

SAMOMORILNOST IN ZDRAVSTVENA NEGA SAMOMORILNO OGROŽENEGA BOLNIKA

Lev Milčinski, Nadja Kariž

UDK/UDC 616.89-008.441.44-083

DESKRIPTORJI: *samomor; samomorilni poskus; nega bolnika*

IZVLEČEK – Pridruženi sestavek obravnava samomorilnost s kliničnega vidika. Ustrezen praktični odnos do samomorilno ogroženega bolnika se zgradi na teoretski predpostavki, da do takšnega ravnanja pride tedaj, ko se določene osebnostne značilnosti srečajo z vrsto zunanjih obremenitev. Pri tem pa je treba upoštevati to, da samomorilna odločitev po pravilu ni nekaj hipnega, temveč le konec daljšega psihosocialnega procesa, in da tudi ni le premočrtna pot v smrt, temveč hkrati tudi »apel« – klic na pomoč. Navedene so nekatere manj opazne posebnosti vedenja pri samomorilni ogroženosti in načela ustvarjanja prvega stika s takšnimi bolniki.

Podrobneje so razloženi prijemi nege, vodenja in diskretnega nadzora samomorilno ogroženih bolnikov v bolnišničnem okolju. Opisana je vloga skupine pri zdravljenju in rehabilitaciji teh oseb. Sestavek opozarja na to, da naj bi »mehanično« preprečijo v primerih izrazitejše samomorilne ogroženosti, se pravi odvzem raznih predmetov (npr. pasu, vezalk, brivskega pribora), skušali zamenjati z ustvarjenjem primerne okolja in pri-srčnega kontakta. Omenjena je še nujnost stikov s svojci takega bolnika.

Uvod

Povsod po svetu narašča število samomorov, tudi v Jugoslaviji, posebno pa še v Sloveniji, kjer je bil leta 1985 količnik samomora (se pravi število smrti zaradi samomora v enem letu na 100.000 prebivalcev) 34,2, kar se približuje najvišjim številkam v uradni statistiki Svetovne zdravstvene organizacije. Tistih 686 ljudi, ki so si v letu 1985 vzeli v Sloveniji življenje, je bilo povprečno starih 47,9 let, 77% pa je bilo moških. Zdravstvene ustanove so v tem letu prijavile 605 primerov samomorilnega poskusa, pri čemer pa vemo, da še dosti več – mogoče petkrat ali desetkrat toliko – primerov ostaja neprijavljenih.

SUICIDE AND NURSING CARE OF A SUICIDAL PATIENT

DESCRIPTORS: *suicide; suicide attempted; nursing care*

ABSTRACT – The present article deals with suicide from its clinical point of view. An appropriate practical attitude towards a suicidally threatened patient stems from the theoretical assumption that suicidal behaviour is the result of the combination of certain personality characteristics and a series of environmental pressures. It has as well to be considered that the decision to commit suicide is never momentary, but always the result of a long psychosocial process, and that it is never a straight path to death, but a cry for help at the same time. Some less obvious specific features of suicidal behaviour are described, along with the principles of establishing the first contact with such patients.

In the second part of the article, the process of nursing is described, as well as management and discrete control of suicidal inpatients. The role of group treatment in the therapy and rehabilitation of suicidal patients is described. There is a warning that »mechanical« prevention in cases of more acute suicidality, i. e. the taking away of certain things (for example, a belt, shoe-laces, shaving razor) should be substituted by suitable environment and genuine contact. Mentioned is also the necessity of contacts with patient's relatives.

Prof. dr. sc. Lev Milčinski, dr. med., Center za izvenbolnišnične psihiatrične dejavnosti Univerzitetne psihiatrične klinike, Njegoševa 4, 61105 Ljubljana.

Nadja Kariž, višja medicinska sestra, Center za mentalno zdravje Univerzitetne psihiatrične klinike, Poljanski nasip 58, 61105 Ljubljana

Ozadje in mehanizmi samomorilnega vedenja

Če želimo samomorilna dejanja v njihovi očitni ali bolj skriti obliki prav razumeti, je treba upoštevati tri pravila, ki so se utrdila ob vsakodnevnem delu s samomorilno ogroženimi osebami.

- Samomorilno dejanje ni posledica enega samega mučnega doživetja, temveč vrste zunanjih obremenitev in osebnostnih posebnosti.

- Samomorilna odločitev večinoma tudi ni nekaj, kar bi se zgodilo v hipu, temveč je le zadnji prizor dolge drame, ki se včasih začne že v rani mladosti, ko se – v neugodnih psihohigienskih razmerah – oblikuje človekova osebnost.

- Samomorilno dejanje je rezultanta dveh antinomičnih motivov: težnje k smrti in »apela«, nebogljenege klica na pomoč, ki ga človek tedaj, ko ne vidi več izhoda iz življenjske stiske – naslovi na obdajajočo ga družbo. Prav ta posebnost samomorilnega ravnanja osmišljuje prevcncijo samomora, saj skorajda ni človeka, ki ne bi smrti zamenjal za življenje, če bi mu kdo ponudil dostojno možnost.

Med samomorilno ogroženimi osebami posebej izstopajo psihotični bolniki, alkoholiki in seveda tisti, ki imajo za seboj že samomorilni poskus. Tole so nekatera opažanja o vedenju zlasti mladih ljudi, ki sicer ne razodevajo kakih omenjenih duševnih motenj niti nimajo v anamnezi še samomorilnega poskusa, temveč so v čustveni stiski spričo svojih osebnostnih značilnosti in posebne življenjske situacije, v kateri so se znašli:

- vse manj se pogovarjajo s svojci,
- težijo k samoti,
- slabo spijo, videti so zaskrbljeni, peša jim apetit,
- izražajo se, kot da njihovi pretekli dosežki nič več ne pomenijo, in za nevšečnosti okoli sebe iščejo krivdo pri sebi,
- razdajajo predmete, ki so jim bili poprej dragi, češ da jih ne bodo več potrebovali,
- pešajo v študijski in siceršnji učinkovitosti,
- več kadijo in pijejo,
- včasih govorijo o samomoru ali pa takšen namen nakazujejo posredno, rekoč na primer, da bi najrajši umrli, pustili vse in kam šli ipd.,
- navzven običajno potrnosti često ne razodevajo in svoje razpoloženje kažejo često s tem, da se prepirajo s svojci, razdirajo običajne norme, se izmikajo obveznostim, se potepajo.

Nega, prevencija

Psihotične samomorilne osebe je treba obravnavati po načelih, ki sicer veljajo v zdravljenju in negi duševno bolnih. Sicer pa se je pri skrbi za samomorilne osebe treba držati v glavnem naslednjih smernic.

Najprej je treba s pacientom na nevsiljiv način ustvariti govorni stik in si pridobiti njegovo zaupanje. Ko se nam odpre, je naša prvotna naloga ta, da ga poslušamo. S tem mu damo priložnost, da se razbremeni svoje čustvene napetosti, vsebina njegove pripovedi pa nam pove, kakšna je še nevarnost ponovnega samomorilnega dejanja in kje so oprijemališča za naše intervencije. Če se nam bolnik v razgovoru pokaže že sproščenege in umirjenega, ne smemo tega imeti že za dokončno olajšanje in ga zato prepustiti samemu sebi, kajti razpoloženje lahko

kaj kmalu spet zaniha v depresivno smer. Takšni razgovori terjajo veliko potrpljenja, in če nam ga začne zmanjkovati, je to znamenje, da velja predati bolnika v druge roke – preden bi si utegnili s kako neprimerno besedo zapraviti njegovo zaupanje. V tem smislu je treba pripraviti tudi svojce. Seveda je treba oceniti, ali je zastrupitev oziroma poškodba, ki si jo je bil v samomorilnem poskusu zadal, mogoče potrebna v prvi vrsti medicinske oskrbe. Tako kot nasploh, se je tudi pri samomorilnih pacientih treba kolikor le mogoče izogibati prisilne hospitalizacije. Le če gre za docela nekritične, hudo čustveno prizadete psihotike, bo treba energično poseči. Upoštevati moramo, da bolnik svoj samomorilni namen skriva in nas preseneti s samomorom, potem ko s svojim navzven bolj sproščenim vedenjem doseže določene svoboščine v zavodnem režimu – bodisi, da se odloči za samomor v psihiatričnem zavodu samem ali pa ko preživlja svoj »konec tedna« doma.

Samomorilni poskusi se po navodilih Republiškega komiteja za zdravstveno in socialno varstvo javljajo Registru SRS za samomore in samomorilne poskuse pri Psihiatričnem dispanzerju, Ljubljana, Njegoševa 4. Primere uspešnih samomorov pa obravnava in prijavlja Registru Republiški sekretariat za notranje zadeve.

ZDRAVSTVENA NEGA SAMOMORILNO OGROŽENEGA BOLNIKA

V psihiatrično ustanovo prihajajo ponavadi bolniki z jasnimi znaki depresije, z izdelanim načrtom za samomor ali po poskusu samomora, intoksicirani in prizadeti. Samomorilno pa so lahko ogroženi tudi drugi bolniki na oddelku, ki so le tesnobno razpoloženi, sumničavo napeti ali pa se tako obvladujejo, da na prvi pogled sploh ne izstopajo iz običajnega okvira. Takšni nam seveda prav lahko povzročijo neprijetno presenečenje.

V začetku zdravljenja si prizadevamo, da si bolnik telesno opomore, hkrati pa skušamo navezati z njim stik in pridobiti njegovo zaupanje. Vzbuditi mu moramo občutek, da je prišel v okolje, ki mu je naklonjeno in ga razume. Takšen odnos je za bolnika pomemben vir ohrabritve. Pomagamo mu razviti samospoštovanje in občutek lastne vrednosti, pri čemer si prizadevamo, da je naš odnos vselej pristen, topel, spoštljiv, razumevajoč, prepričljiv, da ne poglobi njegovih občutkov osamljenosti, manjvrednosti in odtujenosti. To pa ne pomeni, da ga moramo zasuti z obilico besed. Marsikaj tega je mogoče pokazati z našim vedenjem ali s kako pripombo. Gostobesedno argumentiranje o nesmiselnosti samomora na čisto razumski ravni nima pravega učinka. Pogovor naj skuša bolnika vrniti bliže k njegovi intimni vsakdanjosti. Znati ga moramo poslušati. Preveč »poučevanja« ga odbija.

Ves čas zdravljenja samomorilnega bolnika tudi opazujemo. Opazovanje naj bo diskretno, da ne bi kakega bolj sumničavega bolnika naredili še bolj nezaupljivega. Pri tem smo pozorni na psihološke in fiziološke znake samomorilne ogroženosti. Natančno vrednotenje teh znakov nam narekuje, kako bomo bolnika obravnavali. **Psihološki znaki samomorilne ogroženosti** so: občutki brezupa, nemoči, pomanjkanje interesov za običajne življenjske dejavnosti (služba, šport, branje, gledanje TV), žalostno, včasih samoobtoževalno razpoloženje, umikanje iz kroga svojcev in prijateljev itn.

Takšno razpoloženje rada spremljajo naslednja **telesna znamenja**: neješčnost, nespečnost, pomanjkanje energije, zaprtost, suha usta, glavoboli, druge bolečine, utrujenost, slabša koncentracija in zmanjšana pozornost.

Za nadaljnjo obravnavo pacienta moramo ugotoviti, o čem razmišlja. To pa najlažje zvemo iz odkritega pogovora z njim. Izkoristimo na primer priložnost, ko samomorilni bolnik ostaja sam v sobi ali pa sloni ob oknu na hodniku in zre nemo skozenj, da pristopimo in vzpostavimo ta tako potrebni človeški stik. To bomo zlahka storili, če se bomo zavedali, da pomanjkanje stikov in osamljenost povečujeta nevarnost samomora. Za nadaljnjo obravnavo samomorilno ogroženega bolnika imajo pomembno vlogo tudi terapevtske skupine. Na teh srečanjih bolnik spozna, da čustveni problemi ne bremene le njega samega, ampak tudi druge ljudi. Tu mu omogočimo priložnost za izražanje svojih misli in opisovanje lastnih doživetij.

Sčasoma doživi s pomočjo sodelovanja v skupini dragocen občutek pripadnosti in s tem tudi občutek varnosti v njej. Ob doživljanju teh ugodnih občutkov pa nemara začne spreminjati svoje vedenje, mišljenje, lažje prenaša morebitne frustracije, uvideva številne vzroke svojega nezadovoljstva in ob spodbudah prisotnih postaja aktivnejši.

Tako bolnika glede na to, da mu hospitalizacija prinese lahko še dodatne skrbi, v začetku vprašamo, kaj lahko namesto njega opravimo in ga s tem razbremenimo (skrb za mladoletne otroke, nujne službene obveznosti itn.).

Pomagamo mu vzdrževati stike s svojci, prijatelji in sodelavci, predvsem z ljudmi, ki jim zaupa. Tem tudi pojasnimo, kakšna in kako potrebna je njihova pomoč bolniku. Ob srečanjih bolnika s svojci opazujemo njegovo vedenje in po odhodu obiskov ga povprašamo o njegovih občutkih.

Ker so občutki osamljenosti, nesreče, zapuščenosti najhujši ponoči, večkrat tudi preverjamo njegovo spanje. Če je nespečen, mu bo dobrodošel krajši pogovor, da se bo razbremenil in se mu bo vrnil spanec.

Včasih je treba pri močno suicidalno ogroženem človeku odstraniti tiste predmete, ki bi jih utegnil porabiti za samopoškodbo. Vendar takšna mehanična preventiva ni toliko vredna, kot je to, če ga z razgovorom in terapijo odtegnemo od samomorilnih misli. S preveč očitnim in radikalnim odstranjevanjem kočljivih predmetov utegnemo bolnika celo spomniti na samomorilne možnosti. Kajti če bi svoja preventivna prizadevanja preveč naravnali v tisto »mehanično«
smer, bi navsezadnje bolnika prizadeli v njegovem vsakdanjem standardu in dostojanstvu. Če pustimo človeka brez vezalk, pasu, brivskega pribora, mogoče celo jedilnega noža, mu ustvarimo pogoje, ki so (za zdaj) dopustni v zaporu, v psihiatrični utanovi pa komaj kdaj.

Bolniku omogočimo, da izraža svoja čustva čimbolj pristno in brez zadržkov; skušamo prisluhniti vsaki njegovi pritožbi in upoštevati čustvo, ki ga bolnik pokaže.

Skušamo mu pojasniti, zakaj je uživanje antidepresivov potrebno, da smo zaradi varnostnih razlogov pozorni ob jemanju le-teh.

Bolnika na vsakem koraku spodbujamo predvsem pri opravljanju tistih aktivnosti, ki so mu všeč in se po njih dobro počuti.

Vsako govorenje o samomoru moramo vzeti resno, samomorilno ogroženega bolnika ne poskušamo grobo odvrniti od njegovih namenov. Omenimo mu, da

bodo depresivna čustva minila, da imajo svoj potek pa tudi konec in da bo človek, če vzdrži to obdobje, lahko tudi razrešil svoje probleme.

Delo s samomorilnim bolnikom zahteva posebno skrb in potrpljenje terapevtov. Zelo pomembno je zato timsko delo terapevtov. Timski sestanki namreč omogočijo uvid v ozadje njegovih samomorilnih teženj. Omogočijo nam boljše informiranost o vedenju bolnika in izmenjavo mnenj o njem, pa o tem, česa se nam je v naslednjih dneh še bati.

Vsa opažanja o bolniku tudi skrbno opišemo, kar olajša drugim sodelavcem nadaljnje delo z bolnikom in prispeva h kvaliteti in uspešnosti zdravljenja.

Ko nam s skupnimi naporimi uspe, da bolnik na ustrežnejši način premaguje življenjske stiske, dobi o sebi boljše mnenje, je dobro razpoložen, vzpostavlja dobre odnose z ljudmi, dosežemo svoj namen, saj smo ga za zdaj rešili življenjske krize, ki ga je spravila na rob samomora.

Zavedati pa se je treba, da so ljudje, ki so enkrat poskusili storiti samomor, bliže temu, da v podobnih ali drugačnih življenjskih stiskah kaj takšnega ponovijo – lahko tudi v nevarnejši obliki. Zato skušamo na kak način obdržati stik z bolnikom; če tega ne moremo sami, zaupamo skrb kaki drugi psihiatrični službi.

Tako pred odpustom bolnika vselej še poučimo, da naj ob ponovnih depresivnih razpoloženjih in samomorilnih mislih poišče pomoč bodisi na Psihiatričnem dispanzerju, v Centru za mentalno zdravje ali pa preko Klica v duševni stiski.

Naposled ne smemo prezreti pomembnega dejstva, da izkušnje, ki jih pridobimo ob vsakem samomorilnem bolniku, prispevajo tudi k naši osebni in strokovni rasti.

sporočilo

Obveščamo medicinske sestre, da bo v eni naslednjih številčk Novisa, glasila Poslovne skupnosti za zdravstvo Slovenije, objavljen osnutek opisa poklica in vzgojno izobraževalnega programa zdravstvene nege na VII. stopnji.

Program je pripravila Višja šola za zdravstvene delavce v sodelovanju s strokovnjaki drugih zdravstvenih institucij in ekspertom Svetovne zdravstvene organizacije. Z objavo v Novisu bo odprta javna razprava, katere namen je zbrati čimveč konstruktivnih pripomb za dokončno oblikovanje programa.

Pričakujemo, da bodo medicinske sestre, ki čakajo na to obliko izobraževanja že več kot 20 let, v svojih okoljih znale pojasniti strokovna izhodišča programa in utemeljiti potrebo po tem študiju.