

BOLESNIK NA KRAJU ŽIVOTA

Dostojanstvo nekog društava može se mjeriti time kako ono postupa sa svojim najranjivijim članovima, a takvi su umirući. Umirućem treba pristupiti kao osobi, a ne samo kao objektu medicinske intervencije

Današnja tema je nešto od čega svi zaziremo. Smrt je tabu tema, o njoj se ne govori niti o njoj želimo slušati. Međutim, umiranje je normalni krajnji dio života. Sve što se rodi mora i umrijeti. Smrt i žalovanje za umrlim su normalna pojava, a ne bolest. Ako ove činjenice shvatimo i prihvatimo, bolje ćemo razumjeti i cijeniti život, i svoj i tuđi.

Terminalna faza bolesti je vrijeme kada specifično liječenje više ne donosi rezultata i kada ga treba prekinuti te kada treba nastaviti sa simptomatskim liječenjem. Ono što bolesnici teško prihvaćaju jest činjenica da lijeka za njihovu bolest više nema.

Za bolesnike na kraju života često se rabi naziv „terminalni bolesnik“, ali on često nije opravdan. Taj naziv uključuje gašenje svake nade. Ali nada uvijek postoji, pa se i u najtežim stanjima nešto može učiniti. Iskustvo pokazuje da se uz odgovarajuću njegu i vrlo teški bolesnici mogu privremeno oporaviti, što može trajati danima, tjednima pa i koji mjesec. Zbog toga je prognoza u medicini najnesigurnije područje jer je bolesnik biološki sustav s mnogo nepoznanica. One mogu početi djelovati i prouzročiti učinak s kojim u prognozi nismo računali.

Skrb za umirućeg treba teći u četiri smjera imajući pred očima cijelu osobu u stanju krize. Svaki simptom u toj fazi života, a u prvom redu bol, ima četiri osnovne sastavnice: biološku ili fizičku, psihičko-emocionalnu, duhovnu i društvenu. Treba imati na umu neka općenita pravila. U kroničnim stanjima koja idu kraju nije opravdano dopustiti polaganu smrt. Treba izbjeći „ordiniranje polagane smrti“. Medicinsko umijeće mora odlučiti kad je podupiranje života postalo suvišno i kad se smrti može dopustiti da se dogodi bez daljnjih zapreka. Primjerice, ako se kod bolesnika s uznapredovalim karcinomom razvije upala pluća, a još je uvijek aktivan i neovisan, treba davati antibiotike. U onih bolesnika koji su narušena stanja i blizu smrti u pravilu je bolje ne davati antibiotike. Moguće je pričekati 2 do 3 dana pa ako se pokaže otporna snaga, antibiotike ipak uvesti.

Najčešći simptomi koji je tada javljaju u ovoj fazi života su poremećaj disanja, bol, nemir i uzbuđenje te povraćanje, proljevi ili opstipacija. O tretmanu boli pisali smo u prethodnom članku. Poremećaji disanja, kao što su dispneja, kašalj, iskašljavanje krvi, štucavica, te gastrointestinalni problemi rješavaju se odgovarajućim lijekovima, fizikalnom terapijom, primjenom kisika, odgovarajućom prehranom, nadoknadom tekućine i sl. Sada bih se osvrnula na emocionalnu i duhovnu bol.

Odavno se zna da depresija, tjeskoba i značenje boli mogu promijeniti doživljaj boli. Naime, ako bolesnik bol smatra znakom kobnog pogoršanja, razlikuje se od doživljaja boli ako ga smatra usputnom pojavom bez značenja. Emocionalna bol može pratiti fizičku, ali se može razvijati i samostalno. Bolesnik govori o

boli, ali je to zapravo patnja. Bitno je to da bol ne odgovara na analgetike. Izražava se jezikom tijela i fizičkim simptomima jer ju je preteško izraziti riječima. Mnogo je toga u emocionalnoj boli izazvano strahom pred nepoznatim i nepredvidljivim. Emocionalna bol često uključuje kajanje i osjećaj krivnje zbog davno zaboravljenih malih propusta. Isto se tako u njoj nalaze i elementi srdžbe, mržnje i depresije. Emocionalni poremećaji, posebice osjećaj bespomoćnosti, mogu se umanjiti uključivanjem bolesnika, obitelji i prijatelja u radno partnerstvo s bolničkom ekipom i u liječenju i u planiranju budućnosti. Rečenica „svi ste vi dio tima“ može imati veliko značenje. Korisna je i grupna psihoterapija u koju se uključuje i uža obitelj. Ona ne bi trebala biti analitička, nego usmjerena na praktične, egzistencijalne probleme. Bolesnici se uvježbavaju u tehnikama praćenja vlastita ponašanja, relaksaciji i u suzbijanju preosjetljivosti za bol. Skretanje pozornosti i fantazije na ugodne doživljaje iz prošlosti može umanjiti bol. Misli se mogu usredotočiti na mjesto gdje je doživljeno nešto ugodno, uz mirno, jednoliko disanje i sve veću opuštenost. Korisna može biti i „*biofeedback*“ relaksacija, liječenje glazbom ili mirisom. Povremeno je potrebna i medikamentna terapija antidepresivima i anksioliticima.

U zadnjim odsječcima života duhovna bol može biti isto tako težak simptom kao i fizička bol. Bolesnik govori o boli, ali je to zapravo i opet patnja. To je doživljaj bezvrijednosti, beznadnosti i besmislenosti. Zadovoljavanje duhovnih potreba vitalno je za bolesnikovo dobro osjećanje. Osobe koje se duhovno dobro osjećaju imaju znatno manji stupanj tjeskobe, a time i veću podnošljivost za bol. Duhovne su potrebe različite od religioznih. Riječi „duhovno“ i „religiozno“ često se rabe kao sinonimi, premda je riječ o različitim, a ipak srodnim pojmovima. Svatko ima duhovne potrebe bez obzira na to jesu li dio formalne vjerske organizacije, a samo neki ljudi imaju religiozne potrebe. Intuitivnim iskustvom može se osjetiti kad bol ima duhovno podrijetlo. Kako se fizičko zdravlje umanjuje, duhovna dimenzija postaje sve važnijom.

Duhovna bol nije problem koji treba riješiti, nego pitanje koje treba proživjeti, što traži posebne kvalitete u zdravstvenih radnika. Bolesniku treba dopustiti da se izrazi u svojoj potrazi za značenjem. Njegovatelj mu treba olakšati tu potragu. On ohrabruje bolesnika da prepozna narav svoje boli, da se osjeća vrijednim, sigurnim, tako da može i shvatiti i prihvatiti ono što ga čeka. Duhovna briga, u smislu „biti sa“ kao suprotnost djelovanju, može biti ključ duhovne skrbi. Ona uključuje provođenje vremena s bolesnikom, i bez razgovora. Misaona tišina može imati učinak kao i riječi. Ona uključuje slušanje, upoznavanje bolesnika.

U svladavanju boli bitno je i uočavanje društvene sastavnice boli. Bolesnik ne smije ostati izoliran. Izolacija od ljudi odvaja ih od života i prije nego je život fizički prestao. Oni najbliži često bježe opravdavajući se da ne mogu gledati patnju, a zapravo ne znaju što reći patniku. A osnovno je jednostavno :biti prisutan držeći bolesnikovu ruku ili pomažući u sitnicama, brisanju znoja, vlaženju usana, slušajući...

Potporna koju bolesniku daje šira zajednica može imati veliku važnost. Bolesnikovoj ravnoteži sigurno pomaže ako zna da mu djeca ostaju opskrbljena, da mu bračni drug ili prijatelj koji se o njemu brine ili je o njemu ovisan, zbrinut. Velika je stvar da bolesnik zna da će se lijekovi i drugo potrebno svaki dan u životu moći nabaviti i, uglavnom, kad zna da nije drugima na teret.

Bolesnik koji je suočen sa skorim gubitkom vlastita života boji se izgubiti odnos s liječnikom i svim medicinskim osobljem koje mu je pomagalo u liječenju i svladavanju komplikacija liječenja. Stoga, odnos liječnika i ostalog medicinskog osoblja prema takvom bolesniku zahtijeva otvorenost, brigu, sućut, toplinu i razumijevanje. Takav stav pomaže bolesniku svladati strah od smrti, u njemu razvija samopoštovanje i povjerenje u sebe i druge.

Zadatak liječnika i drugog medicinskog osoblja nije samo liječenje i postizanje dobrih rezultata nego i omogućavanje dostojanstvenog života i u terminalnoj fazi bolesti.



