

Człowiek zmierzający do kresu życia – okresy stanu terminalnego

Członkowie hospicjum obejmują swoją opieką osoby zmierzające do kresu życia, a także ich rodziny. Na początku tego artykułu postaram się przedstawić jak w literaturze opieki paliatywnej pojmowany jest człowiek zmierzający do kresu życia. Następnie opiszę jakie etapy występują podczas umierania.

Osobę, której lekarze nie dają szans na wyzdrowienie ani na znaczne przedłużenie życia, określa się jako „terminalnie chorą”, będącą w „stanie terminalnym” lub w „terminalnym okresie choroby”. Nazwa stanu terminalnego wzięła się od słowa „terminus”, które oznacza granicę, kres. Choroba jest nieodwracalna, powoduje wiele dolegliwości i ograniczając sprawność fizyczną, ruchową uniemożliwia zwykłą codzienną aktywność. Dni chorego są policzone, szacuje się je w tygodniach lub w miesiącach. Osoby z chorobą nowotworową stanowią aż 90% chorych terminalnie. Pozostały procent stanowią ludzie cierpiący na AIDS, gościec, przewlekłe zapalenia trzustki, niepoddająca się leczeniu niewydolnością krążenia, oddychania, nerek i na inne postępujące choroby degeneracyjne, niedokrwienne, przebiegające ze znacznym nasileniem trudnych do opanowania objawów, szybkim postępem i zniedołężnieniem.

Występują trzy okresy stanu terminalnego: pierwszy okres – przedterminalny, drugi – właściwy okres terminalny, trzeci – okres umierania (agonii).

W okresie przedterminalnym osoba znajduje się w dość dobrym stanie zdrowia, mimo że ustała już możliwość leczenia przyczynowego. Etap ten może trwać do kilku lat dzięki poddawaniu się radioterapii, chemioterapii lub zabiegom chirurgicznym, które to ograniczają przyczynę dolegliwości.

Właściwy okres terminalny trwa kilka tygodni (od 4 do 6), następuje wyraźne, nieodwracalne pogorszenie stanu ogólnego, nasilają się dolegliwości fizyczne. Chory staje się zależny od otoczenia, wiele czasu spędza w samotności. Jest to niezwykle trudna sytuacja, w której człowiek uruchamia mechanizmy obronne i nadzieję. Mimo to może dojść do załamania psychicznego, prowadzącego do utraty chęci i woli życia. Istnieje możliwość rozwoju zespołu psychoterminalnego, charakteryzującego się nadmierną koncentracją na własnym zdrowiu i zmniejszeniem zainteresowań. Chory podświadomie dokonuje bilansu życia wspominając przeszłość, a także często myśli o śmierci i umieraniu. Występuje zmienność nastroju, pojawia się poczucie winy.

Ostatnia, trzecia faza, będąca okresem umierania (agonii) obejmuje kilka ostatnich dni lub godzin życia. Charakterystyczne jest osłabienie fizyczne, odmowa przyjmowania pokarmów, pogorszenie pamięci, uwagi, sprawności myślenia, zmniejsza się ruchliwość chorego. Osoba coraz wyraźniej uświadamia sobie fakt śmierci, jest małomówna, obojętnieje uczuciowo, zmniejsza się jej zainteresowanie otoczeniem.

Bardziej szczegółowo ten ostatni okres przedstawił Stefan Raszaja. Wyodrębnia w procesie umierania kilka etapów. Pierwszy określa jako życie zredukowane (*vita reducta*), kiedy to narasta niewydolność ośrodkowego układu nerwowego, układu krążenia i układu oddechowego, po czym następuje dysregulacja czynności organizmu i spadek przejawów życia (*vita minima*). Stan ten przechodzi w *animatio suspensa* – śmierć pozorną, która stanowi przedłużenie życia minimalnego z dalszym wygasaniem funkcji organizmu. Ten okres wyczerpania naturalnych sił organizmu, umożliwiających przywrócenie homeostazy, nosi nazwę agonii. Raszaja określa agonię jako ustąpienie objawów życia, przedśmiertną euforię, senność połączoną z zaburzeniami świadomości i majaczeniem. Śmierć pozorną przechodzi następnie w śmierć kliniczną (*mors clinica*), charakteryzującą się brakiem oznak życia: utratą przytomności, brakiem oddechu, brakiem krążenia. Po okresie śmierci klinicznej dochodzi do nieodwracalnego zniszczenia mózgu jako całości, czyli śmierci osobniczej. Wraz z wygaśnięciem wszystkich życiowych czynności tkanek i komórek następuje śmierć biologiczna (molekularna, absolutna, rzeczywista).

Zetknięcie się z osobą zmierzającą do kresu życia jest niewątpliwie bardzo bolesnym i głębokim przeżyciem. Doświadczenie nieuleczalnej choroby, w sposób bezpośredni lub pośredni, niesie ze sobą wiele cierpienia, budzi lęk, niekiedy podważa poczucie sensu życia. Każdy człowiek jest inny, niepowtarzalny, w rzeczywistość śmierci wkracza sam w tylko dla siebie właściwy sposób. My jako świadkowie możemy zmniejszyć jego poczucie osamotnienia, towarzysząc możemy dać mu miłość, która potrafi pokonać lęk. Miłość, która przewyższa śmierć.

Literatura:

- Bartoszek A.: *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*, Katowice 2000
- Górecki M.: *Hospicjum w służbie umierającym*, Warszawa 2000
- Hebanowski M., Walden-Gałuszko de K., Żylicz Z. (red): *Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1998
- Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych Hospicjum im Matki Teresy w Zabrze: *Holistyczna opieka paliatywna w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej*, Wyd. Zabrzeński Informator Samorządowy, Zabrze 2000
- Walden-Gałuszko de K., Majkovicz M.: *Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych*, Gdańsk 2001
- Walden-Gałuszko de K.: *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotematologii*, Uniwersytet Gdański, Gdańsk 1992