



■ SZTUCZNE ŻYWIENIE OSÓB CIERPIĄCYCH NA ZABURZENIA OTĘPIENNE JAKO SKŁADOWA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ – WYBRANE ZAGADNIENIA ETYCZNE

ARTIFICIAL NUTRITION OF PEOPLE WITH DEMENTIA DISORDERS AS A CONTRIBUTION TO NURSING CARE – SELECTED ETHICAL ISSUES

Patrycja Zofia Zurzycka, Katarzyna Czyżowicz, Grażyna Puto

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.28>

STRESZCZENIE

W związku ze starzeniem się społeczeństw i wzrastającą liczbą osób cierpiących na zaburzenia otępienne personel medyczny coraz częściej stawać będzie w obliczu konieczności rozwiązywania dylematów związanych z prowadzeniem wspomaganego i sztucznego żywienia wśród tej grupy pacjentów. Decyzje o wszczęciu sztucznego żywienia i nawadniania powinny być podejmowane przez zespół terapeutyczny i rodzinę pacjenta przy uwzględnieniu jego wcześniejszych życzeń czy preferencji oraz dokonaniu uważnego bilansu potencjalnych korzyści, jak i niedogodności czy szkód związanych z rozważaną terapią. W przypadku wdrożenia interwencji żywieniowych konieczna jest regularna ocena efektów prowadzonych działań.

Celem pracy jest przedstawienie wybranych zagadnień etycznych związanych z prowadzeniem sztucznego żywienia osób cierpiących na zaburzenia otępienne.

SŁOWA KLUCZOWE: sztuczne żywienie, otępienie, opieka pielęgniarska, opieka medyczna.

ABSTRACT

In connection with the aging of societies and the increasing number of people suffering from dementia disorders, the medical staff will increasingly face the need of solving dilemmas related to assisted and artificial feeding among this group of patients. Decisions on the initiation of artificial nutrition and hydration should be made by the therapeutic team and the patient's family taking into account the patient's previous wishes or preferences, making a well-detailed list of potential benefits as well as the inconvenience or harm associated with the therapy being considered. In the case of implementing nutritional interventions, it is necessary to evaluate regularly the effects of the activities carried out. The work is aimed at presenting selected ethical issues related to artificial feeding of people suffering from dementia.

KEYWORDS: artificial nutrition, dementia, nursing care, medical care.

Wstęp

W związku ze starzeniem się społeczeństw i wzrastającą liczbą osób cierpiących na zaburzenia otępienne personel medyczny coraz częściej stawać będzie w obliczu konieczności rozwiązywania dylematów związanych z prowadzeniem wspomaganego i sztucznego żywienia wśród tej grupy pacjentów. Wynika to z faktu, iż jednym z naturalnych etapów postępującej demencji jest pojawienie się problemów z odżywianiem. Obejmują one wzrastające trudności w samodzielnym przygotowaniu i spożywaniu posiłków, wystąpić może także brak apetytu, a w zaawansowanym stadium choroby pojawiają się trudności w połykaniu uniemożliwiające przyjmowanie pożywienia drogą doustną. Zaburzenia te prowadzić mogą do pogorszenia funkcjonowania osoby starszej oraz jej niedożywienia [1, 2, 3]. Progresa problemów

z odżywianiem u pacjentów z zaawansowanymi zaburzeniami otępiennymi powoduje, że często konieczne jest podjęcie wobec nich decyzji dotyczących prowadzenia wspomaganego żywienia lub wdrożenia sztucznego odżywiania i nawadniania (ANH – ang. artificial nutrition and hydration). Interwencje te mogą być prowadzone poprzez podaż składników odżywczych i płynów bezpośrednio do układu pokarmowego (żywienie dojelitowe) lub jako żywienie pozajelitowe w formie dożylniej, a także w przypadkach lekkiego i średniego odwodnienia, w postaci wlewnych podskórnych [4, 5, 6, 7].

Podjęcie decyzji o rodzaju i sposobie wsparcia żywieniowego osoby z zaawansowanym otępieniem może stanowić trudny i złożony problem zarówno kliniczny, etyczny, jak i emocjonalny dla wszystkich osób zaangażowanych w opiekę – rodzin, osób bliskich pa-

cientom, a także pracowników opieki medycznej [1, 8, 9, 10, 11]. Proces podejmowania decyzji wymaga połączenia wiedzy dotyczącej stanu klinicznego oraz właściwego w danej sytuacji postępowania terapeutycznego i pielęgniarstwa z preferencjami pacjentów i ich bliskich. Istotne jest także uwzględnienie uwarunkowań prawnych, etycznych, kulturowych, społecznych, religijnych i ekonomicznych oraz organizacyjnych świadczonej opieki [1, 6, 7, 8, 12]. W procesie podejmowania decyzji, w zależności od nasilenia zaburzeń otępiennych, należy się opierać na autonomii decyzyjnej pacjenta (w łagodnych zaburzeniach) lub wyrażanej pro futuro (w przypadku pacjentów z zaawansowaną demencją). W przypadkach, gdy posiłkowanie się decyzjami pacjenta jest niemożliwe, należy polegać na opinii osób bliskich choremu, które podejmują decyzję w jego imieniu, w najlepiej pojętym interesie i z nawiązaniem do istotnych dla niego wartości [13]. Znaczącym wsparciem w podejmowaniu decyzji o wszczęciu, prowadzeniu lub zaprzestaniu sztucznego i wspomaganego żywienia mogą być także zalecenia i rekomendacje organizacji zajmujących się problematyką żywienia i opieki nad osobami z chorobami otępiennymi [2, 3, 14, 15].

Celem pracy jest przedstawienie wybranych zagadnień etycznych związanych z prowadzeniem sztucznego żywienia osób cierpiących na zaburzenia otępienne.

Podejmowanie decyzji dotyczących sztucznego żywienia osób cierpiących na zaburzenia otępienne

Celem prowadzenia wspomaganego i sztucznego żywienia u chorych cierpiących na zaburzenia otępienne jest poprawa ich stanu klinicznego, a także zapewnienie komfortu i przedłużenie życia [8, 16, 17, 18, 19]. Niestety, cele te nie zawsze są możliwe do osiągnięcia, pomimo zapewnienia wspomaganego odżywiania doustnego lub żywienia sztucznego przez zgębnik czy przezskórną gastrostomię endoskopową (PEG) [3, 7, 8, 15, 16, 17, 18]. Dlatego też decyzje o wdrożeniu, prowadzeniu lub wstrzymaniu takich procedur wymagają starannego rozważenia potencjalnych korzyści i szkód wynikających z ich stosowania [1, 2] oraz uzyskania na nie właściwej zgody [6, 20]. Według wytycznych The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) zaleca się, aby każda decyzja dotycząca sztucznego żywienia i nawadniania była podejmowana indywidualnie w odniesieniu do konkretnego pacjenta, jego preferencji i rokowań. Sztuczne odżywianie i nawadnianie stanowi formę leczenia (często wymagającą zastosowania procedury inwazyjnej), dlatego też podejmowanie decyzji w sprawie jej rozpoczęcia, prowadzenia i zakończenia musi być oparte na wskazaniach medycznych. Należy rozważyć zastosowanie tej terapii, jeżeli odpowiada ona

celom terapeutycznym – przedłuży życie, nie powoduje cierpienia i dyskomfortu, a potencjalne korzyści przewyższają ryzyko i niedogodności. Kluczowym elementem, który należy brać pod uwagę jest poszanowanie autonomii pacjenta, czego wyrazem jest sformułowanie przez niego świadomej zgody (lub wyrażenie sprzeciwu) na wdrożenie proponowanego mu postępowania terapeutycznego. Pacjenci, którzy znajdują się w zaawansowanych stadiach demencji, nie wykazują zdolności decyzyjnych i nie mogą wydać świadomej zgody na proponowane im działania. W takich sytuacjach decyzje powinny być podejmowane w oparciu o wcześniejsze preferencje pacjenta lub w oparciu o opinię wyznaczonych pełnomocników (najczęściej osób bliskich). Ważne, by pacjentom we wczesnych etapach choroby zapewnić możliwość stworzenia wytycznych postępowania w przypadku rozwoju zaburzeń (decyzje pro futuro, ustanowienie pełnomocnika medycznego). Natomiast osoby, które będą podejmować decyzję w imieniu niekompetentnego pacjenta, powinny mieć zapewnione wsparcie informacyjne w zakresie zasad opieki paliatywnej oraz możliwość zasięgnięcia opinii etycznej [14].

Wszelkie działania podejmowane wobec osób starszych cierpiących na zaburzenia otępienne wymagają udzielenia świadomej zgody *pacjenta lub zgody upoważnionego opiekuna przed ich rozpoczęciem. Podobnie jak w przypadku innych interwencji medycznych, pacjent i jego upoważniony przedstawiciel powinni być informowani o charakterze, znaczeniu i zakresie działania, w tym potencjalnych komplikacjach i zagrożeniach sztucznego odżywiania i nawadniania. Udzielane informacje powinny obejmować także opcje alternatywnych metod postępowania, oczekiwanych efektów podjętej terapii, jak i konsekwencji odstąpienia od jej podjęcia* [6, 14, 20]. Jednakże występujące u pacjentów z zaawansowanym otępieniem zaburzenia w zakresie samostanowienia i komunikowania się, brak lub nieprecyzyjne zalecenia wyrażone pro futuro, a także niepewność bliskich, co do właściwego w danej sytuacji postępowania niejednokrotnie utrudniają dokonanie jednoznacznego rozstrzygnięcia [12]. Podejmowanie decyzji dotyczących wspomaganego odżywiania osób, które nie są zdolne do wydania autonomicznej zgody na proponowane działania, jest procesem dynamicznym i złożonym obejmującym wiele etapów. Skupia się on wokół kilku najistotniejszych aspektów: celu leczenia, prognozowanych korzyściach, ryzyku i obciążeń, funkcjonujących unormowań etycznych i prawnych, a także opinii wszystkich osób biorących udział w opiece nad pacjentem (lub opinii samego pacjenta wyrażonej pro futuro). Jednym z istotniejszych elementów są dyskusje z udziałem krewnych pacjenta i wszystkich członków

zespołu terapeutycznego zaangażowanych w opiekę nad chorym. Pod uwagę brany powinien być także szerszy aspekt – przewidywana długość życia i jego jakość, poszanowanie godności, nieprzedłużanie cierpienia, zapewnienie komfortu, łagodzenie bólu. A w przypadku pacjentów w mniej zaawansowanych stadiach choroby także przyjemność płynąca ze spożywania posiłków a oraz związane z nią kontakty społeczne i towarzyskie [4, 7, 20, 21].

Wszelkie decyzje o wdrażaniu sztucznego odżywiania u chorych z zaawansowaną demencją nie powinny być podejmowane rutynowo, lecz rozpatrywane z perspektywy indywidualnego pacjenta. Konieczne jest uwzględnianie jego życzeń, preferencji czy systemu wartości, ale także sytuacji klinicznej i możliwych do podjęcia interwencji wraz z określeniem ich celu, szans powodzenia, korzyści i związanego z nimi ryzyka [22]. W przypadku wdrożenia interwencji żywieniowych konieczna jest regularna ocena efektów prowadzonych działań. Jeżeli stwierdzony zostanie ich brak lub niewystarczający poziom, procedurę można przerwać ze względu na nieosiągnięcie korzystnego skutku [1, 6, 14].

Wskazania do podjęcia interwencji żywieniowej u pacjentów cierpiących na zaburzenia otępienne

We wczesnych stadiach otępienia osoby chore mogą mieć problemy z zakupami, przechowywaniem i przygotowaniem potraw, a także mogą zapominać, czy spożywali posiłek, zmianie ulegać mogą także nawyki żywieniowe. W miarę postępu choroby pacjenci tracą umiejętność samodzielnego spożywania posiłków. Wraz z rozwojem choroby u większości osób pojawia się dysfagia, która zwiększa ryzyko aspiracji prowadzące do wystąpienia zapalenia płuc. Dodatkowo pojawiający się u chorych niepokój i nadaktywność mogą zwiększyć zapotrzebowanie na energię, zaś stosowana farmakoterapia może zmniejszać apetyt i wpływać na pogorszenie stanu odżywienia. Oprócz wymienionych problemów związanych z odżywianiem chorych z demencją należy brać także pod uwagę zaburzenia związane z wiekiem, które również prowadzić mogą do niedożywienia (brak apetytu i odczuwania pragnienia, problemy z żuciem, obniżony nastrój, obniżona sprawność fizyczna i manualna konieczna do przygotowywania posiłków). Wszystkie wymienione nieprawidłowości sprawiają, że utratę masy ciała uznać można za kliniczną cechę postępującej demencji [2, 3, 14, 15].

Według wytycznych korzystne jest czasowe stosowanie wspomaganie żywienia dojelitowego u pacjentów z łagodnym lub umiarkowanym otępieniem, jeśli niedożywienie jest spowodowane przez odwracalne przyczyny (np. wtórne choroby towarzyszące, takie jak de-

presja, zakażenie, czasowo stosowana przez personel medyczny sedacja, ból lub zmiany patologiczne w obrębie jamy ustnej utrudniające przyjmowanie pokarmów). Pozwala to na przezwyciężenie sytuacji kryzysowych w przypadkach, gdy samodzielne spożywanie posiłków nie zapewnia choremu należytego stanu odżywienia [2, 14, 20]. U pacjentów we wczesnej, łagodnej lub umiarkowanej demencji w razie pogorszenia się stanu zdrowia (np. odwodnienie, dysfagia spowodowana udarem, choroba zakaźna) należy rozpocząć karmienie przez zgłębnik, jeżeli karmienie doustne nie zaspakaja potrzeb żywieniowych [14, 20]. Natomiast nie zaleca się stosowania sztucznego odżywiania dojelitowego w schyłkowej fazie demencji. Jednakże decyzje powinny być podejmowane wobec każdego pacjenta indywidualnie z uwzględnieniem rokowania i preferencji chorego [10, 11, 14, 15].

Postuluje się, aby żywienie pozajelitowe było alternatywą stosowaną jedynie w uzasadnionych przypadkach, gdy żywienie dojelitowe jest przeciwwskazane lub źle tolerowane, a także wtedy, gdy żywienie pozajelitowe jest jedną dostępną opcją terapeutyczną pomocną w przezwyciężeniu czasowego kryzysu. W każdym przypadku wymagane jest dokonanie rozważnej oceny wskazań medycznych, preferencji pacjenta (i jego przedstawicieli), jak również potencjalnych korzyści i zagrożeń wynikających z podjęcia tego typu interwencji [14, 15]. Pozajelitowa podaż płynów zalecana jest w sytuacjach, w których występują trudności związane z niedostatecznym dojelitowym spożyciem płynów. Nawadnianie prowadzone tą drogą powinno być ograniczone do sytuacji, w których doustna podaż płynów nie pozwala na utrzymanie właściwego stanu nawodnienia (np. w stanach gorączkowych, wystąpieniu biegunki, dysfagii czy zaburzeń w odczuwaniu pragnienia) [14, 15]. Sztuczne odżywianie i nawadnianie (zarówno dojelitowe, jak i pozajelitowe) prowadzone u pacjentów cierpiących na zaburzenia otępienne w schyłkowej fazie życia wiąże się z niepewnymi korzyściami tej procedury i znacznym ryzykiem. Nie zaleca się prowadzenia (a także rozpoczęcia) terapii żywieniowej, jeżeli wiąże się to z dodatkowymi obciążeniami lub ryzykiem powikłań u umierającego pacjenta [14, 15].

Wspomaganie żywienia u osób z zaburzeniami otępiennymi

Aktywności podejmowane przez personel medyczny i opiekuńczy w związku z prowadzeniem sztucznego żywienia (pomimo, że ich stosowaniu często towarzyszy wykorzystanie sprzętu medycznego, np. zgłębników czy procedur inwazyjnych, choćby gastrostomii odżywczych) często rozumiane są jako symboliczne

i utożsamiane ze sprawowaniem elementarnej opieki obejmującej zapewnienie potrzeb biologicznych i komfortu. W początkowych etapach choroby otępiennej podejmowane interwencje obejmują pomoc w spożywaniu posiłków i zapewnienie bezpieczeństwa, zmianę konsystencji pokarmów, modyfikację sposobu karmienia. Ponadto zalecane jest także podawanie pokarmów, które pacjent lubi, a jeżeli są wskazania należy rozważyć zmianę składu posiłków i zwiększanie ich kaloryczności. W miarę pogarszania się stanu pacjenta, wraz z wystąpieniem problemów z połykaniem stosowane działania obejmują również prowadzenie sztucznego żywienia i nawadniania (najczęściej przez zgłębnik, PEG lub dożylnie) [9, 23, 24]. Zastosowanie PEG w żywieniu osób z zaawansowaną demencją wydaje się być adekwatną odpowiedzią na ich problemy żywieniowe. Do celów żywienia osób w zaawansowanym otępieniu należą: poprawa stanu czynnościowego, zapobieganie stanom niedożywienia i ich następstwom, zapobieganie zachłyśnięciom, poprawa komfortu, zmniejszenie ryzyka wystąpienia odleżyn i zakażeń. Jednakże na podstawie dostępnych badań przeglądowych można stwierdzić, że cele żywienia często nie są osiągane, dlatego też zaleca się krytyczną ocenę zasadności stosowania PEG u osób z zaawansowanym otępieniem [25]. Brak jest np. jednoznacznych dowodów na to, że stosowanie tej procedury w późnym stadium demencji zapobiega aspiracji, powstaniu niedożywienia i odleżyn. Nie wpływa ono także na poprawę stanu funkcjonalnego i jakości życia osób nią objętych [21, 26]. Zasadność stosowania procedury PEG u chorych z otępieniem wzbudza liczne kontrowersje, a według wytycznych ESPEN nie jest zalecane stosowanie PEG u pacjentów w zaawansowanym stadium otępienia. Procedura PEG może być jednak wskazana, jako czasowa terapia u chorych we wczesnych stadiach demencji, jeżeli niedożywienie jest spowodowane przez odwracalne czynniki [10, 11, 14, 15].

Uwzględnić należy, że niejednokrotnie rodziny osób chorujących na zaburzenia otępienne, poddawanych wspomaganemu i sztucznemu odżywianiu utożsamiają stosowanie niektórych środków (zgłębnik, PEG) z zaawansowaną technologią, a tym samym z zapewnianiem opieki lepszej jakości w porównaniu do karmienia doustnego [18]. Wobec pacjentów z demencją korzystniejsze niż karmienie przez zgłębnik lub PEG wydaje się jednak karmienie doustne (CHF – ang. careful hand feeding) prowadzone adekwatnie do ich potrzeb i możliwości oraz z uwzględnieniem ich preferencji czy upodobań [8, 14, 27]. Zaletą tej formy wspomaganego odżywiania jest także umożliwienie pacjentowi czerpania satysfakcji płynącej ze spożywania posiłków, a także unikanie stosowania przymusu, które często towarzyszy umieszczeniu zgłębnika czy PEG. Jednakże

postępowanie to wymaga umiejętności, zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa oraz czasu i cierpliwości, które ze względu na organizację opieki instytucjonalnej nie zawsze mogą zostać zapewnione w wystarczającym zakresie [14, 24, 27].

Wyniki licznych badań klinicznych nie potwierdzają jednoznacznie skuteczności ANH u pacjentów z zaawansowanym otępieniem i ostrzegają o jego potencjalnych negatywnych konsekwencjach [1, 12, 20, 28]. Istnieją dowody wskazujące na zagrożenia związane z prowadzeniem tej terapii – wysokie ryzyko powikłań w postaci bólu i infekcji, krwawienia, aspiracji, zachłyśtowego zapalenia płuc, nudności, biegunki, zaparc, zwiększonej ilości wydzieliny w drogach oddechowych, a także częstą konieczność unieruchamiania pacjentów [12, 16, 17, 18, 19, 23, 29, 30, 31]. Należy zwrócić uwagę na fakt, że ze względów etycznych nie prowadzi się prospektywnych badań oceniających potencjalne korzyści związane z stosowaniem sztucznego odżywiania i nawadniania pacjentów z ciężką demencją [14]. Publikowane wyniki wskazujące na brak skuteczności sztucznego karmienia w zaawansowanej demencji pochodzą z badań o charakterze retrospektywnym, które mogą nie uwzględniać wszystkich aspektów tego zagadnienia [22].

Sztuczne żywienie jako element opieki czy interwencja medyczna?

W związku z podejmowaniem decyzji dotyczących prowadzenia sztucznego żywienia i nawadniania pielęgniarki niejednokrotnie stykają się z licznymi dylematami. Odżywianie i nawadnianie tradycyjnie uznawane jest za jeden z podstawowych elementów sprawowania opieki pielęgniarskiej i często utożsamiane jest z humanitarną opieką, jednakże może ono być także interpretowane jako procedura medyczna, której prowadzenia (w określonych okolicznościach) można zaniechać lub zaprzestać [12, 28, 32].

Sztuczne żywienie jako element opieki

Sztuczne żywienie i nawadnianie najczęściej interpretowane jest jako element humanitarnej opieki, a także okazywanie troski i współczucia należącego każdemu człowiekowi bez względu na stan zdrowia, w jakim się znajduje oraz rokowania [33]. Żywienie często ma również silne znaczenie symboliczne dla wielu pacjentów, ich rodzin, a także przedstawicieli personelu medycznego – karmienie jest postrzegane jako podstawowa aktywność opiekuńcza, a zaprzestanie podawania żywności utożsamiane jest z zaniedbaniem i porzuceniem. Wspomagane odżywianie może być także utożsamiane ze składową podstawowej opieki, ze względu na to, iż jest to aktywność niezbędna dla każdego człowieka do jego biologiczne-

go przetrwania [12]. Dla pacjentów i ich rodzin żywienie i pojenie mogą mieć także istotne znaczenie wynikające z uwarunkowań osobistych, religijnych czy kulturowych. Osoby, które doświadczyły w swym życiu ograniczeń w dostępie do pożywienia, będą skłonne utożsamiać jakiegokolwiek ograniczenia w prowadzonej terapii żywieniowej (lub jej przerwaniu) z działaniem naruszającym godność pacjenta [16, 18, 34]. W argumentacji wskazującej na utożsamienie sztucznego żywienia i nawadniania z elementem podstawowej opieki można także odwołać się do następujących argumentów: zakończenie podaży płynów i pokarmów przyczynowo prowadzi do śmierci pacjenta, a ciężar prowadzenia tej terapii wydaje się być niewielki w stosunku do jej korzyści (przedłużenie życia). Ze względu na to pojenie i karmienie ma wymiar symboliczny i rozumiane jest jako podstawowy element świadczenia humanitarnej opieki, okazywanie troski i dbanie o komfort osoby chorej [16, 32, 34, 35].

Problem sztucznego żywienia osób u schyłku życia jest kwestią nacechowaną licznymi dylematami i emocjami niż inne rodzaje postępowania opiekuńczego i terapeutycznego. Spożywanie posiłków, dzielenie się nimi, karmienie osób niezdolnych do samodzielnego jedzenia praktykowane jest w niemal wszystkich społeczeństwach i kulturach. Zaprzeszczenie karmienia osób umierających budzi intuicyjny sprzeciw związany z symbolicznym wymiarem jedzenia. Dlatego też wiele rodzin pacjentów naciska na karmienie ich bliskich niezależnie od oceny skuteczności tego działania [21]. Rodziny pacjentów opierając się na założeniu, że żywienie i pojenie stanowi elementarną opiekę, często domagają się prowadzenia sztucznego żywienia, pomijając stan pacjenta, obiektywne wskazania medyczne i bilans korzyści oraz ryzyka i niedogodności związanych z prowadzeniem tej terapii [16, 21]. Ze względu na symboliczny wymiar żywienia wiele rodzin pacjentów nie podejmuje aktywnych kroków zmierzających do przerwania prowadzenia tej procedury, oczekując na naturalną śmierć swojego bliskiego. Nie utożsamiają oni sztucznego żywienia z terapią, której można w jakichkolwiek okolicznościach zaprzestać lub zaniechać w taki sam sposób jak innych procedur medycznych (np. reanimacji, dializoterapii, antybiotykoterapii) [36].

Sztuczne żywienie jako interwencja medyczna

Debata prowadzona nad sztucznym żywieniem i nawadnianiem budzi liczne kontrowersje. Zwolennicy stanowiska utożsamiającego sztuczne żywienie i nawadnianie z procedurą medyczną posiłkują się głównie argumentem opartym na twierdzeniu, iż nie ma istotnej różnicy pomiędzy sztucznym żywieniem, a innym działaniem zapewniającym podtrzymanie podstawowych funkcji życiowych – na przykład sztuczną wentylacją chorego.

Dlatego też tego typu żywienie może zostać zaniechane lub wstrzymane, tak jak każda inna procedura terapeutyczna [16]. Sztuczne odżywianie i nawadnianie jako interwencje medyczne wymagają odpowiednich wskazań, celu terapeutycznego, a także wyrażonej woli (zgody) właściwego pacjenta [6, 14]. Jeżeli więc sztuczne żywienie i nawadnianie nie powoduje poprawy stanu zdrowia pacjenta, nie są to działania z punktu widzenia etyki obowiązkowe. Zarówno pacjenci, jak i ich przedstawiciele, mogą zezwolić na wycofanie wszystkich form żywienia i nawadniania, zarówno podawanych doustnie, dojelitowo, jak i dożylnie, jeżeli decyzja podjęta została autonomicznie i spełniała kryteria zgody świadomej [14].

Podsumowanie

Dla każdego człowieka odżywianie i nawadnianie stanowi elementarną potrzebę warunkującą jego przetrwanie. Tak długo, jak dana osoba może jeść i pić, aby zaspokoić potrzeby żywieniowe (a także chce to robić), nie ma potrzeby podejmowania interwencji. Natomiast powinna ona zostać podjęta w sytuacjach, gdy pacjent nie może przyjmować pokarmów i płynów lub przyjmuje je w stopniu niewystarczającym do pokrycia jego potrzeb. Wraz ze wzrostem populacji osób starszych wzrasta również liczba osób chorujących na zaburzenia otępienne. Jednym z aspektów opieki pielęgniarstwa nad tą grupą chorych jest zaspokojenie ich potrzeb żywieniowych. Powoduje to konieczność rozwiązywania licznych dylematów związanych z charakterem i zasadnością podejmowanych interwencji żywieniowych.

Ze względu na indywidualne potrzeby pacjentów chorych na zaburzenia otępienne potrzebujących wsparcia w odżywianiu może ono przybrać różną formę w zależności od nasilenia zaburzeń. Wraz z postępem choroby konieczne jest dostosowywanie prowadzonych działań do potrzeb i stanu pacjenta. Progresywny charakter zaburzeń otępiennych powoduje, że u cierpiących na nie pacjentów pojawiają się problemy z odżywianiem prowadzące do niedostatecznej podaży składników odżywczych. W obliczu tych sytuacji rodziny pacjentów i personel medyczny stają przed dylematem związanym z podjęciem sztucznego odżywiania i nawadniania, rozumianych w tej sytuacji jako interwencje medyczne. Wobec chorych, u których rozważa się wprowadzenie sztucznego żywienia konieczne jest określenie celu podejmowanej interwencji i korzyści, jakie może ona przynieść dla chorego w obszarze jego funkcjonowania fizycznego, psychicznego czy jakości życia.

Brak jest jednoznacznych dowodów wskazujących na to, że karmienie sztuczne pacjentów cierpiących na demencję zmienia w sposób istotny ich funkcjonowanie lub zmniejsza ryzyko zachłyśnięcia się i związanych

z nim powikłań. Istotnym aspektem, jaki należy brać pod uwagę, jest także dyskomfort związany z założonym zgłębnikiem, PEG lub dostępem naczyniowym (a także konieczność ich okresowej wymiany) oraz mogącą wystąpić konieczność unieruchamiania pacjentów. Pomimo tego nadal u większości pacjentów cierpiących na zaburzenia otępienne prowadzone jest sztuczne żywienie, traktowane jest ono bowiem jako nieodłączny aspekt elementarnej opieki.

Reasumując, kwestia podejmowania, prowadzenia i zaprzestania sztucznego odżywiania w populacji osób cierpiących na zaburzenia otępienne zyskuje na znaczeniu ze względu na przewidywany w nadchodzących dziesięcioleciach wzrost częstości występowania demencji związanej ze starzeniem się społeczeństw.

Piśmiennictwo

1. Monod S, Chiolero R, Büla C, Benaroyo L. Ethical issues in nutrition support of severely disabled elderly persons: a guide for health professionals. *J Parenter Enteral Nutr.* 2011; 35(3): 295–302.
2. Alzheimer Europe, End-of-Life care for people with dementia. Ethical issues in practice. <http://www.alzheimer-europe.org/Ethics/Ethical-issues-in-practice/2008-End-of-Life-care-for-people-with-dementia/Our-position-and-guidelines-on-End-of-life-care> [data cytowania 19.12.2017].
3. Prince M, Albanese E, Guerchet M, Prina M. *Nutrition and Dementia: A Review of Available Research*; Alzheimer's Disease International: London, UK, 2014.
4. Clarke G, Galbraith S, Woodward J, Holland A, Barclay S. Eating and drinking interventions for people at risk of lacking decision-making capacity: who decides and how? *BMC Med Ethics.* 2015; 16: 41.
5. Monturo C. The artificial nutrition debate: still an issue... After all these years. *Nutr Clin Pract.* 2009; 24(2): 206–213.
6. Henry B. Evolving ethical and legal implications for feeding at the end of life. *Ann Palliat Med.* 2017; 6(1): 87–90.
7. Geppert C, Andrews M, Druyan M. Ethical issues in artificial nutrition and hydration: a review. *J Parenter Enteral Nutr.* 2010; 34(1): 79–88.
8. Luk J, Chan F, Hui E, Tse C. The feeding paradox in advanced dementia: a local perspective. *Hong Kong Med J.* 2017; 23(3): 306–310.
9. Mitchell S, Teno J, Kiely D, Shaffer M, Jones R, Prigerson H, Vollicer L, Givens J, Hamel M. The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med.* 2009; 361(16): 1529–1538.
10. Brooke J, Ojo O. Oral and enteral nutrition in dementia: an overview. *Br J Nurs.* 2015; 24(12): 624–628.
11. Brooke J, Ojo O. Enteral nutrition in dementia: a systematic review. *Nutrients.* 2015; 7(4): 2456–2468.
12. Bryon E, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. 'Because we see them naked' – nurses' experiences in caring for hospitalized patients with dementia: considering artificial nutrition or hydration (ANH). *Bioethics.* 2012; 26(6): 285–295.
13. Bell C, Somogyi-Zalud E, Masaki K, Fortaleza-Dawson T, Blanchette P. Factors Associated with Physician Decision-Making in Starting Tube Feeding. *J Palliat Med.* 2008; 11(6): 915–924.
14. Druml C, Ballmer P, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, Soeters P, Weimann A, Bischoff S. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr.* 2016; 35(3): 545–556.
15. Volkert D., Chourdakis M., Faxen-Irving G., Frühwald T., Landi F., Suominen M., Vandewoude M., Wirth R., Schneider S. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clin Nutr.* 2015; 34(6): 1052–1073.
16. Brody H, Hermer L, Scott L, Grumbles L, Kutac J, McCammon S. Artificial nutrition and hydration: the evolution of ethics, evidence, and policy. *J Gen Intern Med.* 2011; 26(9): 1053–1058.
17. Teno J, Mithcell S, Kuo S, Gozalo P, Rhoders L, Lima J, Mor V. Decision-Making and Outcomes of Feeding Tube Insertion: A Five-State Study. *J Am Geriatr Soc.* 2011; 59(5): 881–886.
18. Ying I. Artificial nutrition and hydration in advanced dementia. *Can Fam Physician.* 2015; 61(3): 245–248.
19. Lacatusu C, Cijevski-Prelipcean C, Mihai C, Mihai B. Ethics of artificial nutrition. *Rev Rom Bioet.* 2014; 12(1): 44–55.
20. Jones B. Ethics and artificial nutrition towards the end of life. *Clin Med.* 2010; 10(6): 607–610.
21. van de Vathorst S. Artificial nutrition at the end of life: Ethical issues. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2014; 28(2): 247–253.
22. Lynch M. Is tube feeding futile in advanced dementia? *Lina-cro Q.* 2016; 83(3): 283–307.
23. Hanson L, Ersek M, Gilliam R, Carey T. Oral Feeding Options for Patients with Dementia: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc.* 2011; 59(3): 463–472.
24. Harwood R. Feeding decisions in advanced dementia. *J R Coll Physicians Edinb.* 2014; 44(3): 232–237.
25. Wytyczne European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) dotyczące sztucznego żywienia dojelitowego – przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG) <http://www.polspen.pl/assets/files/wytyczne/Wytyczne%20ESPEN%20dotyczące%20PEG.pdf> [data cytowania: 29.01.2018].
26. Wojszel B. Niedożywienie i dylematy leczenia żywieniowego w geriatryi. *Postępy Nauk Medycznych.* 2011; 8: 649–657.
27. DiBartolo M. Careful hand feeding: a reasonable alternative to PEG tube placement in individuals with dementia. *J Gerontol Nurs.* 2006; 32(5): 25–33.
28. Bryon E, Gastmans C, Dierckx de Casterlé B. Decision-making about artificial feeding in end-of-life care: literature review. *J Adv Nurs.* 2008; 63(1): 2–14.
29. Garrow D, Pride P, Moran W, Zapka J, Amella E, Delegge M. Feeding Alternatives in Patients With Dementia: Examining the Evidence. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2007; 5(1): 1372–1378.
30. Murphy L, Lipman T. Percutaneous endoscopic gastrostomy does not prolong survival in patients with dementia. *Arch Intern Med.* 2003; 163: 1351–1353.
31. Gillick M. The Ethics of Artificial Nutrition and Hydration – a practical guide. *Pract Bioethics.* 2006; 2(2-3): 2–7.
32. Bryon E, Gastmans C, Dierckx de Casterlé B. Involvement of hospital nurses in care decisions related to administration of artificial nutrition or hydration (ANH) in patients with dementia: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2010; 47(9): 1105–1116.
33. Tsai E. Withholding and withdrawing artificial nutrition and hydration. *Paediatr Child Health.* 2011; 16(4): 241–242.
34. Clarke G, Harrison K, Holland A, Kuhn I, Barclay S. How are treatment decisions made about artificial nutrition for indi-

viduals at risk of lacking capacity? A Systematic Literature Review. PLoS One. 2013; 8(4): e61475.

35. Van der Riet P, Good P, Higgins I, Sneesby L. Palliative care professionals' perceptions of nutrition and hydration at the end of life. Int J Palliat Nurs. 2008; 14(3): 145–151.
36. Kitzinger C, Kitzinger J. Withdrawing artificial nutrition and hydration from minimally conscious and vegetative patients: family perspectives. J Med Ethics. 2015; 41(2): 157–160.

Artykuł przyjęty do redakcji: 14.10.2018

Artykuł przyjęty do publikacji: 26.11.2018

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Patrycja Zurzycka

ul. Kopernika 25

31-501 Kraków

tel.: 12 421 41 60

e-mail: patrycja.zurzycka@uj.edu.pl

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum