby bolesti dochází k výraznému posunu v možnostech zkvalitnění péče. Stále však nejde hovořit o komfortu.

Ke zkvalitnění péče o pacienta v terminální fázi života, mimo možnosti onkologické léčby zásadně přispívá vznik paliativních center. Takové centrum jehož garantem je ESMO (European Society for Medical Oncology) je v naší republice zatím jen jedno, a to VFN Karlovo náměstí + ÚOP na Pleši. Základní ideou paliativního centra je myšlenka kontinuity péče a tzv. „neopuštění“ pacienta. Jedná se o „nadstandardní“ sociální a psychickou podporu. Paliativní centrum by mělo mít vazbu na kontinuální péči v terénu (tj. na občanská sdružení, hospice, Liga proti rakovině, Cesta domů, Amélie...) Tuto vazbu by v nemocnicích měla zajišťovat především sociální pracovníce. Není v kompetenci a časových možnostech lékaře a běžné sestry tato sdružení kontaktovat. Je totiž velmi časově (a nejen) náročné pro tyto klienty (pacienty) zajistit umístění. A často i spolupráce s rodinou je velmi náročná. Místo běžné sestry je u lůžka!!!!

Jednou z mnoha výhod paliativního centra je nepřetržitá možnost rodiny a klienta (pacienta) toto centrum kontaktovat (24 hodin denně, 7 dní v týdnu). Toto lze již tak trochu nazvat nadstandardní službou.

Rovněž hospicová péče přispívá ke zkvalitnění péče, zejména individuálnější přístupem ke klientovi (pacientovi) i rodině. Což jak víme v nemocnicích není v možnostech personálu. Vzhledem k tomu, že jak všichni víme nejedna nemocnice trpí výrazným nedostatkem sester. V péči o umírající (a nejen) je velmi důležitý lidský zájem, osobní zodpovědnost, empatie a korektnost, a také v neposlední řadě profesionalita. Není možné, abychom terminální a umírající „odstavili“ na druhou kolej, protože je již neuzdravíme. Naším cílem je dát těmto lidem možnost kvalitního života a možnost důstojného umírání. Neboť i umírající má svá práva. V naší republice byla v roce 1999 přijata parlamentem doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 tzv. „Charta práv umírajícího“ z které bych ráda citovala.

„Prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení“.

„Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života“.

„Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání“.

„Výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou zodpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu z jeho lidskou důstojností“.

„Nemocná nebo umírající osoba má právo na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a přitom aby bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován“.

„Pacient má rovněž právo, aby nezemřel osamocen, má právo zemřít v klidu a důstojně a má právo očekávat, že neporušitelnost lidského těla bude respektována i po jeho smrti“.

Jak sami všichni dobře víme v praxi je péče o terminálního a umírajícího pacienta velmi psychicky náročná. Je třeba se chovat empaticky a nadmíru profesionálně. I kontakt s příbuznými musíme považovat za péči o umírající. Příbuzní hledají často u zdravotnického personálu nejen profesní pomoc, ale také slova útěchy a podpory.

V dnešní době se snažíme o to, aby měl umírající soukromí, možnost duchovní péče (kněz, psycholog) a zároveň, aby měl možnost kontaktu s rodinou. Jelikož ne vždy je v možnostech rodiny se o takto nemocného starat v domácím prostředí, ať už z finančních či psychických důvodů.

A na závěr jedna kazuistika:

Pacient: C. M.

Věk: 66 let

Dg.: C 34 T3N2M0 meta ad CNS

Tento pacient byl dlouhodobě léčen v našem ústavu chemoterapeutickou léčbou. Poté byl přijat k paliativnímu ozáření CNS. Vzhledem k pokročilému stádiu onemocnění došlo ke zhoršení klinického stavu natolik, že bylo přistoupeno k symptomatické léčbě. Pro velké bolesti terapie zaměřena na léčbu bolesti, která byla úspěšná. Na žádost pacienta i rodiny byla pacientovi umožněna stálá přítomnost manželky u lůžka, což evidentně přispívalo psychické pohodě pacienta.

Po 14 dnech pan C. M. umírá v klidu ve spánku v kruhu svých nejbližších. Snad jen to lze nazvat „komfortem“ při umírání.

Medicína by měla být rozvážná a zdrženlivá. Zápas s chorobou by měla vyvažovat vědomím, že její úlohou není učinit tělo nesmrtelným, ale pomoci prožít omezený počet let co nejdravěji !!!!!

Použitá literatura: Hnutí pro život, Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999, Cesta domů, www.umírání