

ODNOS NEPSIHIATRIČNIH ZDRAVSTVENIH DELAVCEV DO SUICIDALNEGA PACIENTA

Borut Milač,¹ Alenka Zavasnik²

UDK/UDC 616.89-008.441.44: 614.253

THE ATTITUDE OF NON-PSYCHIATRIC HEALTH WORKERS TO SUICIDAL PATIENTS

DESKRIPTORJI: samomor, zdravnik – bolnik odnosi

DESCRIPTORS: suicide, physician – patient relations

IZVLEČEK – Avtorja v pričujočem članku razčlenjujeta rezultate ankete, s katero sta skušala zajeti odnos zdravstvenih delavcev do pacientov po poskusu samomora, pa tudi njihova lastna stališča do samomora in do smrti.

Ugotavljata, da večina anketirancev čuti, kakšne so potrebe pacientov po poskusu samomora, da pa jim teh potreb niso vselej sposobni zadovoljiti, pogosto zaradi lastnih bojzani, pa tudi zaradi dvmov in nezaupanja v svoje sposobnosti.

ABSTRACT – The present paper discusses the results of the questionnaire, the purpose of which was to find out about the attitude of health workers to parasuicidal patients, as well as their own personal point of view upon suicide and death itself.

The results have shown that the majority of the respondents know what are the needs of the patients after a suicide attempt; however, they are not always able to fulfill these needs, because of their own fears as well as their feelings of doubt and inadequacy.

Preprosta stvar, ki lahko v našem poklicnem življenju reši največ življenj, je sposobnost, da damo suicidalnemu pacientu občutek resničnega in neposrednega razumevanja.

Klicu na pomoč suicidalnega pacienta naj bo v odgovor čuteč in nemoralističen pristop z zanimanjem zanj in resničnim razumevanjem, kot pravi Wahl (1).

Če pomislimo na podatek, da približno 75 % samomorilcev v obdobju zadnjih štirih mesecev pred samomorom obiše zdravnika, potem se lahko vprašamo, kakšna je naša sposobnost razumevanja in sprejemanja tujih težav. Res je sicer, da je eden od možnih vzrokov ta, da pacient samomora ne omenja ali pa o njem govori na neprepoznaven način. Vprašanje pa je, kolikokrat se zgodi, da samomorilnih pritožb zaradi svojih lastnih stališč do samomora in slepih peg nismo sposobni prepoznati ali/in sprejeti, pa čeprav so izrečene.

S stališči do samomora se ukvarja veliko suicidologov. Izdelanih je bilo tudi veliko vprašalnikov, na primer Domino leta 1982 (SOQ – Suicide Attitude Questionnaire), Suiatt, vendar se jih večina ukvarja z javnim mnenjem, s stališči različnih narodov, kultur, posameznikov.

Gurrister (2) meni: »... če hočemo ljudem, ki iščejo pomoč, ponuditi učinkovito ustanovo, potem ne smemo preučevati le oseb, ki veljajo za bolne, temveč tudi vedenje in ravnanje tistih, ki menijo, da lahko ponudijo pomoč.«

¹ Borut Milač, dr. med., specialist psihiater

² Anka Zavasnik, klin. psih. spec., oba Center za mentalno zdravje, Poljanski nasip 58, 61105 Ljubljana

O tem, kaj je bilo v zdravljenju učinkovito in kaj ne, nam ne povejo veliko le suicidalni pacienti, ampak tudi strokovnjaki, ki uspešno ali pa neuspešno izvajajo preventivne ukrepe.

Zdravljenje pacientov po poskusu samomora se ponavadi začne na urgentnih oddelkih, potem pa pacient pride k psihiatru. Iz marsikatere pritožbe v pogovorih smo sklepali, da pacienti po poskusu samomora tudi v zdravstvu, tako kot prej v svoji okolici, pogosto ne najdejo razumevanja. Opazke, ki jih slišijo in ravnanje, ki ga doživijo, včasih le še poglobijo njihov občutek brezizhodnosti, nemoči, osamljenosti, nerazumevanja in nesprejetosti. Naj navedemo le en preprostejši primer: pacientki K. Z. (trije resni poskusi samomora v zadnji polovici leta) so ob izpiranju želodca v urgentnem bloku rekli, da tablete, ki jih je zaužila (150 mg Apaurina) pač niso smrtne; to je sama razumela, češ naj jih drugič vzame več ali pa kakšne bolj strupene. Dodala je še, da je bila zaradi te pripombe zelo prizadeta.

Tak pristop lahko oteži uspešnost poznejšega terapevtskega kontakta. Tak pacient namreč lahko tudi psihiatra kaj hitro doživi kot le še enega od uslužbencev nerazumevajočega zdravstvenega aparata.

Podobne nevšečnosti lahko povzroči tudi napol prazna napotnica, zaradi katere pacient navsezadnje odkloni razgovor, češ »saj sem že vse desetkrat povedal, pa se mojih težav nikomur ni zdelo vredno niti zabeležiti« itn., posledica tega pa so odpori, ki motijo vzpostavljanje ustreznega terapevtskega kontakta. Zato smo se na Oddelku za psihiatrično hitro pomoč (PHP) Centra za mentalno zdravje odločili za anketo med zdravstvenim osebjem urgentnih oddelkov.

Na oddelkih Splošne nujne medicinske pomoči (SNMP), Internistične prve pomoči (IPP), Travmatološke urgentne ambulante in Centra za zastrupitve smo v prvi fazi razdelili 90 vprašalnikov. Anketa je bila anonimna, zabeležili smo le osnovne podatke o izobrazbi, spolu, zaposlitvi, starosti vprašanega in oddelku, na katerem dela. Z anketo smo skušali zajeti mnenja in stališča anketiranih do samomora, njihove občutke ob delu s pacienti po poskusu samomora in splošno poznavanje suicidološke problematike.

Že ob pogovorih o reševanju anketnega lista smo spoznali nekatera mnenja in stališča. Tako so na primer nekateri splošni zdravniki mnenja, da je izpiranje želodca potrebno, ne glede na količino in vrsto tablet ter čas, ki je potekel od zaužitja, že zaradi vzgojnih ukrepov.

Drugi so opisovali svojo prizadetost, ko omotični, pogosto tudi vinjeni pacienti odklanjajo pomoč, jim vse pobruhajo, na koncu, ko so rešeni najhujšega, pa zdravnika še »nekam pošljejo«; vam psihiatrom, so dodali, pa so hvaležni, ko jih potegneta iz depresije.

Med zdravniki Travmatološke klinike smo čutili pravo začudenje ob vprašanju, ali se s pacienti o poskusu samomora in vzrokih zanj pogovarjajo. Le kaj bi se pogovarjali, so dejali, za kaj takega nismo izučeni – mi jih zašijemo, potem pa jih pošljemo k psihiatru (od 14 razdeljenih vprašalnikov med zdravniki te klinike smo dobili le 2 izpolnjena).

Odziv vseh, s katerimi smo navezali stike zaradi ankete, je bil ugoden, pripravljeni so bili za pogovor in izpolnjevanje anketnih vprašalnikov, rezultati pa so bili nekoliko drugačni. Od 90 poslanih vprašalnikov je izpolnjene anketne liste vrnilo 51 zdravstvenih delavcev urgentnih oddelkov, od tega 25 zdravnikov (49 %),

17 višjih medicinskih sester (33 %) in 9 srednjih medicinskih sester (18 %). Med tistimi, ki so odgovorili na anketo, prevladujejo ženske (34 ali 66 %).

Izpolnjeni anketni listi kažejo, da zdravstveni delavci urgentnih oddelkov dobro poznajo osnovna načela dela s suicidalnimi pacienti. Vedno ali vsaj pogosto (36 ali 70 %) si vzamejo zanje čas, da se z njimi pogovarjajo o poskusu samomora in vzrokih zanj (32 ali 62 %), odkrito govorijo s pacientom o samomorilnih težnjah (41 ali 83 %), pogovorijo se tudi s spremljajočimi svojci in prijatelji (36 ali 70 %).

Ob tem paciente tudi vedno ali pogosto (49 ali 96 %) usmerijo k psihiatru in ob odpustu večinoma ocenijo suicidalno ogroženost pacienta (41 ali 80 %).

Zanimajo se tudi za psihično stanje drugih pacientov (11 % vedno, 25 % pogosto), suicidalne paciente pa razumejo in sprejmejo njihove stiske (33 ali 64 %).

Po drugi strani pa odgovori na vprašanja, ki vključujejo osnovno znanje s področja suicidologije, presenečajo.

Le malo anketirancev navaja kakršenkoli kriterij, po katerem bi lahko ločili manipulativne poskuse samomora od resnih suicidalnih teženj (13 zdravnikov od 25), negotovi so pri opredelitvi suicidalnih teženj, pa tudi za strokovno literaturo se ne zanimajo kaj prida (16 od 51 ali 31 %).

Vpraševali smo tudi po občutjih, ki jih vzbujajo pacienti po poskusu samomora pri zdravstvenih delavcih.

Dva (2) sta na te paciente vselej jezna, eden pogosto (6 %), 20 zdravnikov in sester pa včasih (39 %). Očitno pa je, da precej anketiranih slabo prepoznava svoje občutke, saj jih kar sedem (7) meni, da bi morali pacienti po poskusu samomora sami plačevati stroške zdravljenja, enajstim (11) pa se zdijo vzroki za poskus samomora pogosto banalni in nepomembni, 11 (21 %) jih razume poskus samomora kot izsiljevanje.

Ob takem doživljanju nas potem ne preseneča dejstvo, da suicidalnih pacientov le 7 anketirancev nikoli ne obremenjuje še posebej z moralističnim pristopom in zbujanjem občutka krivde, kot to počne večina (29 ali 56 %).

Verjetno pa so vsi dozrajšnji rezultati povezani in odvisni od osebnih stališč anketiranih do samomora, saj se prav pri teh odgovorih kaže največja anksioznost. Veliko jih v poskusu samomora ne prepozna klica na pomoč, le štirinajstim pomeni samomor tudi umik v smrt, samomor se jim zdi sprejemljiva rešitev pri neozdravljivi bolezni (29) in morda še pri duševni bolezni (13). Štirinajst anketiranih zanika možnost, da lahko vsak človek v določenih okoliščinah pomisli na samomor. Devetnajstim je možnost, da bi v določenih okoliščinah sami pomislili na samomor kot na možno rešitev iz svojih težav, povsem tuja, čeprav se je petnajst anketirancev že znašlo v taki situaciji. Ob tem pa je zanimivo, da so bile to večinoma ženske (14); misel na samomor pa je popolnoma tuja devetnajstim anketirancem, od tega kar polovici vseh anketiranih moških (9). Če vemo, da je v letu 1985 v Sloveniji naredilo samomor 530 moških in 156 žensk, kar je razmerje 3 : 1, potem dobljeno število ne more biti zgolj naključje.

Čeprav je število vprašalnikov majhno in rezultate težko posplošujemo (prav zato večine rezultatov tudi nismo skušali interpretirati), lahko zaključimo, da večina anketiranih čuti, kakšne so potrebe pacientov po poskusu samomora, da pa jim tistega, kar le-ti potrebujejo in kar bi jim lahko ponudili, niso vselej sposobni dati, bodisi zaradi nepoznavanja problematike ali pa zaradi svojih lastnih bojzani, dvomov ali nezaupanja v svoje sposobnosti.

Zaradi rezultatov ankete, še bolj pa zaradi želje samih anketirancev (sugestije ob koncu ankete 26), smo se odločili, da bomo v bližnji prihodnosti za osebe urgentnih oddelkov organizirali posvetovalni seminar na to temo »suicidalni pacienti«, po možnosti združen z delom v skupinah.

Ne vemo sicer, če bomo lahko tako ustregli vsem. Želimo si le, da bi morda kdo od osebja ob anketi sami ali pozneje po seminarju začel ob suicidalnem pacientu drugače razmišljati, kljub tesnobi, ki ostaja.

Mogoče vas je ob branju pričujočega sestavka zamikalo, da bi anketo tudi sami izpolnili, zato jo predstavljamo v celoti, skupaj z uvodnimi besedami, s katerimi smo se obrnili na zdravstvene delavce, ki se srečujejo s suicidalnimi pacienti:

»Vsakdo od nas si je ob teoriji s pomočjo izkušenj in osebnih stališč zgradil svoj lastni pristop do pacienta. Le-tega večkrat z ozirom na okoliščine spreminjamo. Tako smo včasih pokroviteljski, pa zaščitniški, drugič tolažeči ali učeči, včasih karajoči ali pa pokažemo kaka druga čustva.

Suicidalni pacienti pa s svojim odnosom do življenja in smrti postavljajo pred nas vprašanja in naloge, ki pogosto niso povezane z našo strokovnostjo.

Znano je, da je Slovenija med deželami z najvišjim koeficientom samomora. Ker si vsi želimo, da bi ob kurativi delovali tudi preventivno, bi nas zanimala vaša stališča, mnenja in izkušnje pri delu s pacienti po poskusu samomora.

V ta namen smo sestavili pričujočo anketo. Na osnovi vaših izkušenj bi želeli izdelati osnovne smernice za delo s suicidalnimi pacienti. Menimo namreč, da bi enotnejši koncept dela zmanjšal naše bojzani pred suicidalnimi pacienti, kar pa bi vplivalo tudi na učinkovitejšo obravnavo teh pacientov.

Zavedamo se sicer, da ste na svojem delovnem mestu zelo zaposleni. Vemo tudi, da predstavlja izpolnjevanje ankete še dodatno obremenitev. Kljub temu vas prosimo, da si vzamete toliko časa, da odgovorite na vprašanja ankete. Ankete ni treba izpolnjevati ob vsakem pacientu. Skušajte se spomniti vaših dosedanjih suicidalnih pacientov, izberite odgovor, ki se najbolj približuje vašemu mnenju, občutkom in doživljanju ter obkrožite črko pred izbranim odgovorom.«

ANKETA

1. Se ob pregledu (sprejemu, intervencijah) pacienta zanimate tudi za njegovo duševno stanje?

vedno pogosto včasih nikoli

2. Ali si za paciente, ki so poizkušali samomor, vzamete več časa kot za druge?

vedno pogosto včasih nikoli

3. Se s pacienti pogovarjate o poskusu samomora in vzrokih zanj?

vedno pogosto včasih nikoli

4. Kakšne občutke vzbujajo v vas pacienti po poskusu samomora?

- a) jih razumete in lahko čustveno sprejmete njihove stiske
- b) enake kot ostali pacienti
- c) neprijetne
- d) jih ne razumete

5. Se pogovorite tudi s spremljajočimi svojci ali prijatelji pacienta po poskusu samomora?

vedno pogosto včasih nikoli

6. Če upoštevate vaše lastne izkušnje, kaj se vam zdi ustreznejše:
- odkrito se pogovoriti s pacienom o samomorilnih težnjah
 - se pogovorom o samomorilnih težnjah izogibati, da ne bi spravili pacienta v dodatno stisko
7. Vas podatki, ki jih dobite ob razgovorih z ljudmi po poskusu samomora, spravljajo v zadrego, dvome, vas obremenjujejo?
- vedno pogosto včasih nikoli
8. Ali usmerite paciente po poskusu samomora k psihiatru ali v psihiatrično bolnišnico?
- vedno pogosto le, če sami želijo nikoli
9. Ali poskušate oceniti suicidalno ogroženost, ko pacienta, ki je poskusil storiti samomor, odpuščate?
- vedno pogosto včasih nikoli
10. Se vam zdijo vzroki, zaradi katerih ljudje poskušajo storiti samomor, nepomembni ali celo banalni?
- vedno pogosto včasih nikoli
11. Ali poskušate paciente po poskusu samomora odvrniti od ponovnega poskusa tako, da jih spominjate na njihove obveznosti, na primer do otrok, svojcev itn.?
- vedno pogosto včasih nikoli
12. Ste jezni na paciente, ki poskušajo samomor?
- vedno pogosto včasih nikoli
13. Menite, da bi tudi pacienti po poskusu samomora morali dodatno plačevati stroške zdravljenja, kot je to predlog za alkoholike?
- vedno pogosto včasih nikoli
14. Ali je po vašem prepričanju in doživljanju samomor:
- klic na pomoč
 - izsiljevanje
 - umik v smrt
 - trenutna kriza
15. Ali menite, da tisti, ki veliko govori o samomoru, le redko to tudi poskusi?
- da
 - le izjemoma
 - ne
16. Ali lahko naštejete nekaj kriterijev, po katerih ločujete manipulativne poskuse samomora od resnih samomorilnih teženj?
- _____
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
17. Mislite, da lahko vsak človek v določenih okoliščinah pomisli na samomor?
- da
 - ne
18. Ali v strokovni literaturi spremljate prispevke in dogajanja o samomorilnosti v populaciji in o zdravljenju ljudi po poskusu samomora?
- da le izjemoma ne

19. Ali menite, da se k samomoru zatečejo le duševno bolni ljudje?
da le izjemoma ne
20. V katerem od naslednjih primerov se vam zdi samomor sprejemljiva rešitev?
a) neozdravljiva telesna bolezen
b) hude telesne bolečine
c) osamljenost
d) duševna bolezen
e) nerešljive življenjske težave (ljubezenski, družinski problemi itn.)
f) nikoli
21. Se vam zdi, da vam delo s pacienti po poskusu samomora jemlje čas, ki bi ga koristneje uporabili za zdravljenje huje bolnih pacientov?
vedno pogosto včasih nikoli
22. Ste se sami že kdaj znašli v situaciji, ko ste pomislili tudi na smrt, kot eno od možnih rešitev svojih težav?
a) da
b) ne
23. Vam je taka možnost:
a) sprejemljiva
b) popolnoma tuja
c) ne vem
24. Kateri od navedenih stavkov po vašem mnenju nakazuje samomorilne težnje:
1. mrzim svoje življenje, vsakogar, vse
2. dovolj dolgo sem živel
3. najraje bi zaspal
4. doktor, če vas ne bom več videl, hvála za vse
5. prihajal jih bom strašit
6. ubil se bom
25. So vam znani podatki, da je 75% vseh samomorilcev v obdobju zadnjih štirih mesecev pred samomorom obiskalo zdravnika?
a) da
b) ne
26. V kolikor imate dodatne sugestije pa prosimo, da jih vpišete ob koncu ankete
-
-
-
-

LITERATURA

1. Wekstein L. Handbook of suicidology. New York: Brunner/Mazel, 1979.
2. Milčinski L. Avtoagresivni psihiatrični bolnik s kliničnega vidika. Ljubljana: UPK, Raziskovalna skupnost Slovenije, 1986.
3. Milčinski L. Samomor in Slovenci. Ljubljana: UPK Ljubljana, SAZU, Inštitut za medicinske vede, 1983.