

ZDRAVSTVENA NEGA UMIRAJOČEGA

Mihaela Skoberne

UDK/UDC 616-083.98:614.52

DESKRIPTORJI: *nega bolnika; umirajoči pomoč; sestre medicinske*

IZVLEČEK – Smrt je nekaj naravnega in neizbežnega, hkrati pa tudi skrivnostnega, kajti nikakor ne moremo mimo dejstva, da je v zvezi z njo še mnogo nerešenih vprašanj. Danes jo morda sprejemamo z večjim strahom in predsodki, kot so jo naši predniki.

Ljudje po nekaterih podatkih celo v 70 do 80% umirajo neopazno v bolnišnici oziroma v domovih za ostarele, čeprav študije kažejo, da si bolj kot karkoli želijo umreti doma. Iztrgani iz domačega okolja so odvisni od drugih, predvsem od zdravstvenih delavcev in potrebujejo pomoč – poleg fizične nege tudi psihološko oporo in spodbudo. Res je, da vsak človek dojema smrt po svoje, vendar se prav od medicinske sestre upravičeno pričakuje, da umirajočemu olajša umiranje. Naj se ne boji spremenjenega človeka, ki trpi, oziroma naj ga ne pusti samega, temveč mu na osnovi emocionalnega odnosa in empatijskega razumevanja pomaga v vseh njegovih potrebah.

CARE OF A DYING PERSON

DESCRIPTORS: *nursing care; terminal care; nurses*

ABSTRACT – Although death is a natural and inevitable end of man's life, it has something mysterious about it: one cannot deny the fact that many unresolved questions are still connected with death. Our attitude towards dying is to a much greater extent characterized by prejudice and apprehension than it used to be in our ancestors. It has been documented that approx. 70 to 80 per cent of people die in a hospital or in an old people's home, although many hitherto studies have shown that the majority wish to die in their home. Once in a hospital, far away from the domestic environment, a dying person becomes fully dependent on others, especially on the health personnel, and is badly in need of nursing care as well as of emotional support and encouragement. Although the reaction of a dying person to approaching death is highly individualistic, it is the duty of the nurse attending the dying to alleviate his suffering. The nurse should suppress her fears and stay with the suffering person, providing for his emotional support and satisfying all his needs.

Pri umirajočem bolniku se zdravljenje in zdravstvena nega izvaja do smrti, tako kot pri vseh težkih bolnikih. Celó če pride do odločitve, da ne bo več deležen posebnih terapevtskih ukrepov, je razumljivo, da mu moramo dalje lajšati njegove bolezenske težave (stanje).

Za primerno nego in spremljanje umirajočega bolnika je treba poznati psihično ozadje umiranja, kar nam omogoča globlje razumevanje človeka in njegovih potreb ter preprečuje, da ga psihološko in socialno ne zanemarimo.

REAKCIJE UMIRAJOČIH V PROCESU UMIRANJA

Vemo, da pri večini bolnikov in starih oseb smrt ne nastopi iznenada. Ločimo inicialno, progresivno in terminalno fazo procesa umiranja. Pri vse bolnikih lahko v tem procesu do neke mere razlikujemo psihične reakcije, v katerih leži zavestni in podzavestni strah pred smrtjo.

Vsi bolniki ne doživijo vseh omenjenih reakcij, oziroma jih ne doživijo v enakem zaporedju, kot so navedene, ker se med seboj tudi prepletajo. Prav je, da jih poznamo in umirajočemu lažje pomagamo.

Osnovno razdelitev reakcij ali faz je prva navedla dr. Elizabeth Kübler-Ross v knjigi *On Death and Dying*. To je Paul Sporken nekoliko modificiral glede na razmere v Evropi. V ZDA bolnika povsem seznanijo o njegovem zdravstvenem stanju, v Evropi pa zdravniki kljub postavljeni diagnozi ponavadi to storijo zelo pozno ali včasih sploh ne.

Sporken trdi, da niti ameriška niti naša praksa nista idealni. *Posredovanje resnice naj ne bo začetek in tudi ne konec, ampak bistveni sestavni del pomoči umirajočemu*. Sporknova shema procesa umiranja ima naslednje faze:

1. nevednost,
2. negotovost,
3. a) implicitno zanikanje; posredovanje resnice (bolnik izve resnico),
b) eksplicitno (izrecno) zanikanje – odklanjanje,
4. odpor (jeza),
5. pogajanje z usodo,
6. depresija,
7. sprejetje smrti.

Nevednost. Bolnik še ne ve ničesar o svojem zdravstvenem stanju, težave okrog njega pa so se že začele. Navajamo dva primera:

a) Zdravnik in negovalni tim je seznanjen z bolnikovim stanjem in bi mu morali pomagati. Vendar ne gre za kavzalno terapijo, ampak samo za simptomatsko zdravljenje. To povzroči določeno razdvojenost med zdravstvenimi delavci in lahko pride do napetosti med njimi samimi, pa tudi med njimi in bolnikom.

b) Družina je seznanjena o zdravstvenem stanju bolnika, bolnik pa ne ve ničesar. Svojci, ki zelo težko prikrivajo resnico, se izogibajo pogovoru z bolnikom, čeprav bi se ta rad pogovarjal o svoji bolezni in prihodnosti. Velikokrat zvedo o bolnikovi bližnji smrti vsi bližnji sorodniki, ker svojci čutijo potrebo, da z nekom govorijo, medtem ko bolnik tega ne ve. Bolnik se svojcem odtuji, ker pri njih ne najde pomoči. Sčasoma postane nezaupljiv in prestrašen – bolj ali manj vstopa v fazo negotovosti.

Negotovost. V tej fazi se bolnik začne po eni strani ukvarjati s problemom morebitnega smrtnega izida svoje bolezni, po drugi strani pa te misli še noče sprejeti. Stalno menjava razpoloženje, upa in pričakuje, da bo ozdravel, v drugih trenutkih pa občuti intenziven strah in žalost.

Pomoč bolniku v tej fazi obstaja v tem, da lahko z nekom govori o svojih bojaznih in negotovostih. Tisti, ki je ob njem, mora biti potrpežljiv, mora znati poslušati in ne sme sam odločati, kdaj naj bolnik iz te faze preide v gotovost. Lahko se zgodi, da bolnik do konca ne zbere dovolj poguma, da bi prišel iz faze negotovosti v usodno gotovost.

Implicitno zanikanje. Bolnik bolj ali manj čuti, da se bo bolezen končala smrtno, vendar tega noče verjeti. Pri vsakem drugem človeku bi spoznal ogrožujoče dejstvo – npr. bruhanje, hujšanje itd., ko pa jih opazi pri sebi, jih zanika. Enako opazimo tudi pri najbližjih svojcih.

To zanikanje lahko opredelimo kot podzavesten odpor proti čedalje jasnejšemu spoznanju smrtnega poteka bolezni, s katero se bolnik ne more sprijazniti. Prav tu potrebuje bolnik pomoč v obliki postopnega posredovanja resnice, kajti zanikanje ima vlogo bega pred resničnostjo in ima smisel samo takrat, če pomeni obliko samozaščite; je tolažilo, ki varuje bolnika pred šokom in mu daje potreben čas, da reorganizira svoje doživljanje.

Posredovanje resnice: Pomoč umirajočemu ne moremo identificirati s posredovanjem resnice. Vsakemu bolniku ni potrebno na vsak način povedati o smrtnem poteku njegove bolezni.

Vendar z odkritim pogovorom – tudi o smrtnem poteku njegove bolezni – pomagamo bolj, kot si mislimo. Na primer:

- ugotovljeno je, da se mnogi bolniki, posebno bolniki z malignimi obolenji, v napredujoči fazi še bolj prizadevno borijo z boleznijo;
- večja je možnost, da se umirajoči odkrito pogovorijo s svojci, da uredijo svoje stvari, kar jih pomirja in jim olajša njihovo stanje;
- strokovna literatura navaja veliko primerov, ko so bolniki z ugotovitvijo svojega stanja ob pomoči okolja sprejeli svojo bolezen, celo možnost zgodnje smrti in kljub temu osebno niso klonili.

Tveganje, da seznanimo bolnika o resnosti njegovega stanja tako, da ga bo ta lahko prenesel, oziroma najti pravilen način informiranja – in sploh, komu, kdaj in kako daleč je treba izrecno povedati resnico ter dati bolniku vso pomoč in oporo, ki jo ta potem potrebuje, bo zmož le tisti, ki je sposoben, da gleda svoji lastni smrti v oči. Zato moramo najprej sami pri sebi rešiti to filozofsko vprašanje.

Potrebno je torej, *da pomislimo na smrt še preden nas življenje z njo sooči v bolnišnici ali v družini*. Kako bi bilo, če bi umiral jaz? Kaj bi takrat potreboval, mislil, želel itd.?

Kdaj – v večini primerov bo bolnik sam nakazal trenutek, ko mu je treba povedati resnico. Navadno je to na koncu faze negotovosti ali v fazi implicitnega zanikanja. Če spoznamo te signale po pomoči, se ne smemo več izogibati pogovora o resnosti in poteku bolezni. Nikakor ne smemo lagati, ampak moramo dati prav bolniku, ki je sam prišel do spoznanja, da ni ozdravitve. Čim večjemu številu ljudi je znana diagnoza, tem prej bo bolnik zaslutil resnico. Večina bolnikov zazna resnico iz spremenjenega vedenja okolice, kajti zelo malo ljudi je lahko ravnodušnih ob tem, kar vedo. To se kaže v drugačnem vedenju, s katerim se jim približujemo, lahko rečem tudi, izogibamo, v objokanih ali pretirano »veselih« obrazilih svojcev itd.

Včasih je potrebno povedati resnico bolniku prav zaradi svojcev. Za družino, ki že dolgo ve resnico, postane to neznosno emocionalno breme in negativno vpliva na odnose med njimi in bolnikom.

Kdo – v naši literaturi zasledimo, da je to izključna in neprenosna pravica in dolžnost zdravnika. Zdravnik je tisti, ki s primerno obzirnostjo in preudarnostjo pove diagnozo in prognozo tudi bolnikovi družini. V tuji literaturi prevladuje mnenje, da je zdravnik prvi, ki naj pove bolniku resnico, ker je najbolj odgovoren za njegovo zdravje, da pa tega ne smemo vzeti kot izključno pravilo, ker je pogosto medicinska sestra tista, ki bo povedala resnico v njemu razumljivem jeziku.

Če premislimo obe mnenji, ugotovimo, da je predvsem izredno pomembno dobro strokovno sodelovanje in dober osebni odnos med zdravnikom in medicinsko sestro. Oba namreč skrbita za bolnika: zdravnik z diagnozo in terapijo, sestra z izvajanjem terapije in nege bolnika. Pri svojem delu za bolnika sta enakovredna in izredno pomembno je, da se zavedata samostojnosti in odgovornosti. To ne pomeni, da delata drug mimo drugega, temveč da s timskim sodelovanjem, ko drug drugemu pomagata in se dopolnjujeta, največ storita za bolnikovo vsesplošno korist.



Foto: Peter Skoberne, 1985

Kako – osnovno pravilo je *pogovor*, vendar samo, če ga bolnik resnično želi. Nanj naj ga pripravijo svojci ali medicinska sestra.

Pomembno je, da se v pogovoru ugotovi, koliko resnice bolnik prenese. Če se ji izogiba, je potrebno več pogovorov: če ugotovimo, da bi bolnik zašel v obup, se resnice sploh ne pove.

Informacija ne sme biti posredovana hladno ali brezčutno ali celo brutalno, ampak stvarno, z razumevanjem in sočutjem – nikakor pa ne s pomilovanjem ali očitnimi znaki žalosti.

Pomembno je, da se bolnik ob informaciji ne čuti izgubljenega, ampak mora biti prepričan, da se bo z njim vred boril zdravnik, medicinska sestra in njegova družina. Potrebuje zagotovilo, da bomo storili vse, kar je mogoče, da mu rešimo življenje in olajšamo bolečine. V vsakem še tako napredujočem obolenju, naj bo upanje. Upanje je namreč duševna spodbuda, je zavest o lastnih, še vedno upoštevanja vrednih možnostih življenja, je občutek, da je vredno še nekaj časa vzdržati.

Na začetku težke bolezni je upanje usmerjeno skoraj izključno v ozdravljenje in podaljšanje življenja. Pozneje je to upanje usmerjeno na kratko obdobje življenja ali k svojcem, ki jih bo bolnik zapustil, oziroma je pri religioznih ljudeh usmerjeno k življenju po smrti.

Prav je, da ohranita upanje tudi zdravnik in medicinska sestra, zelo pomembno pa je, da z bolnikom vred upajo tudi njegovi svojci. Težko bolan človek je prepuščen okolju in sodobno medicinskotehnično zdravljenje ta občutek še povečuje. Zato toliko bolj potrebuje upanje – poln pogled zdravnika, nasmeh medicinske sestre ter sočustvovanje domačih in prijateljev.

Okrevanje pri neozdravljivi bolezni je res zunaj naših razumskih pričakovanj. Vendar kako se da ugotoviti, da je osnovno obolenje z neugodno (infavstno) prognozo dobilo nepovraten potek ter da ni napake pri presojanju obolenja oziroma, da ni možnosti napredka, ki ga bo prineslo novo zdravilo!

Zdravnik mora o pogovoru z bolnikom seznaniti svojce in negovalno osebje, kajti ti morajo vedeti, o čem sta govorila, če hočejo umirajočemu pomagati. Tudi bolnik mora vedeti, da je okolica o tem obveščena, razen če seveda sam ne želi drugače.

Katerim bolnikom – nobenih natančnejših pravil o tem ni. Zdravnik presoja sam. Vodi naj ga skrb za bolnika, s tem da upošteva naslednje: spoznanje resnice ne sme poslabšati bolnikovega stanja ali zmanjševati možnosti ozdravljenja. Tuja literatura priporoča, da se držimo norm, ki so določene z vprašanjem, kaj pomeni smrt za določeno osebo.

Vsak človek, soočen z resnostjo svoje bolezni, reagira po svoje. Upoštevatil pa moramo nekatere dejavnike, ki vplivajo na to: starost, spol, konstitucija, zakonsko stanje, kulturno okolje, njegove pretekle izkušnje in to, kako uspešno ali neuspešno je sprejemal oziroma obvladoval nasploh nevarnosti in težave v življenju.

Resnico o smrti je tvegaño povedati osebno manj zrelim ljudem oziroma tistim, pri katerih pričakujemo nenormalno reakcijo na sporočilo.

Pri mlajših bolnikih in pri tistih, ki nenadoma zbolijo, je potrebna večja previdnost kot pri starejših in kronično bolnih, ki se bolj kot smrti bojijo bolečin oziroma osamljenosti brez čustvene opore.

Eksplicitno (izrecno) zanikanje – odklanjanje. V primerih, posebno takrat, če je bilo posredovanje resnice nenadno in nepričakovano ali če je bolnik sam zelo zgodaj odkril resnico, reagira bolnik z odklanjanjem v smislu »to ne more biti res«. To je v bistvu izraz volje do življenja. To eksplicitno zanikanje moramo razumeti kot znak za dejstvo, da bolnik resnice v tem trenutku čustveno ne more prenesti. Tisti, ki je ob bolniku, mora biti potrpežljiv, da se bolnik sam sprizajni z dejstvi.

Faza odklanjanja navadno ne traja dolgo. Precej hitro pride v fazo odpora in depresije. Zgodi pa se tudi, da bolnik bolezen do konca trdovratno zanika.

Odpor (jeza). Te faze se ne da ostro omejiti. Dejansko poteka skozi vse faze, razen v fazi negotovosti.

Tisti, ki bolnika neguje, mora pričakovati, da bo bolnik reagiral z zanikanjem, odporom, jezo, psovkami ali pa celo s tiho sovražnostjo: nega je slaba, zdravnik je bedak, družina me zanemarja itd.

Celo kadar pride bolnik v fazo sprejemanja, lahko v določenih trenutkih

preide v odpor proti smrti. Odpor je najmočnejši potem, ko bolnik spozna, da bo imela njegova bolezen smrtni potek.

Paziti moramo, da ne jemljemo to jezo osebno in temu odgovarjajoče reagiramo. Kajti bolnik, ki je jezen, je obenem tudi prestrašen in nas potrebuje. Če se bolnika izogibamo ali mu vračamo milo za drago, mu damo vedeti, da njegova čustva niso normalna in da je njegovo vedenje nesprejemljivo, mu s tem njegovo situacijo še bolj otežimo.

Če bolnik naleti na razumevanje, pozornost in se mu posveti več časa, se bo kmalu pomiril.

Pogajanje z usodo. Ko posameznik dojamе resnico, bo morda začel iskati načine, kako bi resnico odmaknil od sebe. Pogajanje je nekaj, kar vsi pogosto uporabljamo, posebno otroci, ki se pogajajo s starši, da bodo npr. pridni, če bodo dobili igračo. Bolnikovo vedenje lahko primerjamo z vedenjem otroka, ki nas za nekaj prosi. V obdobju, ko se odpor in depresija med seboj izmenjavata, ker bolnik še ni sprejel svoje usode, lahko opazujemo, da se bolnik poskuša »pogajati« s svojo usodo.

Najpogosteje se bolniki pogajajo za podaljšanje življenja, ker imajo npr. nedokončano delo, ali da bi popravili napake, ki so jih zagrešili v življenju itd.

Depresija. Pri skoraj vseh bolnikih v terminalnem obdobju nastopi obdobje depresije. Bolnik ne more več zanikati svoje bolezni in je žalosten, kajti izgublja vse, kar je ljubil, vključno svoje življenje. Zapre se vase, odklanja obiske, hrano, pijačo in zdravila. Svojci ga ne zanimajo več, zanimajo ga le še osebe, ki ga negujejo. Čeprav je ta reakcija za svojce in tistega, ki ga neguje, najtežja, od bolnika ne moremo pričakovati, da bi bil stoičen, kajti pravico ima, da žaluje za seboj.

Če hočemo bolniku, ki za pravi pogovor skoraj ni sposoben, pomagati, moramo za pogovor izbrati jutranje ure, depresivno stanje pa mu olajšati z antidepresivi. Pomembno je, da mu ostanemo blizu, v toplem človeškem odnosu.

Depresivni lahko postanejo tudi svojci, zato moramo njim posvetiti posebno pozornost. Potrebno jim je pojasniti, zakaj jih bolnik odklanja in z njihovo pomočjo najti dejanski vzrok bolnikove depresije, npr. v preteklosti neurejene stvari. Če se le da, naj se te stvari uredijo. Kadar je vzrok za bolnikovo depresijo slovo od ljubljenih oseb, npr. mlajših otrok, je seveda to težje.

Sprejetje smrti. S tem ni mišljeno, da gleda bolnik na smrt kot na dobrodošlega gosta, ampak da vidi svoj položaj in je pripravljen sprejeti situacijo, kakršna je.

Sprejetje smrti nikoli ne pomeni, da je bolnik zaradi tega srečen. Tu gre bolj za sprejetje v smislu: opustiti boj za življenje in se na pozitiven način podrediti neizbežnemu. To sprejetje tudi ne izključuje vsega upanja, kajti bolnik le upa, da se bo našla kaka pomoč, preden bo prepozno.

Pri nekaterih bolnikih, predvsem pri starejših ljudeh, vidimo da ima »sprejetje« pogosto značaj želje po smrti. Vprašanje pa je, če si smrti res želijo ali ne morda bolj konca svojega trpljenja.

V tej fazi marsikateri umirajoči čuti potrebo, da bi z nekom preletel svoje življenje, ga obnovil v spominu in ugotovil, če je imelo njegovo življenje svoj pomen in je bilo izpolnjeno. Za umirajočega je eno najbolj bolečih spoznanj, da ni

več dosegel in da njegovo življenje ni imelo nobenega pravega smisla. Če ima svoje, naj mu dajejo oporo predvsem s tem, da ga poslušajo in z njim obnovijo pozitivna doživetja iz preteklosti. To naredi to fazo lažjo.

Če umirajoči svojcev nima, je dolžnost medicinske sestre, da mu prisluhne, ker lahko že sama izpoved bolnika umiri in sprosti.

PROCES ZDRAVSTVENE NEGE PRI UMIRAJOČEM

Proces zdravstvene nege se prične, ko se medicinska sestra sreča z umirajočim v bolnišnici, v domu za ostarele ali pa na domu umirajočega.

Izhodišča zdravstvene nege pri umirajočem so enaka kot pri težkih bolnikih. Dolžnosti medicinske sestre so razširjene daleč prek domene fizične pomoči – *v celoti mora upoštevati splet telesnih, čustvenih in socialnih potreb umirajočega*. Če smo kdaj obravnavali človeka kot subjekt, ga moramo toliko bolj v njegovem umiranju.

Medicinska sestra najprej ugotovi zdravstveno stanje umirajočega na podlagi razpoložljive dokumentacije in lastnega opazovanja.

V prvi vrsti medicinska sestra upošteva potrebe, ki jih izrazi umirajoči sam. Če umirajoči v tej obliki komunikacije ne more sodelovati, se medicinska sestra opira na sodelovanje svojcev, pri čemer pazi, da ne postane predmet njihove manipulacije.

Pri analizi in oceni potreb umirajočega bo medicinski sestri v pomoč razmišljanje o lastnih občutjih glede neozdravljive bolezni, umiranja, smrti, pomenu bojazni, joka, panike in groze; pomembno je izobraževanje v tej smeri in možnost pogovora s starejšimi, izkušenimi sodelavci v zdravstvenem timu.

Najlažje je zadovoljiti fizične potrebe umirajočega, veliko težje pa psihične. V umirajočega se je potrebno poglobiti, spoznati njegove psihične lastnosti, kaj je trenutno sposoben sprejemati, predvideti moramo njegove reakcije. Npr. v procesu umiranja je naš cilj ugotoviti, v kateri fazi se nahaja, da mu lahko pomagamo. Vendar ne z namenom, da gre skozi vse faze oziroma reakcije, ampak da je v fazi, v kateri se najbolje počuti.

Na podlagi ugotovljenih potreb umirajočega naredimo načrt zdravstvene nege. Z njeno izvedbo naj bi dosegli naslednje cilje:

- **vzdrževati oziroma doseči stanje, ki je združljivo z znosnim življenjem; če to ni mogoče pa**
- **narediti sebe in svoje okolje bolj človeško in umirajočemu pomagati, da more svojemu dostojanstvu primerno mirno umreti;**
- **svojcem umirajočega posvetiti veliko obzirnosti, pomoči in pozornosti, ki jo takrat potrebujejo.**

Pri načrtovanju zdravstvene nege upoštevamo, da stalno menjavanje medicinskih sester pri umirajočem ni primerno. Prav tako se v načrt nege ne vključuje oseb, ki se hitro izčrpajo ali imajo same psihološke probleme. Bolnik, ki umira, je fizično in psihično odvisen od osebe, ki ga neguje, zato pa mora ta imeti močno voljo in sposobnost prilagajanja.

Pri izvajanju zdravstvene nege načrt sproti preoblikujemo in dopolnjujemo tudi glede na izražene želje umirajočega, čeprav se tem željam ne smemo vedno prepustiti, ker njegove potrebe niso vedno v skladu s tem, kar želi.

Véčkrat pa se zgodi, da se podaljšuje bolnikova agonija, ko je očitno, da sam nima véč moči in sposobnosti odločanja, in se vsi okoli njega bolj posvečajo tehničnim postopkom podaljševanja življenja, namesto da bi dali prednost topli človečnosti.

Medicinska sestra mora paziti, da je ne zaposluje samo medicinska tehnika. Tudi ob elektronskih monitorjih in respiratorjih je skrbno opazovanje nezamenljivo, kajti na izrazu obraza se lahko prebere véč kot na katerikoli aparaturi; da človek čuti bolečine, trpi itd.

Izogibati se moramo nepotrebne dejavnosti, ki je pogosto izraz naše nemoči ob spoznanju, da nekdo umira in da ni véč pomoči. Marsikdaj storimo véč za subjektivno počutje umirajočega, če se vsedemo k njemu in mu z drobno gesto, npr. s telesnim dotikom damo čutiti, da razumemo bolečino, strah, žalost, oziroma postane celo molk najbolj primerna komunikacija.

Znanje o poteku in stanju obolenja umirajočemu lahko pomaga, da se bolj učinkovito bori z boleznijo, lahko pa mu vzame pogum in izzove negativne psihične reakcije. Pozorni moramo biti na spremembe, ki nas spodbudijo, da v dogovoru z zdravnikom umirajočemu povemo, kar vemo o obolenju, pri čemer se zavedamo, da so področja, ki so v pristojnosti zdravnika.

Vrednotenje zdravstvene nege umirajočega je zelo težko. Lahko pa so nam v spodbudo besede dr. Lamertona, ki pravi, da ob dobri negi bolnik umrje umirjeno.

POTREBE UMIRAJOČIH

Medicinska sestra mora biti trdna v svoji odločitvi, da uporabi sleherno metodo, ki ji je na razpolago, da umirajočemu poveča udobje, da ohranja optimizem v zvezi z njegovim stanjem ter da mu olajša, če ga že ne more rešiti trpljenja.

Hranjenje. Tek umirajočega je oslavljen. Uživanje hrane je zanj velik fizični napor, na drugi strani pa pojenjuje normalno delovanje gastrointestinalnega trakta. Uživanje véčjih količin lahko povzroči napenjanje, kar še poveča bolnikovo neudobje.

Z dehidracijo in kaheksijo se bolnikovo stanje slabša, poveča se možnost nastanka raznih komplikacij – npr. dekubitusa, zato je vzdrževanje bolnikovega prehrabnega stanja pomembno za ohranitev njegove energije in preventivo komplikacij.

Velikokrat je s samo zadovoljitvijo potrebe po hrani podaljšano bolnikovo življenje. Pogosto zdravnik odredi parenteralno hranjenje. Če je refleks požiranja ohranjen, je potrebno v takih primerih dajati umirajočemu vodo po požirkih v pogostih časovnih presledkih. Umirajoči lahko posesa tampon, ki smo ga prepojili z vodo. Sesanje je namreč eden zadnjih refleksov, ki izginejo, ko se približuje smrt.

Vzdrževanje osebne higiene. Ustno nego pri umirajočem bolniku izvajamo tako kot pri drugih bolnikih, dokler ta uživa hrano in tekočino brez težav. Kasneje je potrebna dodatna nega; če bolnik npr. ne more požirati slin, jo lahko aspirira.

Stanje mu olajšamo tako, da ga obrnemo na bok; z ustnim tamponom obdržimo usta odprta ali pa mu slino posesamo z aspiratorjem. Sluznice se ne smejo izsušiti, zato pazimo, da sta nosnici čisti in vlažni.

Iz oči mu sproti odstranjujemo sekret s tamponom, navlaženim v fiziološki raztopini. V dogovoru z zdravnikom apliciramo kapljice, s katerimi preprečujemo trenje in ulceracijo roženic.

Ko pojenjuje periferna cirkulacija, lahko postane koža hladna in znojna. Ali se bomo odločili za posteljno kopel ali osvežilno umivanje, je odvisno od bolnikovega stanja.

Predvsem je pomembno, da skrbimo za suho posteljno in osebno perilo in pazimo, da je primerno pokrit, s čimer tudi vplivamo na spanje in počitek.

Kadar je umirajoči inkontinenten, se navadno uporabljajo predloge; npr. vatranci ali pleničke. Če bolnik predlogo odklanja, mu razložimo, da je potrebna zato, da se koža zavaruje. S skrbno nego takšnega bolnika preprečujemo smrad in dekubitus. Bolnik ima občutek urejenosti, kar vpliva na njegovo počutje.

Odvajanje. Umirajoči je lahko inkontinenten ali pa je izločanje urina in blata otežkočeno (retencija in obstipacija). Oboje je za bolnika neprijetno.

V dogovoru z zdravnikom se lahko vstavi trajni kateter, oziroma se bolnika kateterizira.

Pri dajanju čistilne klizme moramo upoštevati, da v primeru uživanja majhnih količin hrane tudi večjih količin blata ne moremo pričakovati.

Položaj v postelji. Dokler je bolnik pomičen, ne omejujemo njegove telesne aktivnosti, na katero je navajen, oziroma jo zmore. Nepomičnim bolnikom pa moramo zagotoviti udoben položaj, ki ga pogosto menjamo. Pri nameščanju bolnika upoštevamo npr. težko dihanje (dispnoo), možnost obstrukcije dihalnih poti pri nezavestnih itd.

Zavarovanje pred poškodbami. Umirajoči bolniki so ponavadi mirnejši in v tem primeru niso potrebni posebni ukrepi, oziroma je tu odločilna stalna prisotnost zdravstvenih delavcev.

Kot smo omenili, je omejevanje bolnika nezaželeno, vendar je v posameznih primerih potrebno, npr. kadar bi bolnik izpulil nazalno sondo, infuzijski sistem ali kateter. Zato mu roko privežemo na posteljo tako, da mu le nekoliko omejimo gibanje. Imeti mora možnost, da roko obrača in dviga. Po drugi strani pa je tudi to vprašljivo, ker moramo paziti, da roka ne bi visela preko postelje.

Skrb za počutje – spanje in počitek. Vprašanje bolniku, »kako se počuti«, je izredno pomembno in če le moremo ustrezemo njegovim željam.

Bolniku moramo omogočiti dovolj počitka in mirnega spanja, če ne gre drugače z medikamenti olajšati bolečine in nespečnost. Zdravnik bo največkrat predpisal narkotike in kljub temu da daljše jemanje teh zdravil povzroči privajenost, bolnikove bolečine opravičujejo njihovo uporabo.

Skrb za okolje umirajočega. Celotno bolnikovo okolje naj daje bolniku občutek, da je zanj kar najbolje poskrbljeno. Glede namestitve umirajočega bolnika ni enotnih pravil. Tudi ta odločitev je težka, kakor so na splošno vse

odločitve v zvezi z umirajočim. Vedeti moramo naslednje in se odločiti za vsak primer posebej:

- ekonomično je, da ga namestimo tam, kjer je možnost primerne nege, da ga lahko pogosto opazujemo, vendar ne motimo;

- zasebna soba varuje zasebnost bolnika in njegove družine; izognemo se tudi temu, da bi motil druge bolnike, vendar pa se bolnik lahko čuti preveč osamljen;

- že ob sprejemu težkega bolnika je potrebno razmisliti in ga po možnosti namestiti v posebno sobo oziroma v sobo z največ dvema posteljama, kjer se lahko sobolnika kasneje premesti;

- premisliti moramo, če španske stene okoli umirajočega ne postavljamo predvsem zato, da bi skrili pred drugimi bolniki svojo nemoč in nesposobnost stati umirajočemu ob strani;

- kadar je umirajoči nameščen v skupni sobi, je prav, da se sobolnike pripravi na njegovo smrt. Pogovor z drugimi bolniki je potreben tudi po smrti, da izrazijo morebiten strah in dobijo odgovore na svoja vprašanja. Če presodimo, da bolniki niso pripravljeni ali celo pokažejo agresijo do umirajočega, ga odpeljemo iz sobe v prazno sobo, ki pa ne sme dobiti negativnega predznaka »soba za izolacijo«. Premeščanje ne sme biti grobo in nasilno.

Soba mora biti dobro prezračena in normalno razsvetljena.

Medicinska sestra naj poskrbi za mir v njihovi okolici. Na splošno velja, da je sluh poleg tipa zadnji čut, ki ga bolnik ohrani celo do trenutka smrti. V tej fazi je zanj lahko hoja v lesenih coklah kot streljanje iz pušk.

V bolnišnici se mora bolnik odreči mnogim stvarim, ki so sicer del njegovega vsakdanjega življenja: npr. osebni predmeti, hrana in pijača, navade itd. Verjetno medicinska sestra ne more spremeniti bolnišničnega reda. Poskrbi pa naj, da je bolnik, kolikor je mogoče, obdan s tistim, kar mu je drago, domače in mu nekaj pomeni.

Stiki umirajočega z okolico. Neozdravljivi bolniki se pogosto pritožujejo nad osamelostjo in strahom, zato naj bo medicinska sestra kolikor mogoče na voljo umirajočemu bolniku. Kadar mora sobo zapustiti, naj poskrbi, da jo tisti čas nadomešča nekdo drug.

Njena fizična prisotnost oziroma odsotnost je neločljivo povezana z bolnikovi psihičnimi in socialnimi potrebami. Sprejeti mora njegove želje po samoti in tišini. Ni pa nujno, da ti dve sovpadata. Morda ne želi ali ne more govoriti, potrebuje pa nekoga, ki se zaveda njegovega stanja in čuti z njim. Tudi z molkom in fizično prisotnostjo dosežemo, da bolnik čuti ob sebi ljubeče okolje, ki ga tako nujno potrebuje. Pogosto naklonimo umirajočemu pogled; ne zanemarimo smehljaja.

Osamljenim umirajočim lahko dajemo oporo in razumevanje tudi s telesnim stikom – z dotikom ali preprosto s stiskom roke. Naj nas ne ovira strah, da nas bo umirajoči napačno razumel in zavrnil.

Ob umirajočem se pogovarjamo v normalnem tonu. S šepetanjem lahko zbudimo sum, da pred njim nekaj skrivamo in celo »nezavesten bolnik lahko sliši«, kaj govorijo v njegovi prisotnosti.

Z nezavestnim bolnikom je treba kljub pomanjkanju senzoričnega odziva komunicirati verbalno in z dotikom. O tem moramo spregovoriti s svojci in jih

spodbuditi, da mu kaj povedo, ko so ob njem. Prav je, da nezavestni sliši stvari, ki jih je rad poslušal, družina pa nekoliko prežene občutek nemoči in se tako postopoma poslavlja od njega.

Včasih pride medicinska sestra v stik z bolnikom, ki se šele na oddelku prebudi iz nezavesti. Bolnik se tako znajde v popolnoma neznanem okolju, zato nujno potrebuje pojasnilo, čeprav sam ne more govoriti. Sestra naj si vzame čas tudi zanj. Celotno situacijo naj mu pojasni z nekaj besedami. Poudari naj, da bo zanj skrbela, da ga vsaj malo pomiri in opogumi. Ob njem naj ostane toliko časa, dokler bolnik ne premaga največjega strahu.

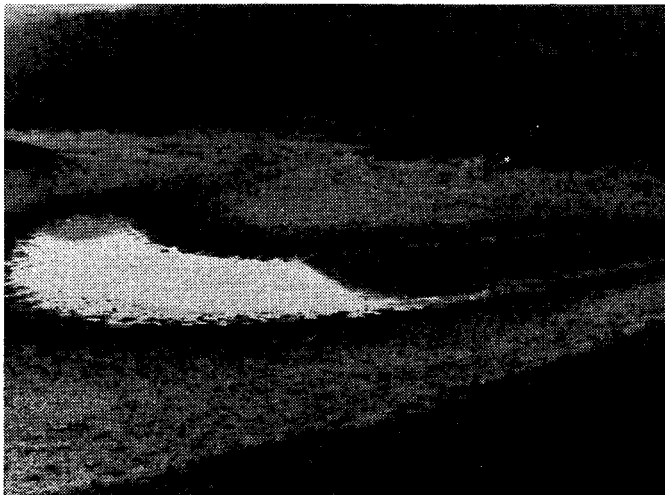


Foto: Peter Skoberne, 1985

Ko komuniciramo z umirajočim bolnikom, se nam zgodi, da ne razumemo, kaj nam hoče sporočiti. V vsakdanjem življenju uporabljamo praktično-sporazumevalni jezik, pozabili pa smo na to, da je naš jezik večplasten in da smo ravno za te, globlje ležeče plasti, ki so prvotnejše in se v njih izražajo strah, bolečina, upanje in ljubezen, izgubili besede. Umirajoči bolniki pogosto uporabljajo *jezik simbolov*, ker svojih občutkov v jeziku golih dejstev ne morejo izraziti, oziroma se bojijo o svojem strahu spregovoriti jasno in odkrito, da jih ne bi ljudje okrog utišali, češ naj o tem ne govorijo in razmišljajo.

Tudi če bolnikovega jezika simbolov ne bomo razumeli, je potrebno, da vztrajamo ob njem. Če bo čutil našo pripravljenost za pomoč, se bo morda izrazil na kak drug, nam razumljiv način.

Enako velja tudi takrat, ko je komunikacija z umirajočim, afazičnim bolnikom lahko zelo težka, kajti zmožni so komunicirati samo neverbalno. Medicinska sestra se mora naučiti interpretacije njihovih simbolov (izražanje s kretnjami, z mimiko obraza, s pomočjo dotika).

Ko način komuniciranja, ki ga je medicinska sestra vzpostavila z bolnikom, dobro deluje – v mejah možnosti seveda – naj z njim seznaniti tudi drugo osebje: »šifre« naj vpiše tudi na negovalni načrt.

Izražanje verskih čustev. Umirajoči, ki spozna, da njegovo življenje ugaša, lahko najde uteho in pomoč v svojem religioznem prepričanju, ki mu je ne more dati nobena še tako sodobna medicina.

Gotovo je, da medicinska sestra ne more bolnika duhovno voditi, vendar pa je prav, da mu pride toliko nasproti, da le-ta lahko izrazi svoje potrebe.

Pri zadovoljevanju omenjenih potreb naj bo medicinski sestri osnovno vodilo naslednje:

- nikoli ne sme kritizirati in omalovaževati svetovnega nazora, ki ga ima bolnik;
- poslušaj naj, kaj pravzaprav bolnik želi;
- pozorna naj bo na emocionalni ton pogovora, ki ga bolnik v zvezi s tem začne;
- odgovori naj na načine, da bo videl tudi sam problem bolj jasno in mu pomaga najti alternative, ki ga bodo zadovoljile;
- če bolnik želi, naj pokliče duhovnika. Vendar pa potem ne sme misliti, da je duhovnikov obisk dovolj in da bolnik sedaj ne potrebuje njene vsestranske pomoči.

MEDICINSKA SESTRA IN UMIRAJOČI

Medicinska sestra naj v okviru procesa zdravstvene nege *psihoterapevtsko obravnava umirajočega bolnika*.

Ko govorimo o psihoterapevtskem postopku, ne mislimo s tem psihoterapijo kot metodo zdravljenja, ki se porablja pri nevrotskih, ampak mislimo na tretje področje logoterapije. Njen namen je, kot pravi utemeljitelj logoterapije, psihiater V. Frankel v tem, *da napravi človeka glede na njegovo usodno neizogibno trpljenje, zmožnega le-to prenašati*. Zdravnik ostane še vedno zdravnik in medicinska sestra medicinska sestra, toda njun odnos do bolnika se spremeni v srečanje človeka s človekom. Ne pustita ga samega z njegovo prestrašenostjo nad boleznijo, ampak bolniku na osnovi emocionalnega odnosa in empatijskega razumevanja pomagata. Prav ta človečnost pa varuje zdravstvene delavce pred nečlovečnostjo tehnike v medicini.

Prof. dr. Duška Blažević navaja naslednje **elemente psihoterapevtskega pristopa** k bolniku:

1. *Od prvega stika z bolnikom dalje naj medicinska sestra ustvarja ozračje medsebojnega razumevanja in zaupanja.*

2. *Vso skrb naj posveti verbalnemu in neverbalnemu komuniciranju.*

3. *Ko bolnik govori, naj ga pazljivo poslušaj in mu postavlja vprašanja.*

4. *Medicinska sestra naj bo pozorna na bolnikove psihične in fizične nelagodnosti (posebno na stopnjevano bolečino), ki kažejo na določeno občutljivost v odnosu zdravstveni delavec – bolnik.*

5. *Pozorna naj bo na odziv okolice glede bolnikovih težav in odziv bolnika na okolico.*

Najbolj neposreden, a ne vselej najlažji način komuniciranja medicinske sestre z umirajočim bolnikom in njegovo družino, je **pogovor**. Mnoge medicinske sestre se bojijo, da ne bodo našle pravih besed in da ne bodo obvladale lastnih čustev in

tudi ne odnosa do bolnika. Te pogosto še niso integrirale realnosti smrti v svoje lastno življenje.

Potrebno je vedeti, da gre v inicialni fazi v pogovoru predvsem za spoznanje bolnikovih potreb: kaj ima rad, česa ne mara itd.; spoznanje njegove vloge v družini in družbi; spoznanje njegovih skrbi, pričakovanj, bojzani, skratka, potrebo po fizičnem, psihičnem in socialnem blagostanju.

Tudi v terminalni fazi ne gre za specializirane psihoanalitske pogovore, ampak predvsem za preprost, topel pogovor oziroma za izražanje občutkov, ki umirajočega v bistvu zaposlujejo. Za pogovor, ki naj bolniku zmanjša njegove neposredne bojzani in strah, je pomembno, da bolnika ne preplašimo z lastno gostobesednostjo. Potrebna je pripravljenost poslušati, sprejemati, kar ima umirajoči za povedati. Imeti moramo občutek za to, kar izraža v poudarkih, gibih, mimiki, svojih občutkih. Vanj se moramo vživeti, z njim čutiti. To je pogoj, da se nam bo lahko odprl in izražal.

Medicinske sestre bi morda ugovarjale, da ni dovolj časa za pogovore, toda za te ni potrebno, da so dolgi. Z njimi se lahko pogovarjamo tudi med negovanjem. Na umirajočega se vedno obračamo z imenom.

Ob dejstvu, da bo bolnik umrl, se medicinska sestra sooči z brezuspešnostjo svoje nege, zdravnik naleti na mejo svojega znanja, svojci izgubljajo ljubljeno osebo. Bolnikovo umiranje zdravstvene delavce boleče spominja na lastno umrljivost.

Dr. Hubert Požarnik navaja naslednje zaščitne mehanizme, h katerim se zatekamo, da bi omilili svojo tesnobo ob negi umirajočega bolnika:

1. Vse delo zdravnika in medicinske sestre je usmerjeno v diagnozo, terapijo, nego itd. S hladno, tehnično komunikacijo se izmakneta čustvenemu odnosu do umirajoče osebe.
2. Pri mnogih zdravstvenih delavcih se opazi določen fatalizem – vero v neusmiljeno usodo, ki ji ni mogoče ubežati; tudi za bolnika ni drugega izhoda.
3. Zdravnik in medicinska sestra sta bila v diagnostični in terapevtski fazi zelo zavzeta za bolnika; ko pa ugotovita, da bo bolnik umrl, zanimanje zanj popusti.
4. Projekcija – krivdo za svoje stanje zdravstveni delavci pripišejo bolniku samemu; da se ni držal pravil, sicer bi ubežal smrti.
5. Lažni optimizem – poskus vzeti vse z lahke strani; zdravstveni delavci želijo ustvariti vtis, da se da vse pozdraviti.
6. Pretirano sočustvovanje z bolnikom – ne gre za human in realen odnos do njega, bolj gre za samopomilovanje, da je smrt neizbežna.

Pri načrtovanju zdravstvene nege umirajočega bolnika se medicinska sestra pogosto znajde v duševni stiski, katere vzrok je predvsem v tem, da bolnik ne pozna prognoze svoje bolezni, sestra pa čuti, da ima bolnik pravico, da izve resnico. Ona, čeprav je z njim v stalnem stiku, nima pravice storiti, kar sama misli, da bi bilo zanj najboljše. Določeno je namreč, kakšne informacije sme posredovati bolniku in njegovim svojcem.

»Če je sestra določena za to, da kar najboljše in na najprimernejši način skrbi za umirajočega in njegovo družino, bi ji moralo biti dovoljeno vsaj sodelovati pri odločitvah, ki opredeljujejo njeno ravnanje v zvezi z bolnikovo psihično in fizično oskrbo.« (Ruth A. Assell, 1976) (4)

Še v težji situaciji se lahko znajde medicinska sestra, ki jo bolnik naravnost vpraša: Ali bom umrl?

Če sestra ni pripravljena na to vprašanje, se bo težko znašla. Vprašanje bo preslišala, odšla bo naravnost iz sobe, bolnika bo napotila, da naj o tem vpraša zdravnika, dala si bo opravka z drugim, manj pomembnim delom itd., s tem pa bo zanemarila bolnikovo potrebo po naklonjenosti in razumevanju.

Prav bi bilo, da bi se usedla k bolniku in ga npr. vprašala, zakaj misli, da je z njim tako slabo, ter podobno. S tem bi mu dala možnost, da izrazi svoje občutke. Umirajoči se najbolj boji tega, da bi umiral sam. Zato potrebuje predvsem zagotovilo, da bo deležen najboljših nege, ki jo tako nujno potrebuje.

Medicinska sestra se mora zavedati, da zdravstvena nega umirajočega bolnika ne bo nikoli lahka, kajti težko se je sprijazniti z dejstvom, da je vsa strokovnost in skrb neučinkovita in da ničesar ni mogoče storiti za bolnika, s katerim je medicinska sestra marsikdaj celo prijateljsko povezana. Ta povezanost ni samo bežna, ker daje bolezen temu odnosu težo in resnost.

Pod posebno težkimi pritiski delajo medicinske sestre na oddelkih za intenzivno terapijo; pogosto tudi same prevzemajo odgovornost, ko prično z oživljanjem bolnika, če je potrebno še pred prihodom zdravnika, in končno je nazadnje lahko cilj vseh teh prizadevanj smrt. Posebno hudo je, če v krajšem času umre več bolnikov, ker lahko neuspeli naporu medicinski sestre jemljejo voljo in pogum.

Medicinska sestra to prepreči s tem, da se zaveda realnih mej svojih sposobnosti, to pomeni, da ve, da bo do umiranja in smrti v določenih primerih prišlo kljub njenemu največjemu naporu oziroma prizadevanju kogarkoli. Na drugi strani pa mora preprečiti neobčutljivost za bolnikove potrebe, ki se razvija kot ego-obramba ob daljšem delu z umirajočimi.

Noben zdravstveni delavec se ne more ukvarjati samo z umirajočimi, ker je to zelo naporno delo in lahko človeka emocionalno izčrpa. Medicinski sestre je treba dati možnost, da svoj prosti čas primerno izkoristi in si nabere novih moči za delo s takimi bolniki, ne pa da je preobremenjena, ker je na oddelku npr. premalo medicinskih sester.

Sociologa Glaser in Strauss (4) svetujeta, *da se zdravstveni tim vsake bolniške enote, posebno pa enote za intenzivno terapijo, v skupnem pogovoru seznanijo z značilnostmi umiranja v njihovi enoti in razmisli o reakcijah delavcev, ko nastopi smrt: kdo kaj stori, kdo bi moral kaj storiti, kje so problemi, kako bi jih rešili itd.* Predlagata, da izrazijo svoje občutke; vsi doživljajo ob svojem delu žalost, jezo, stres, razočaranje, nemoč, zato potrebujejo oporo drug drugega. Svoje izkušnje najstarejši posredujejo mlajšim in jih opogumijo za delo.

Vse to ne bo vplivalo samo na kvaliteto nege umirajočega, ampak tudi na emocionalno razpoloženje na oddelku oziroma v enoti.

SVOJCI UMIRAJOČEGA

Medicinska sestra ne sme pozabiti, da je bil umirajoči bolnik pred prihodom v bolnišnico član družine in čeprav je od nje fizično ločen, ta bistvena vez ne more in ne sme biti prekinjena. Umirajoči namreč potrebuje prijateljstvo in podporo, ki mu jo največ lahko daje le tisti, ki ga ima rad. Umirajočemu bolniku ne more pomagati, če ne pomaga tudi celotni družini. Čustveno razpoloženje družine se

namreč hitro prenese na bolnika in lahko pozitivno oziroma negativno vpliva na njegovo psihično in fizično stanje.

Umiranje družinskega člana pogosto popolnoma spremeni vsakdanje življenje družine, ki se mora prilagoditi neobičajnim in večjim zahtevam ali pa poleg tega celo reševati materialna vprašanja.



Foto: Peter Skoberne, 1985

V vsaki zdravstveni ustanovi obstajajo pravila glede obiskov bolnikov. Prav je, da medicinska sestra ukrepa in omogoči, da se ta pravila prilagodijo željam umirajočih oziroma njihovih svojcev. Preveč obiskov lahko bolnika utruja, zato je treba te tudi omejiti; iskrene besede obžalovanja glede potrebe takih ukrepov bodo pomirile zaskrbljene sorodnike.

V obeh primerih se medicinska sestra srečuje s svojci, ki jih glede na njihovo vedenje razvrstimo v tri skupine:

1. *Svojci, ki sodelujejo pri negi* – tu ne gre samo za to, da so lahko medicinski sestri v pomoč pri ugotavljanju bolnikovih potreb, npr. če sam ni sposoben komunicirati; gre predvsem za človeško in psihično pomoč, ki mu jo dajejo s svojo prisotnostjo.

2. *Svojci, ki pri negi motijo*; takšen primer so svojci, ki »več vedo« kot zdravnik in medicinska sestra ali takšni, ki z lastno neobvladano bolečino povečujejo bolnikovo trpljenje. Prav je, da jih poučimo in pripravimo k sodelovanju. V skrajnem primeru jih odstranimo iz bolnikove okolice.

3. *Svojci, ki se z resnično človeškega odnosa vživijo v bolezen in celo sami zbolijo*, potrebujejo veliko pomoči zdravstvenih delavcev.

Svojci umirajočega bolnika morajo čutiti, da je pozornost medicinske sestre namenjena tudi njim. Medicinska sestra naj si vzame dovolj časa in poskrbi za primeren prostor, z njimi naj spregovori ljubeznivo, ne pa zadržano in formalno nekaj besed o umirajočem, o njegovem stanju, pa tudi o njih samih.

Sorodnikom je v veliko tolažbo spoznanje, da je za njihovega svojca narejeno vse, kar je mogoče in da bo tako tudi nadalje, ter da lahko izrazijo svojo žalost, ljubezen, olajšanje, občutek krivde ali celo sovraštva, ko izgubljajo svojca, nekemu, ki jih zato ne bo obsojal.

Pozorna medicinska sestra se bo spomnila in ponudila skodelico čaja ali kave sorodnikom, ki so prišli obiskat umirajočega od daleč, oziroma tistim, ki čakajo ob postelji umirajočega na njegovo slovo. Pomagala jim bo premagati znake žalosti pred njihovim srečanjem z bolnikom in kar je najpomembnejše od vsega, strinjala se bo s tem, da naj bi smeli družinski člani, ki želijo, aktivno sodelovati v procesu nege. Poskrbela bo, da se to uresniči.

Zelo pomembno je, da je ob umirajočem v zadnji fazi nekdo, ki si vzame zanj veliko časa. To pa bodo lahko predvsem svojci. Kajti za umirajočega človeka je morda najpomembnejše, da ima v zadnjih urah svojega življenja ob sebi nekoga, ki mu je povsem blizu. Sliši besede, ki mu dobro denejo. Najde uho za stvari, ki bi jih rad sporočil. Tu je roka, ki se ga nežno dotika. Ima pomoč, ki si jo zelo želi; ne čuti se zapuščenega (Reinhold Lindner, 1978) (1).

Umirajoči v oskrbi svojcev. Če se svojci odločijo, da umirajočega bolnika negujejo doma in so mu tudi sposobni zagotoviti primerno nego, je prav, da zdravstveni delavci podprejo njihovo odločitev.

Umreti v domačem okolju, ki mu je znano, ljubo in udobno, je za bolnika vsekakor prednost. Težka pa je ta naloga za svojce, ki v tem primeru potrebujejo vsestransko pomoč zdravstvenih delavcev, predvsem patronažne medicinske sestre.

Patronažna medicinska sestra skrbi, da se v okviru nege bolnika na domu izvaja zdravljenje po naročilu zdravnika, vodi in vrednoti nego umirajočega bolnika, hkrati pa pomaga pri reševanju težav, s katerimi se srečujejo bolnikovi svojci v vlogi negovalcev.

Svojci ne smejo biti preobremenjeni s prezahtevnimi nalogami. Upoštevati je treba, da ti ves čas negovanja doživljajo nek stres že zaradi same zavesti, da eden izmed njih umira. Lahko so razpeti med dolžnostjo negovati umirajočega oziroma skrbeti tudi za druge člane družine, npr. za majhne otroke.

Ker lahko svojci zaradi takih in podobnih težav zapadejo v malodušje, je prav, da medicinska sestra poudari prednosti, ki jih dajejo umirajočemu svojcu s tem, da ga negujejo doma. Opozori naj jih, da se morajo tudi sami spočiti in sprostiti, ker bodo le tako sposobni zadovoljiti potrebe umirajočega. V kriznih trenutkih naj najamejo tujo osebo za nekajurno pomoč.

Družino se mora na primeren način seznaniti s smrtjo in umiranjem; pripravljena mora biti na trenutek smrti. Ta priprava naj bo neprekinjen proces, ki se začne takrat, ko svojci zvedo, da je bolnikova bolezen neozdravljiva, oziroma ko se odločijo, da bodo svojca negovali doma. V primeru bolnikove smrti na domu oživljanje skoraj ne pride v poštev in svojci potrebujejo pogosto potrditev, da je njihova odločitev pravilna.

Patronažna medicinska sestra naj po bolnikovi smrti ponovno obiše družino. Njeno zagotovilo, da so storili, kar so mogli, da so bolniku olajšali trpljenje, jim bo v oporo in tolažbo.

SKRB ZA UMRLEGA IN NJEGOVE SVOJCE

V času življenja je pomemben naš človeški odnos do bolnika. Stalno moramo bogatiti in prečiščevati lastno občutljivost za njegovo usodo, kajti gre za njegovo enkratno in neponovljivo osebnost; etična, moralna in humana načela pa zahtevajo, da tudi z umrlim ravnamo z vso pieteto.

Ugotovitev smrti. Smrt je napredujoč proces brez izrazito trdnih mej, zato je točna ugotovitev časa smrti težka, posebno odkar so se uveljavile nove ali obnovljene metode oživljanja. Določitev smrti oziroma umrlosti ni pomembna samo po medicinski strani – zaradi presajanja organov, ampak tudi zaradi urejanja pravnih odnosov med ljudmi ter ne nazadnje v povsem splošnem človeškem smislu.

Zdravstveni delavci bi morali biti pri tem zelo natančni. Ko medicinska sestra opazi, da se je stanje umirajočega bolnika poslabšalo, oziroma ko zazna bolnikovo nenadno smrt, naj takoj pokliče zdravnika, oziroma prične z reanimacijskimi ukrepi, zdravnika pa naj pokliče najbližji sodelavec.

Oživljanje le takrat ne pride v poštev, kadar je smrt prizadetega iztek naravnih dogajanj, npr. posledica rakavega obolenja in medicinska znanost ne more več kaj bistvenega storiti, oziroma če narava poškodb izključuje možnost nadaljevanja življenja.

V primeru zastoja srca pa je ugotavljanje tako imenovanih znakov smrti lahko usodno.

Smrt ugotovi le zdravnik, ki vpiše točno uro smrti na temperaturni list.

Dokumentacija umrlega. Ob ugotovitvi smrti zdravnik izpolni vso potrebno dokumentacijo:

- zdravniško poročilo o vzroku smrti,
- bolniško-statistični list,
- vznožni listek (tega dobro pritrdimo na nogo umrlega),
- napotnico za prevoz umrlega,
- priloži se kopija popisa bolezni, drugi administrativni postopek pa je

podoben kot ob odpustu bolnika.

Praviloma se vsi bolniki, ki umrejo v bolnišnici, obducirajo. Predstojnik oddelka lahko na željo svojcev odstopi od te zahteve, če je vzrok smrti jasen in če se s to odločitvijo strinja zdravnik, ki je umrlega bolnika zdravil.

Na oddelku se vodi mrliško knjigo, v katero se poleg generalij in diagnoze, vpiše še diagnoza in vzrok smrti, ki sta bila ugotovljena pri obdukciji. Šele potem, ko je izpolnjena dokumentacija o bolnikovi smrti, sme medicinska sestra ravnati z umrlim kot s truplom.

Lastnina umrlega. Medicinska sestra pregleda vso lastnino umrlega in jo popiše v trojniku, ki ga podpišeta dve priči, ter poskrbi, da te stvari dobijo svojci. Lastnino odda le proti potrdilu (kopija in podpis). Kadar gre za predmete večjih

vrednosti, oziroma je sumljivo, kdo je ta, ki ima prvi pravico, da jih prevzame, je najboljše, da poskrbi, da se predajo sodišču.

Oskrba umrlega. To se v zdravstvenih ustanovah seveda nekoliko razlikuje, predvsem pa je pomembno, da je telo umrlega čisto in točno identificirano. Umrlega naj oskrbita dve osebi. Odstrani se vse pripomočke (dren, nazalno ali gastrično sondo, sistem za transfuzijo ali infuzijo itd.), pa tudi zlatnino in osebne predmete. Če ima uvedene elektrode (pace-maker) se glede odstranitve posvetujemo z zdravnikom.

Umrlega slečemo, s pritiskom izpraznimo mehur in danko, nato pa telesne odprtine zapremo s tamponi iz vate.

Kopanje trupla je potrebno le v primerih nalezljivih bolezni. Dovolj je, da se ga brez mila umije, uredi nohte; možkega se obrije.

Na morebitne rane se namesti sveže obveze. Odstrani se izpod glave blazino, očesne veke pa prekrije z navlaženimi tamponi. V usta se vstavi zobna proteza, spodnja čeljust pa fiksira. Okončine se zravnajo ob telesu. Lasje se počesajo in uredijo tako, kot jih je umrli imel običajno urejene.

Tako urejeno telo umrlega, ki leži na ravni podlagi, se zavije v svežo rjuho in ostane vsaj dve uri v postelji.

Po dveh urah se truplo odpelje v mrliško sobo ustanove, kjer je umrl, od tu pa, če je potrebno, na patoanatomski inštitut ali sodno medicino. Medicinska sestra poskrbi za prevoz umrlega do mrliške sobe, pri čemer naj upošteva estetska in higienska pravila.

Mrliška soba oziroma mrtvašnica v bolnišnici nikakor ne sme postati le odlagališče mrličev, ampak mora biti zelo skrbno urejena. Dana mora biti možnost, da lahko svojci vidijo umrlega.

Ali naj svojci vidijo umrlega? Zaželeno je, da so svojci soočeni s smrtjo kot realnostjo, kajti študije kažejo, da najtežje rešujejo žalost, oziroma padejo v depresijo tisti, ki ne vidijo umrlega, npr. ob hudi elementarni nesreči, če truplo ni bilo najdeno.

Umrli je lahko tudi poškodovan, tako da se vprašamo, če je pametno, da ga svojci vidijo. Če želijo, jim moramo dati možnost, da umrlega vidijo, prej pa jih na to pripravimo. Če je umrli dojenček ali otrok, staršem omogočimo, da se od njega poslovijo, ga vzamejo v naročje in, če želijo, jih pustimo nekaj minut same z njim.

Kdo naj sporoči družini smrt in kako? Prav je, da medicinska sestra svojcem bolnikov, ki umirajo dolgotrajne in počasne smrti, v dogovoru z zdravnikom občasno poroča, kakšno je bolnikovo stanje, čeprav so novice vedno slabše. To je boljše, kot če jih ne bi nič obveščali. S tem imamo možnost, da se družina pripravi na to, da je smrt neizbežna. V tem času mora družina imeti stik z zdravnikom.

Mnogi zdravniki menijo, da se njihova odgovornost konča s smrtjo bolnika. Pri tem pozabljajo, da so ostali sorodniki, ki tudi potrebujejo pomoč. Potrebno jim je pomagati pri reševanju trenutnih problemov, ki jih imajo.

Medicinske sestre pogosto mislijo, da so one tiste, ki bi najbolj seznanile svojce o smrti bolnika ter da so jim v takih primerih bolj koristne. To je lahko res, vendar je potrebno, da ima družina stik z zdravnikom, ki je skrbel za umrlega, in da

jim ta sporoči njegovo smrt. Če ni zdravnika, kateremu naj bi bila poverjena skrb, lahko svojci upravičeno mislijo, da bi bolnik še živel, če bi zanj nekdo skrbel.

Sestra naj spremlja zdravnika in podkrepi njegovo zagotovilo, da je bilo storjeno vse tudi s strani zdravstvene nege.



Foto: Peter Skoberne, 1985

Predvsem pa je pomembno dvojje: **v nobenem primeru se zdravstveni delavci ne smemo družine izogibati ali pa jim dajati lažnih upanj.**

Največ medicinskih strokovnjakov meni, da svojci ne bi smeli biti obveščeni po telefonu, še manj pa s telegramom, če je smrt nenadna in nepričakovana. Nemogoče je namreč vedeti, kaj se dogaja na drugi strani s svojcem, ki je na primer sam, ko sprejema porazno novico. Predvidevamo lahko srčne napade, dejanja samopoškodb ali pa lahko oseba v naglici, da bi prišla čimprej v bolnišnico, postane žrtev prometne nesreče.

Kadar medicinska sestra obvešča svojce prek telefona, naj čim bolj mirno posreduje informacijo, da je bila nesreča in da naj svojci pridejo v bolnišnico. S tem ko pove, da je bolnik močno prizadet oziroma poškodovan ter poudari, da je zanj storjeno vse, kar je mogoče, ter da ni potrebe, da bi svojci hiteli, se lahko izogne resnici o bolnikovi smrti. Tako so svojci obveščeni in pričakujejo celo najslabše, obstajajo pa možnosti, da se izognejo paniki. Zdravnik bi moral v tem primeru govoriti s člani družine, tudi če jih bo moral čakati.

Ko obveščamo družino o smrti svojca na oddelku, moramo predvideti prostor, kjer bomo to storili. To vprašanje je posebno pereče na oddelkih za intenzivno terapijo, kjer so smrtni izidi zelo pogosti. Brezsrečno in neopravičljivo je dajati šokantna obvestila na hodniku oziroma pred drugimi, prav tako zaskrbljenimi in nervoznimi obiskovalci. Če ni predviden v ta namen poseben prostor, se lahko uporabi manjša prazna soba.

Pomoč svojcem umrlega v procesu žalovanja. Za umirajočega je s smrtjo konec krize, za njegovo družino pa se prav tedaj v bistvu začne, zato moramo dati

svojcem vso pomoč, potem ko so ti soočeni s smrtjo, kajti skupaj z njimi smo vključeni v proces žalovanja.

Psihologija imenuje proces, ko človek v sebi preboli izgubo ljubljenega človeka, »premagovanje žalosti«. Premagovanje žalosti je dolg proces in ga lahko istovetimo kot osvoboditev od pokojnega, poznejše ponovne prilagoditve okolici, v kateri je sicer umrlj pogrešan in končno kot formiranje novih odnosov z okolico.

Normalno žalovanje sestoji iz treh faz:

- šoka in nesprejemanja dejstev,
- postopnega osveščanja,
- ponovne vzpostavitve ravnovesja.

Medicinska sestra ima navadno največ stika z žalujočimi družinskimi člani med prvo in drugo fazo žalovanja. Poznati mora normalni model žalovanja ter se ne sme vmešavati, oziroma ga prekinjati, da se žalovanje lahko zaključi.

Vedenje v šoku odraža poskuse prizadetih, da bi se zavarovali pred učinkom uničujoče napetosti ob prvi zaznavi dogodka ali proti bolečemu čustvu, ki ga je to izzvalo. Pojavi se potreba zanikati izgubo.

Najpomembnejši terapevtski ukrep je mirna tolažeča navzočnost medicinske sestre ali kakšnega drugega zdravstvenega delavca, ki bo tiho počakal, da prizadeti dojamemo informacijo o izgubi.

V drugi fazi, ko se svojci zavedo izgube najdražjega – za kar je potreben krajši ali daljši čas – pogosto izrazijo svojo čustveno prizadetost z jokom, ki pomeni ob prisotnosti smrti enako sprostitev za vse ljudi, ne glede na raso, etično pripadnost ali spol. Sestra ne samo, da jok sprejema, mora ga celo pričakovati, ker je sestavni del normalnega žalovanja. Ne sramuje naj se niti lastnih solz. Družini je v tolažbo, da smrt njihovega svojca tudi medicinski sestri nekaj pomeni.

Poleg žalosti je jeza značilno čustvo za drugo stopnjo žalovanja in je pogosta pri prizadetih ob nenadni smrti. Mogoče so obtožbe na račun dosedanega zdravljenja in nege, iskanje krivca itd. Obtožbe so za zdravstvene delavce seveda mučne, vendar bi se moral zavedati, da je ta jeza redko naslovljena nanje. To je navadno le izraz osebne nemoči (in nezmožnosti) žalujočega, da bi karkoli lahko spremenil.

Jeza svojcev je usmerjena tudi proti samemu sebi, če se počutijo krive, ko v mislih analizirajo svoj odnos do umrlega in se zavedo, da je prepozno karkoli popraviti.

Zdravstveni delavci so velikokrat v situacijah, ko so žalujoči emocionalni in glasni, jezni, nesramni in so te reakcije težke tudi zanje. Lahko se odločijo, da zatrejo čustva žalujočih z medikamenti – sedativi. Sedativi res umirijo hlipanje in pomagajo ljudem, to pa pomeni, da se žalovalna reakcija samo odloži in podaljša proces žalovanja. Primerni pa so sedativi, ko je potrebno, da si telo odpočije, sicer bi žalovanje človeka izčrpalo, npr. dolgotrajna nespečnost.

Zdravstveni delavci tudi ne smejo prezreti kulturnih običajev posameznih etničnih skupin, še manj pa jih kritizirati ali omalovaževati. Svojcem moramo dovoliti izraziti žalost na kakršenkoli način brez komentarja, kajti besede tolažbe je pogosto težko najti. Še najbolje je biti poslušalec, če sorodniki želijo izraziti svoje misli.

Ne smemo pa pozabiti, da je dotik, kot je npr. stisk roke ali objem okoli ramen zelo učinkovit, kakor so učinkovite majhne pozornosti, da ponudimo kozarec sadnega soka ali skodelico kave. Zapomnimo si: bolj pomembno kot to,

kar govoriš je, kako govoriš, in to, kar delaš ter to, da si prisoten. Če ohranimo sočutje in razumevanje, smo s soljudmi tako iskreno povezani, da pogled v obraz drugega ohrabri in potolaži že sam občutek, da imamo skupno človeško usodo.



Foto: Peter Skoberne, 1985

Medicinska sestra naj ne misli, da izgublja čas, ko posluša izraze žalovanja, obujanje spominov, kajti to je potrebno, da žalujoči pridejo do točke, ko lahko odidejo domov. Mnogo lažje bo seveda takrat, kadar je prisotnih več družinskih članov ali pa kak družinski prijatelj, ker so tako drug drugemu v pomoč in se žalost lažje prenaša.

Tisti, ki ostanejo ob smrti svojca popolnoma sami, brez sorodnikov, prijateljev, npr. starejši zakonec, ne bi smel sam domov, kajti mnogo ljudi v akutnem obdobju bolečine in tesnobe ne vidi rešitve. Bolje bo, da ostanejo do naslednjega dne v oskrbi medicinskih sester z upanjem, da bodo takrat uspešneje urejali stvari.

Tretja faza žalovanja se sestoji iz tradicionalnih obredov, kot je npr. bedenje pri umrlem, pogreb, izrazi sožalja prijateljev itd. Za to fazo, ki žalovanje zaokrožuje, je značilno, da je s strani žalujočega spomin na mrtvo osebo idealiziran. Potrebno je veliko mesecev, da bo ta sposoben najti realističen pogled na umrlega.

Sestra v tretji fazi navadno ne sodeluje, razen kolikor je potrebno, da dá kakšne sugestije o pogrebu. Glede na to, da so pogrebni in žalni obredi za mnoge postali nadležni in v bistvu odvečne ustaljene navade, je prav, da ve, da tudi ti lahko žalujočim pomagajo v sebi preboleti žalost. Človek poleg spremembe potrebuje tudi ponovitev, potrebuje tradicije, ki dajejo varnost, potrebuje oblike in pravila, ki jih je prevzel od otroštva, čeprav se mu zdijo še tako nesmiselna. To velja tudi za žalne obrede.

Žalovalni proces je končan, oziroma se za žalovalca nadaljuje normalno življenje šele, ko je dopolnil vse tri faze žalovanja, kar pa traja približno eno leto. Nedokončano žalovanje je lahko uvod v psihopatološko depresijo, ki zahteva že psihiatrično pomoč.

Tuja literatura navaja, *naj bi se svojci štiri do šest tednov po bolnikovi smrti sešli z zdravnikom in medicinsko sestro, ki ga je negovala*. S tem bi imeli možnost, da zunaj prvih dveh faz izrazijo svoj strah, ogorčenje in potrnost, predvsem pa dobijo odgovore na svoja vprašanja. Vse to pomaga, da žalujoči lažje preboli izgubo ter jo sprejme kot izkušnjo, po kateri lahko bolje pozna in razume samega sebe.

SKLEP IN OSEBNE IZKUŠNJE

S smrtjo se srečamo v literaturi, filozofiji, umetnosti, glasbi itd., iz vsakdanjega življenja pa jo odrivamo. Današnja družba podpira tabu smrti in umiranja v smislu, da iz daljave grozno ne učinkuje več grozno. Ljudje umirajo večinoma v bolnišnicah in v zavodih za stare ljudi. Na oddelkih za intenzivno terapijo vstop ni dovoljen, zato svojci marsikdaj vidijo pokojnika nekaj minut pred pokopom.

Vendar sta smrt in življenje neločljivo povezana in če bomo hoteli, da bomo ljudje, to se pravi tudi mi sami, lažje umrli, pa tudi živeli, bomo morali korenito spremeniti naš odnos do smrti in umiranja. Zavedati se moramo tega, kar trdijo sodobni filozofi in psihologi: *polno življenje z večjo zavestjo nam pomaga, da lažje sprejmemo smrt, odprti odnos do smrti pa nam omogoča, da življenje živimo bolj celovito*.

V tem pogledu bomo morali prav zdravstveni delavci, predvsem medicinske sestre poskrbeti, da preneha vpliv podedovanih zmot. Potrebno je, da se zavemo, da problem obstaja, da se spopademo z lastnimi občutki glede smrti in umiranja, da o tem razmišljamo in se izobražujemo.

V življenju se moramo marsičemu odreči. V posameznih življenjskih obdobjih se moramo od marsičesa ločiti; da se odpremo novemu, se ne smemo ničesar trdno držati. Zakaj se ne bi odpri umiranju in smrti? Je morda Gustav Carl Jung, ki je kot zdravnik psihiater mnogim stal ob strani, ko so se poslavljali od življenja, pretiraval, ko je zapisal: »Vzniku življenja pripisujemo cilj in smisel, zakaj ne zatonu? Človekovo rojstvo je ‚smiselno‘, zakaj ne smrt? Mlad človek se dvajset ali več let pripravlja na popolni razvoj svoje osebne eksistence, zakaj se ne bi dvajset let in več pripravljaj na svoj konec?«

Prava spoznanja pa bomo našli ob umirajočih samih. Mnogi strokovnjaki na tem področju menijo, da nas prav ti učijo živeti, oziroma da tu pomagamo drug drugemu. Pojdimo jim nasproti z iskreno željo olajšati jim trpljenje. Saj smo se prav z željo pomagati ljudem odločili za poklic medicinske sestre.

V svet umirajočega bolnika zelo neradi vstopamo. Tudi mene so vzbudili občutki lastne nemoči in neznanja šele ob tetini smrti, ki sem se je vedno s trpkostjo spominjala. Potrebovala sem veliko časa za razmišljanje, da sem si jih znala razložiti.

Teta je umirala v majhni prazni sobi na Onkološkem inštitutu. Ob njeni smrti sem bila pri njej skupaj s svojo mamo in njeno sestro. Teta je umirala pri polni zavesti. Do konca ni bilo sledu o kakšni agoniji, njen glas je bil spokojen. Zahvalila

se nam je, da smo prišle. Med drugim je dejala: »Nič jokati, nič žalovati.« Meni je kot študentki prvega letnika, ki nisem vedela o smrti in umiranju nič, vedela pa sem, da je bolnikova postelja »nedotakljiva«, preostalo le to, da sem nemočno gledala nanjo – v sobi ni bilo nobenega stola – v meni pa je trepetala ena sama misel, da bi bilo že kmalu vsega konec.

Teta me je obogatila za spoznanje, da se dá dostojanstveno umreti. Jaz pa ji nisem »dala« ničesar.

Danes bi ravnala drugače. Usedla bi se k njej, jo nežno prijala za roko in molčala pred tistim, kar je ona doživljala v sebi. Morda bo tanatologija nekega dne postala samostojen predmet v učnem programu medicinskih sester. Ne samo kot nauk o smrti in posmrtnih spremembah, ampak kot nadaljnje, s humanostjo prežeto ugotavljanje in poglobljanje potreb umirajočih, kajti dva človeka ne preživljata življenja enako in tudi enako ne umirata.

Celo nemogoče stvari postanejo mogoče, potrebno je, da resnično verjamemo, da so pomembne in potrebne.

LITERATURA

1. Aichelin H, Fiest D, Herzog R, Lindner R, Pöhlmann HG. Tod und Sterben. Mohn: Gütersloher, 1978.
2. Blažević D, Cividini-Stranić E, Beck-Dvoržak M. Medicinska psihologija. Zagreb: JUMENA, 1979.
3. Blondis MN, Jackson BE. Nonverbal communication with patients: back to the human touch. New York: Wiley and Son, 1977.
4. Caughill RE, ed. The dying patient: a supportive approach. Boston: Little; Braun, 1976.
5. Frankl VE. Zašto se niste ubili: uvod v logoterapiju. Zagreb: Oko tri ujutro, 1982.
6. Jolić M, Vićovac L, Đorđević D. Nega bolesnika – opšta i specijalna. Beograd: Institut za stručno usavršavanje i specializaciju zdravstvenih radnika, 1973.
7. Jores A. Der Mensch und seine Krankheit. Stuttgart: Ernst Klett, 1970.
8. Kübler-Ross E. On death and dying. New York: Macmillan, 1969.
9. Milčinski J. Medicinska etika in deontologija – razprave in članki. Ljubljana: Dopisna delavska univerza Univerzum, 1982.
10. Piper HC. Gespräche mit Sterbenden. Göttingen: Vandenhoeck; Ruprecht 1977.
11. Sporken P. Menschlich Pflegen. Düsseldorf: Patmos, 1975.
12. Milčinski J. Neka pitanja iz tanatologije. In: Tanatologija. Zbornik sa prvog kongresa sudske medicine Jugoslavije. 2 del, 1962: 22–61.
13. Trstenjak A. Hoja za človekom. Celje: Mohorjeva družba, 1984.
14. Zalokar J. O tesnobi našega časa: anksioznost in anksiozna stanja. Celje: Mohorjeva družba, 1983.

V TRENUTKU KO JE POPUSTIL OPRIMEK, MI JE BILO POPOLNOMA JASNO, DA BOM PADEL IN DA BOM UMRL. NOBENEGA STRAHU NISEM OBČUTIL, ČUTIL PA SEM, DA SE PREVRAČAM, IN BIL SEM CELO PRESENEČEN, DA ME NI NIČ ZABOLELO, KO SE JE NAENKRAT VSE STEMNILO OKROG MENE. POTEV VEM SAMO ŠE TO, DA MI JE V TEMI, KI ME JE OBDAJALA, SRCE DIVJE BOLEČE RAZBIJALO, IN SPET ME JE SPRELETELO SPOZNAVJE, V KATEREM NI BILO NITI TROHICE STRAHU, DA BOM ZDAJ UMRL, IN SEM SE ČUDIL, DA JE TO TAKO LAHKO, IN VESELIL, DA ME KMALU NE BO NIČ VEČ BOLELO.

Reinhold Messner, alpinist