

HOSPIC – ZAVETJE ZA UMIRAJOČE

Mihaela Skoberne

UDK/UDC 616-036.88:362.119.2

HOSPICE – A RECLUSE FOR THE DYING

DESKRIPTORJI: hospici

DESCRIPTORS: hospices

IZVLEČEK – *Hospic ni samo kraj bivanja, ampak predvsem filozofija, ki vključuje holistične potrebe umirajočih bolnikov in njihovih družinskih članov, hkrati pa upošteva potrebe osebjia po izobraževanju in dopolnjevanju.*

ABSTRACT – *A hospice is not just a place but is rather a philosophy, a philosophy which embodies the holistic needs of the dying patients and their family members while taking into consideration also the personnel's own needs for nurturance and replenishment.*

»Čutim, da smrt ni sovražnik življenja, ampak prijatelj, kajti uči nas, da je naše življenje omejeno, zato pa toliko bolj dragoceno . . .

Zaradi prisotnosti smrti postanejo vrednote v življenju še pomembnejše« je zapisal Liebman (cit. Johnson, 1972).

»Sprejmite hčerkino smrt, ker le tako lahko delite z njo življenje. Če boste živeli v strahu pred njeno smrtjo boste spregledali njeno življenje. Ko pa bo prišel njen čas, jo pustite mirno oditi.« (cit. Davis, 1984). S temi besedami se je neznana mlada mati, katere otrok je umrl v otroški bolnišnici s programom »hospic« poslovila od druge mlade matere, ki jo je čakala enaka usoda.

»Stanje umirajočega bolnika je znosno, dokler je tisti, ki ga pozna in tisti, ki ga neguje, pripravljen razmišljati o njegovi preteklosti, obvladovati sedanost ter mu pomagati pripraviti se na prihodnost.« Tako je izrazil svoje mišljenje George Castedline (1986), predavatelj na univerzi v Manchesteru, ko je spremljal umiranje svojega prijatelja v hospicu.

Hospic – (lat. hospitium iz hospes – gost) gostišče s prenočišči, prenočišče za tuje (zlasti v upravi verskega reda), na primer na alpskih prelazih (Verbinc, 1976).

Hiša v kateri so sprejemali popotnike in romarje, pa tudi bolne in umirajoče in jim izkazali gostoljubje. V srednjem veku so bile ustanove povezane s samostani in so v njih upravljali redovniki. (Prvi začetki teh ustanov segajo celo v peto stoletje – opomba avtorice). Hospici so zavetišča na poteh skozi planinske predele; znan je veliki sv. Bernard in domovi za starce, nemočne in sirote (Enciklopedija leksikografskog zavoda, 1967).

Moj namen ni predstaviti hospic kot prostor, ampak kot fleksibilen koncept nujenja pomoči oziroma kakovostne zdravstvene nege umirajočemu bolniku. Bistvo filozofije hospica je, da ne zanika smrti, zaradi česar se je možno izogniti problemom in krizam, povezanih s smrtjo, umirajočimi bolniki, njihovimi družinami in tistimi, ki jih negujejo.

Zdravstvena nega je lahko nudena umirajočemu bolniku v posameznih hospi-

cih, na določenih oddelkih znotraj bolnišnic ali pa na bolnikovem domu kot del programa, ki ga zagotavlja bolnišnica ali zdravstveni dom oziroma svojci.

Gibanje za dvig kakovosti zdravstvene nege umirajočih bolnikov je bila reakcija na brezosebno zdravstveno nego umirajočih in ga je v šestdesetih letih pričela v Angliji dr. Cicely Saunders. Najprej je delala kot medicinska sestra in socialna delavka, kasneje pa je končala tudi medicinsko fakulteto. V šoli so jo slabo oziroma je sploh niso pripravili za zdravstveno nego umirajočih in z njimi se je bala soočiti. Imela pa je priložnost videti brezup le-teh, kajti na tem področju zdravstvene nege je bilo mnogo neznanja in nepravilnosti, kar je leta 1967, Hinton (cit. Saunders, 1986) izrazil z besedami: »Še razočarana smrt ne more raztrobiti brezbržnosti, ki jo prestajajo.«

»Navdih za hospic je prišel od posameznih srečanj z umirajočimi. Zlasti se spominjam 40-letnega Davida Tasma, žrtve varšavskega geta, ki je umrl leta 1948 na majhnem kirurškem oddelku v Londonu. Kot tedanji socialni delavki mi je zapustil 500 funtov »da bo za okno v vašem domu.« Prav tako nisem mogla pozabiti pripombe: »Vem, kaj je v vašem srcu in v vaših mislih«, ki je prišla po dveh mesecih intenzivnega poslušanja in prijateljstva od moškega, ki je umiral osamljen ob koncu svojega žalostnega, neizpolnjenega življenja«, je zapisala gospa Saunders (1986).

Leta 1967 je v Syderhamu, predmestju Londona, ustanovila Hospic sv. Krištofa, ki so mu sledile še druge podobne ustanove v Angliji in drugod po svetu.

Vzroki za zanimanje in porast hospicev so naslednji:

- omenjeni koncept zdravstvene nege ščiti pravico umirajočih;
- zdravstvena nega varovancev v hospicu je kakovostnejša ob ustreznem zmanjšanju stroškov (ugotovitve študije iz ZDA);
- pojav aidsa in krize v zvezi z njim;
- vse večje število ljudi, ki žele umreti doma.

Hospici so pri doseganju idealov zelo uspešni – uspeh dolgujejo predvsem svojemu predanemu, strokovnemu in izjemno motiviranemu osebju (cit. Field, 1989).

Dr. Sylvia Lack, ki je koncept hospica leta 1978 prenesla v ZDA, je navedla deset značilnih elementov zdravstvene nege (cit. Hoff, 1989):

1. Zdravstvena nega umirajočega na domu.

Primarni cilj programa v hospicu je, da umirajoči ostane na svojem domu ter da ga negujejo svojci. Kadar pa nega na domu ni mogoča – vzrok je lahko tudi preobremenjenost družinskih članov ali kake druge težave – prevzamejo njihovo delo zdravstveni delavci oziroma umirajočega namestijo v hospicu, kjer pa naj bi bilo okolje čimbolj domače. Na primer bolniki nosijo svojo obleko, pri sebi imajo predmete, ki jim nekaj pomenijo, pravila glede časa obiskov in oseb (domačih), ki prihajajo na obisk, so sproščena.

Zaradi različnih možnosti pomoči je občutek varnosti v družini umirajočega zelo velik.

Celostno nego usklajuje in nadzira samostojna centralna organizacija.

2. Nadzor bolezenskih simptomov (telesnih, socialnih, psihičnih in duhovnih).

V običajnih bolnišnicah so zdravstveni delavci osredičeni na zdravljenje in akutne negovalne postopke, v nasprotju s hospicem, kjer ima bolnik možnost tolikšnega nadzora, kolikor si ga sam želi. Veliko skrb posvečajo lažšanju bolečine, ker so ugotovili, da kolikor bolj je nadzorovano telesno neugodje njihovih varovancev, toliko bolj so ti s pomočjo svojih družin sposobni prilagoditi se oziroma reševati psihosocialne probleme in sprejeti duhovno oporo, ki je del zdravstvene nege, ni pa nikomur vsiljena.

3. Služba zdravniške pomoči v primeru medicinskih problemov.

Umirajoči ima vedno možnost, da zaprosi za pomoč zdravnika ali kateregakoli zdravstvenega delavca. Bolnikove simptome nadzira zdravnik.

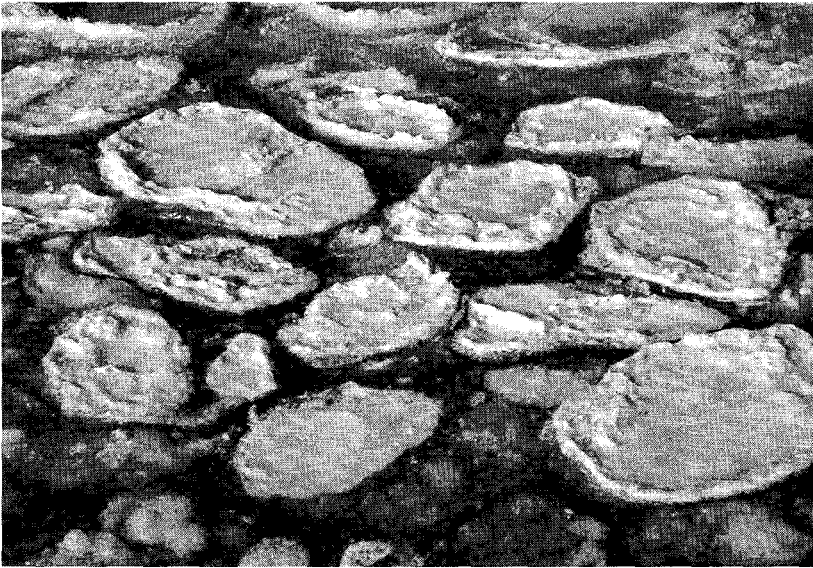


Foto: Peter Skoberne

4. Zdravstveno nego nudi nehierarhičen, interdisciplinaren tim negovalcev.

Poglavitna naloga interdisciplinarnega tima je holistična obravnava umirajočega bolnika. Tim sestavljajo: zdravniki, medicinske sestre, socialni delavci, duhovniki, psihologi, strokovnjaki za prehrano, drugi zdravstveni delavci, volonterji (prostovoljci) ter bolnik in njegovi svojci. Mnogi strokovnjaki priporočajo, da se v tim vključi tudi bolnikov osebni zdravnik; njegova prisotnost naj bi zmanjšala ali preprečila občutek zapuščenosti pri bolniku in njegovih svojcih.

5. Multidisciplinaren tim nudi zdravstveno nego bolnikom 24 ur na dan, sedem dni na teden.

Kontinuiteta zdravstvene nege zagotavlja tudi kakovost, saj negovalcem omogoča, da prepoznajo potrebe umirajočih in njihovih družin ter jih na najprimernejši način zadovoljijo.

6. Umirajočega bolnika in njegovo družino obravnavajo kot enoto v zdravstveni negi.

V hospicu se zavedajo, da se vse, kar doživlja umirajoči bolnik, odraža na družinskih članih, prav tako pa reakcije družine vplivajo na čustva in reakcije umirajočega.

7. Skrb za žalujoče svojce po smrti družinskega člana.

Osebe v hospicu je zelo dovezetno za potrebe bolnikove družine, po njegovi smrti pa nanjo prenese vso skrb in pozornost. Oddelčni tim v načrtu zdravstvene nege predvidi tudi čas, namenjen medicinskim sestram, ki so negovale umirajočega, za srečanje z družino.

8. Prostovoljci so integralni del interdisciplinarnega tima.

Za pomoč pri umirajočih se izobražujejo, a ne kot svetovalci, čeprav so jim velikokrat večji prijatelji in zaupniki kot zdravstveni delavci. Predvsem na bolnikovem domu skrbijo za nakupe, hišna opravila, bolnikovo rekreacijo, mu berejo, se z njim pogovarjajo ali pa tudi samo poslušajo. Merila za izbiro prostovoljcev so zelo stroga.

9. Premišljena vzajemna opora, pomoč in komunikacija negovalnega in zdravstvenega tima.

Zaradi vztrajne intimnosti, ki je značilna za miselnost hospica in vedenje ljudi, ki umirajočega negujejo, so le-ti toliko bolj občutljivi za strese, ki so posledica delovne preobremenitve in osebne prizadetosti. Da se izognejo izgorevanju in so učinkoviti pri delu, se morajo naučiti, kako ostati v ravnotežju sami s seboj, s sodelavci in ideološkimi pričakovanji.

10. Umirajoči varovanci so vključeni v program hospica glede na njihove potrebe po zdravstveni negi, ne pa glede na njihovo zmožnost plačila storitev.

V Angliji sistem zdravstva zagotavlja le del sredstev za vzdrževanje hospicev. Gmotno jih v večini vzdržujejo dobrodelne krščanske organizacije in posamezniki s prostovoljnimi prispevki. Vendar sprejem v hospic ni pogojen z določenim bolnikovim stališčem do vere.

Je pa dozdajšnji način vzdrževanjem hospica postal vprašljiv. Kažejo se denarne stiske, posledica tega pa so različne organizacijske oblike hospicev.

Tako idealisti, ki so jih ustanavljali, kot tudi prvi strogo izbrani profesionalni negovalci, se poslavljajo. Novi plačniki storitev pa lahko s svojimi zahtevami in pričakovanji otežijo delo hospicev in ogrozijo njihove ideale, opozarjajo Abel, James in Shale (cit. Field, 1989). Za rešitev omenjenih problemov slednji predlaga evalvacijo hospicev in njihovega organizacijskega funkcioniranja.

Wilkes (cit. Field, 1989) je proti gradnji novih hospicev, priporoča pa več nege umirajočih na domu s sodelovanjem drugih služb.

Vsi avtorji pa se strinjajo, da je potrebno ideale in metode hospicev vnesti v bolnišnično nego umirajočih bolnikov.

Zanimiv je podatek, da glede cene zdravstvene nege v hospicih obstojita dve popolnoma nasprotni mnenji:

- da je to zelo kakovostna zdravstvena nega z ustreznim zmanjšanjem stroškov, ker odpadejo drage medicinske procedure;
- da so hospici draga oblika zdravstvene nege, ker ne ustvarjajo dobička. A dejstvo je, da kljub temu ne morejo zadovoljiti celotnega povpraševanja.

Udeleženci v procesu zdravstvene nege umirajočega bolnika

Umirajoči bolnik

V programu hospica je poudarek predvsem na paliativni zdravstveni negi, ki naj zadovolji telesne, socialne, psihične in duhovne potrebe umirajočih in njihovih



Foto: Peter Skoberne

družin. Na vrsto in količino nudene pomoči vplivajo predvsem želje bolnikov oziroma se upošteva pravice umirajočih, ki jih je leta 1975 sprejela Generalna skupščina Združenih narodov.

Imam pravico:

1. da z menoj ravnajo kot s človeškim bitjem vse do smrti;
2. do kakršnegakoli upanja;
3. da me negujejo tisti, ki z menoj delijo upanje;
4. da svobodno izpovem svoja čustva pred smrtjo;
5. da soodločam glede zdravljenja in nege;
6. da me zdravi strokovno osebje, čeprav je jasno vsem, da umiram;
7. da ne umrem osamljen;
8. da mi lajšajo bolečino;

9. da mi na vprašanja iskreno odgovarjajo;
10. da me nihče ne slepi;
11. da mi drugi pomagajo, da bi jaz in moji najbližji sprejeli mojo smrt;
12. da umrem mirno in človeka dostojno;
13. da ohranim svojo osebnost in me nihče ne obsoja, ker se ne strinja z mojimi stališči;
14. da smem pri umiranju izpovedati svoje versko prepričanje;
15. da mojemu telesu po smrti izkazujejo dolžno spoštovanje;
16. da me negujejo strokovni in dovtetni ljudje, ki bodo lahko razumeli vse moje želje, ko bo smrt potrkala na moja vrata.

Globalni cilj hospica torej ni umetno podaljševanje življenja ter delitev trpljenja z umirajočim bolnikom, temveč udobje, zadovoljstvo in osebna rast posameznika v življenju, ki mu preostane.

Bolniki se odločajo za hospic v terminalni fazi obolenja, ko se skupaj s svojci in zdravnikom strinjajo, da nadaljnje zdravljenje ne bi moglo spremeniti poteka obolenja.

Bolnikovemu udobju v hospicu posvečajo izjemno pozornost. Nadzorujemo vse simptome, na primer slabost, bruhanje, bolečine, utrujenost itd., ki se pojavljajo v zadnjih mesecih, tednih ali dnevih življenja in v zvezi z njimi načrtujejo specifične negovalne postopke.

Pri umirajočem se nadzorstvo simptomov običajno smatra kot sinonim za nadzorstvo bolečine. Neolajšana bolečina ovira tako spanje, apetit, okretnost kot tudi psihično reagiranje bolnika. Lahko povzroči čustva brezupnosti, nemoči in obupa, tako pri bolniku kot družinskih članih.

V hospicu uporabljajo farmakološke in nefarmakološke načine lajšanja bolečine. Odmerku analgetikov posvečajo veliko pozornosti, kajti umirajoči naj bo buden, relativno rešen bolečin, da lahko aktivno sodeluje v življenju in odloča o stvareh, ki se ga tičejo.

Od nefarmakoloških načinov lajšanja bolečine uporabljajo najpreprostejše, kot je na primer sprememba lege umirajočega in takšne, ki zahtevajo neko stopnjo bolnikovega sodelovanja: relaksacijske tehnike, postopek nazornega predstavljanja slik za obvladovanje bolečine, odvrčanje bolečine s prijetnim (razvedrilo, akupresura, terapevtski dotik, periferni stimulatorji itn.).

Nerešeno oziroma protislovno pa je vprašanje intravenoznega nadomeščanja tekočin, ki je povezano s fiziološkim udobjem umirajočih in ga zdravniki predpisujejo le-tim, da bi popravili tekočinsko in elektrolitsko porušeno ravnotežje zaradi bruhanja, anoreksije, diareje, nezmožnosti uživanja hrane per os itn. Avtor Zerwekh (cit. Swinford in Webster, 1989) meni, da je intravenozna terapija za bolnika prednost, hkrati pa vidi v njej tudi vzrok dodatnih problemov. Dehidracija je zanj naravni obrambni mehanizem, ki preprečuje inkontinenco, pljučni edem, ascites, bruhanje itn. To hipotezo podpira tudi avtor Dolan (cit. Swinford in Webster), ki trdi, da omejevanje intravenozne terapije pri umirajočem preprečuje dihalno stisko. Seveda bodo potrebna nadaljnja raziskovanja, ki bodo vplivala na odločitve zdravstvenih delavcev in načrt intervencij, v katerem naj bi bila odločilna in dokončna bolnikova odločitev.

Ugotovive številnih raziskav kažejo na vpliv komunikacije na bolnikovo čustveno dobro počutje. V hospicah se zelo trudijo, da bi zadovoljili psihosocialno potrebo po odkriti in smiselni komunikaciji, ki je pomembna za bolnikov občutek varnosti in zaupanja. Tu ni mišljena le komunikacija med umirajočim bolnikom in medicinsko sestro, ampak z vsemi, s katerimi pride bolnik v stik, tudi s sobolniki in njihovimi obiskovalci. Možnih je mnogo načinov komuniciranja: lahko samo tiho stojimo ob bolniku, ga pozorno poslušamo ali pa morda odgovarjamo na njegova vprašanja, ga pomirimo, se ga dotaknemo in se mu nasmehujemo oziroma pokažemo empatijo in razumevanje. Avtor Ashworth (cit. Saunders, 1986) opozarja na pomembnost gledanja v oči, telesno bližino in prijateljski ton glasu.

V času bolezni in umiranja se bolnikom porajajo filozofske misli, včasih pa bolnikova lastna, stroga presoja njegovega preteklega življenja in dejanj vzbudi potrebo po duhovni opori, oziroma jo vzbudi dejstvo, da bolnik izgublja vse, kar je



Foto: Peter Skoberne

ljubil, vključno s svojim življenjem. Velikokrat mu pomeni olajšanje, če lahko izrazi svoja čustva, ki jih družina oziroma negovalno osebje brezpogojno sprejmejo, upošteva vrednote in pravila, ki jih je bolnik cenil in se jim podrejal.

Duhovne pomoči v hospicu nihče ne vsiljuje, storijo pa vse, da zadovoljijo bolnikove duhovne potrebe.

Eno izmed pravil hospica je, da nihče ne umre v samoti; spoštujejo pa bolnikovo osebnost in mu omogočijo, da v miru razmišlja o sebi in svojem življenju.

Bolnikovi svojci

Človek se sooča s smrtjo in umiranjem na podoben način kot je obvladoval probleme, ko je bil še zdrav, to pa je odvisno tudi od podpore in prizadevnosti družine, oziroma tistih, ki so mu najbližje in ga imajo radi.

V hospicu je stalno prisotna zavest, da se umirajočemu bolniku ne dà pomagati, če se ne pomaga celotni družini. Čustveno razpoloženje družine se namreč hitro

prenese na bolnika in lahko pozitivno oziroma negativno vpliva na njegovo psihično in fizično stanje. Čeprav je običajno vsakdanje življenje družinskih članov popolnoma spremenjeno od trenutka, ko spoznajo, da njihov sorodnik umira; prilagoditi se morajo neobičajnim, večjim zahtevam ali pa poleg tega reševati celo materialna vprašanja, toda pomembno je, da z umirajočim vzdržujejo čim bolj normalen, topel, človeški odnos.

Pomoč družine je odvisna predvsem od možnosti, sposobnosti in pripravljenosti posameznih družinskih članov ter od tega, kje bolnik je. Nekateri se popolnoma vključijo v proces zdravstvene nege umirajočega bolnika; bolnika hranijo, oblačijo, menjajo lego, itn.; drugi pa sedijo ob njih, se z njimi pogovarjajo ali jim berejo. Od tega imajo koristi tako bolnik kot družinski člani sami, ki na ta način odganjajo občutek nemoči in malodušja. Zdravstveni delavci v hospicu zadovoljujejo potrebe bolnikovih svojcev z informiranjem, izobraževanjem, razbremenjevanjem pri negi in emocionalno oporo.

Svojce vljudno in pošteno sproti obveščajo o stanju bolnika. Informacije morajo biti konkretne, preproste in razumljive. Izobraževanje vključuje čim več podatkov o stanju bolnika, na splošno o smrti, umiranju in žalovanju, prav tako pa tudi nasvete in praktični prikaz negovalnih postopkov, ki jih pri negi bolnika potrebujejo.

Svojce spodbujajo, da živijo čim običajnejše življenje, da poskrbijo tudi zase in sledijo osebnim interesom brez občutka krivde. Kadar so preobremenjeni, jih opozarjajo, da se morajo sprostiti in odpočiti ter jim pošljejo za krajše obdobje v pomoč prostovoljce ali pa poskrbijo, da umirajoči dobi mesto v bolnišnici ali hospicu.

Metode in načini dela medicinskih sester se spreminjajo glede na potrebe družine in trenutno stanje. Ko se svojci še ne znajdejo, na primer pri prvem obisku potrebujejo odločna navodila medicinske sestre, ki pa mora, brž ko je mogoče, vzpodbuditi v njih samoodločanje, ter jih opozoriti, da si pomagajo z že obstoječimi viri opore, kot so ostali sorodniki, prostovoljci in prijatelji.

V družinskih članih vzpodbujajo dobro mnenje o njih samih in samozaupanje, pri čemer so dejanja pomembnejša od besed. Njihov pristop mora izražati prepričanje, da so svojci dobri in sposobni ljudje; opogumljajo jih, da storijo za bolnika toliko, kolikor zmorejo. Pohvala in občutek uspeha vplivata tako na samozavest bolnikov kot tudi njihovih svojcev.

Bolnikovo življenje se konča s smrtjo, odnos s sorodniki pa traja še po smrti, zato se priprava družine na žalovanje prične že pred smrtjo umirajočega bolnika – emocionalna opora svojcem za življenje brez ljubljene osebe je dolgotrajna, odvisna od njihovih želja in potreb, vključen pa je celoten tim hospica. Pomoč članov tima je tudi praktične narave: pomagajo pri organizaciji pogreba, finančnih in pravnih zadevah, iskanju dela itn.

Običaj v hospicu oziroma odlika le-tega je, da se družinski člani po smrti svojca srečajo z eno izmed medicinskih sester, ki ga je negovala, da preživi nekaj časa z njimi. S tem lahko ocenijo, kako se družina sooča s smrtjo. V ta namen imajo v hospicih urejene, lepo opremljene, mirne sobe, kjer lahko svojci odkrito govore o umrlem, o svojih čustvih in reakcijah (ljubezni, žalosti, olajšanju, občutku krivde ali celo sovraštva), ne da bi jih za to kdo obsojal.

Med srečanjem imajo sorodniki možnost, da v mrliški kapelici vidijo truplo, če to želijo in če že niso bili prisotni ob smrti. Medicinske sestre jih opozorijo na spremembe pri umrlem, nikoli pa jih k ničemer ne silijo. Poglavitni namen srečanja je, da medicinska sestra in člani družine raziščejo travmatična področja. Seveda pa eno srečanje ni dovolj, zato zdravstveni delavci v hospicu svojce po približno dveh tednih pokličejo po telefonu, da se prepričajo, kako obvladujejo položaj.

Predvidena so nadaljnja srečanja oziroma obiski pri družini, opravijo jih prostovoljci, ki obvladajo aktivno poslušanje. Število obiskov je odvisno od problemov družine, želja in sposobnosti njenih članov za vzpostavljanje normalnega čustvenega ravnovesja.

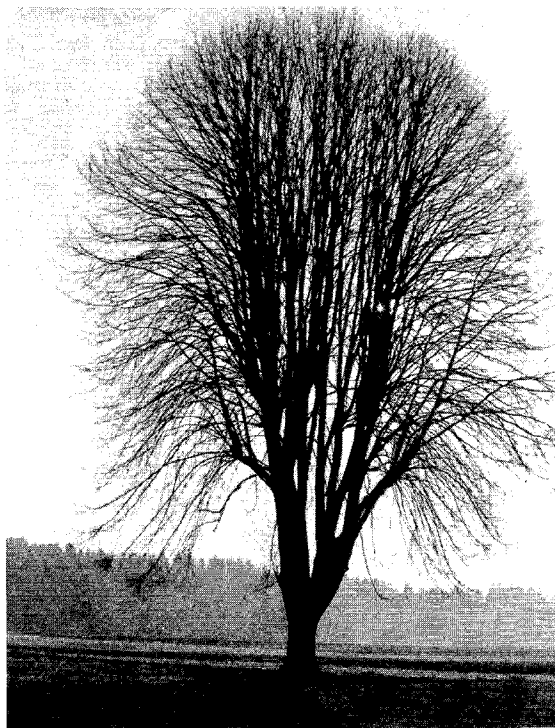


Foto: Peter Skoberne

V hospicu ni predpisan čas za žalovanje, rizičnim osebam pa nudijo dodatno pomoč socialnega delavca in psihiatra.

V tem procesu pomoči vsak udeleženec nekaj pridobi: svojci, prijatelji in medicinske sestre. Hvaležnost, skrb in zanimanje s strani družine umrlega dajejo medicinskim sestram moč, da so ponovno sposobne vzpostaviti obojestransko zadovoljujoče odnose z drugim umirajočim in njegovimi svojci.

Negovalno osebje

Osebje v hospicu mora biti dovzetno za holistične potrebe bolnika in družinskih članov, prav tako pa mora zadovoljiti lastne potrebe po osebni rasti in nadomeščanju potrošene energije.

V intervjujih, neformalnih pogovorih in vsakodnevnih aktivnostih se je razkrilo, da osebje pestijo tri vrste stresov:

- tisti, ki jih izzovejo bolniki in družinski člani;
- tisti, ki izhajajo iz njihovih lastnih notranjih izkušenj in
- tisti, ki se pojavijo v zvezi z delovnim okoljem.

Christina Maslach je v knjigi »Burn out – The Lost of Caring« (1982) prikazala predstavnike strok, v katerih je bistvenega pomena pomoč ljudem, kot žrtve



Foto: Peter Skoberne

emocionalne stiske zaradi povezanosti z ljudmi, negativnega usmerjanja na problem, pomanjkanja pozitivne povratne informacije in pomanjkanja opore v odnosu s sodelavci. Opazila je, da individualne značilnosti, kot so motivacija, potrebe, vrednote, dobro mnenje o samem sebi, izražanje čustev, potreba po nadzoru in osebni stil vplivajo na dovzetnost negovalcev za stres in izgorevanje.

Medicinskim sestram pomagajo obvladovati stres, ki nastane zaradi tesnega odnosa z drugimi ob smrti in umiranju – tega zahteva pristop v hospicu – z izobraževanjem med delom. Teme obravnavajo: izgube v zvezi s smrtjo in žalovanjem, družinsko dinamiko med dolgotrajnim umiranjem, načine pomoči otrokom in adolescentom, psihosocialne aspekte nege umirajočega, vrednote, stališča,

duhovne potrebe umirajočih, običaje in obrede različnih religij, etična vprašanja glede nege umirajočega, klinične aspekte paliativne nege itn. Veliko pozornosti posvečajo vprašanju kako obvladati stres, seznaniti negovalce z relaksacijskimi tehnikami in meditacijo, postavljanjem osebnih ciljev, obravnavanju lastnih čustev in ne nazadnje komunikaciji, kajti za reševanje problemov, ki nastanejo v interakciji z umirajočimi, njihovimi svojci in sodelavci, je obvladanje terapevtske komunikacije izjemnega pomena. V nekaterih primerih lahko vodstvo hospica poskrbi za dodatno pomoč stokovnjakov: svetovanje psihologa, psihiatra, duhovnika, socialnega delavca itn.

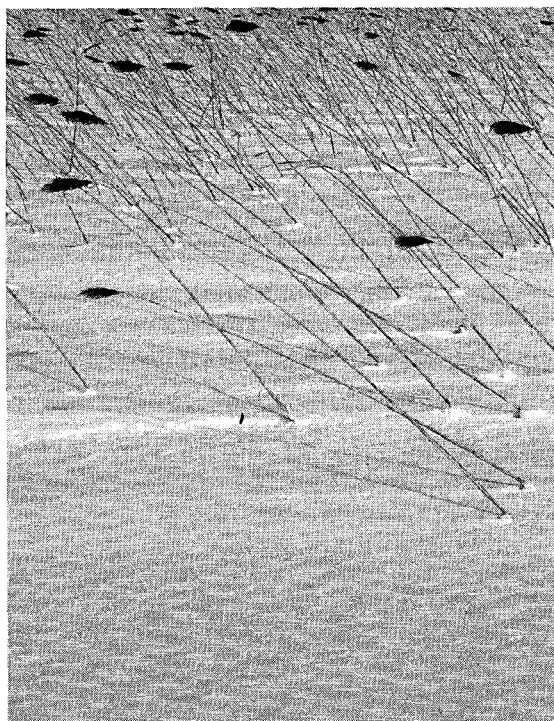


Foto: Peter Skoberne

Strese, ki izvirajo iz odnosov med osebjem, lahko zmanjšajo timske konference, skupine za vzajemno pomoč, ki jih vodijo sposobni pobudniki, skrben urnik delovnih obveznosti, supervizija pri novozaposlenih, obsežni, praktični orientacijski programi za usposabljanje ter pozitivna povratna informacija s strani sodelavcev in tudi vodstva.

Bolje je preprečevati strese in izgorevanje pri delu kot pa se ukvarjati s posledicami le-teh. Zato je prav, da vodstvo hospica vzpodbudi osebje, da izkoristi prosti čas, ki mu je na voljo ali da prosi za pomoč prostovoljce. Kajti medicinske sestre so tudi odgovorne za zadovoljevanje lastnih holističnih potreb, če želijo biti učinkovite in zadovoljne pri delu. Sodelovanje v intimno in emocionalno zahtevnem

programu hospica povečuje potrebo po ustvarjanju kakovostnih in toplih odnosov in zadovoljevanju osebnih interesov izven hospica. Zadovoljujoče osebno življenje pripomore, da zdravstveni delavci vključno z prostovoljci premostijo težave pri svojem delu.

Positivna telesna podoba, samozavest in močan občutek osebne identitete so pomembne značilnosti, ki pomagajo medicinskim sestram prepoznati in razlikovati lastne potrebe od potreb drugih ter jih tudi zadovoljiti. In ker je delo v hospicu običajno timsko, imajo medicinske sestre možnost sprejeti pomoč druga druge oziroma si pomagajo s tistimi, ki so v določenem trenutku najmočnejše (svetovanje).

Za obvladovanje emocionalnega izgorevanja zaradi pretiranega empatičnega pristopa do bolnikov Maslachova (1982) priporoča medicinskim sestram, da gledajo na stvari s perspektive druge osebe, raje kot da občutijo čustva le-te. Pomembna preventivna tehnika za negovano osebje je usmerjanje na pozitivne dimenzije lastne vloge. Refleksija na osnovi pozitivne povratne informacije s strani zadovoljnih bolnikov in družinskih članov lahko da življenjsko moč negovalnemu osebju in polet za nadaljnje delo.

Tudi trenutki humorja, ki ga zdravstveni delavci delijo z umirajočimi bolniki, so izjemno dragoceni in nikakor prepovedani v terapevtskem okolju, kjer se čutijo bolniki varne, sprejete in kakovostno negovane, kajti zmanjšuje napetost tako pri njih kot pri drugih in blažijo duševno bolečino umirajočih.

Sklep in osebne izkušnje

V okviru strokovnega potovanja, ki ga je organiziral in denarno podprl TEMPUS (Trans-European Mobility Program for University Studies) sem s kolegicami prispela 3. 2. 1993 v Redford (Anglija), kjer smo bile gostje pedagoškega tima v kolidžu Luton. Pripravili so nam zanimiv izobraževalni program, meni pa so na mojo prošnjo omogočili obisk Hospica sv. Janeza v približno 7 km oddaljenem kraju Moggerhunger. Kasneje sem izvedela, da je eden izmed najlepših hospicev.

Bila sem prijetno presenečena in čutila sem se počaščeno, kajti običajno tujcem ogledi teh ustanov niso dovoljeni. Še bolj pa sem bila presenečena, ko sva se s kolegico Cheryl Watson, ki me je peljala tja – tudi ona še ni bila v hospicu – ustavili pred preprosto enonadstropno podeželsko hišo, z osrednjim delom in dvema stranskima kriloma. Tako zunanost kot tudi notranost me je bolj spominjala na družinsko hišo kot pa na zdravstveno ustanovo. Prvo, na kar sem bila pozorna, je bil prekrasen vrt, bolje rečeno park, kjer so med drevesi in zeleno angleško travo cveteli kupčki narcis in zvončkov.

Sprejela naju je medicinska sestra Kathy, voditeljica popoldanskega tima medicinskih sester in naju popeljala na ogled. Povedala je, da se trenutno nahaja v Hospicu sv. Janeza enaindvajset umirajočih bolnikov ter, da je vsa pozornost namenjena obvladovanju njihovih simptomov in odnosu do družine.

Psihično sem se pripravila na ogled dnevne sobe, prvega prostora kjer naj bi se srečala z bolniki hospica. Predstavljala sem si jih sedeče za mizami, kako nemo strmijo predse, ne meneč se drug za drugega, prizor, ki sem ga videla že v marsikaterem domu za ostarele pri nas. Toda našla sem jih v sproščenem razgovoru, udobno počivajoče na počivalnikih z dvignjenimi nogami. Ko me je sestra Kathy predstavila, sem z njimi spregovorila nekaj vljudnih besed. Predstavila me je vsem varovancem in osebju, s katerim sem prišla v stik.

Dnevna soba je imela zimski vrt za tiste, ki ne morejo več ven. Poleg dnevne sobe je bila lepa kapela, v katero je možno pripeljati bolnika s posteljo vred. Vikar, ki sem ga srečala, mi je povedal, da je namenjena bolnikom in svojcem vseh veroizpovedi. V njenem mirnem, tihem zavetju lahko bolniki razmišljajo o stvari s samim seboj, z ljudmi in z Bogom.

Sobe za bolnike so dvo in troposteljne, mlajšim bolnikom z majhnimi otroki so namenjene enoposteljne sobe. V taki sobi je dovolj prostora, da se otroci ob obiskih igrajo oziroma da za zakonca, ki želi ob svojcu preživeti noč, postavijo dodatno posteljo. Sobe so dajale vtis domačnosti, bile so svetle, polne rož in spominkov, ki so jih prinesli bolniki od doma.

V osrednji kuhinji pripravljajo hrano po želji bolnikov, brez neokusnih diet. Bolniki lahko dobijo hrano tudi od doma ali pa si jo sami pripravijo, če zmorejo, v posebni kuhinji, kajti do zadnjega v njih vzpodbujajo sposobnost za samooskrbo oziroma tisto, kar zmorejo.

Stranišča in kopalnice so opremljene s pripomočki tako da jih lahko uporabljajo tudi težki bolniki; tako čim bolj olajšati delo negovalcev. Nikjer ni bilo niti najmanjšega duha po postani hrani in urinu. To sem omenila medicinski sestri Kathy. »Zelo skrbimo za osebno higieno bolnikov in že ob prihodu bolnice naučimo Keglovih vaj mi je povedala. Pomislila sem, kako malo je potrebno, da se do zadnjega trenutka skrbi za človekovo dostojanstvo in preprečuje njegovo socialno izolacijo – čeprav v hospic prihajajo varovanci, pri katerih pričakujejo največ šest mesecev življenja. Morda bi bilo prav, da bi o tem nekoliko razmislili v naših domovih za ostarele, kjer varovanke preživijo neprimerno daljši čas in jih lahko uhajanje urina zelo moti.

Posebna sobica je bila namenjena frizerki, ki prihaja enkrat na teden, da po želji uredi bolnike.

Intravenozne infuzije, respiratorjev oziroma aparatov za umetno podaljševanje življenja nisem opazila, kajti tu bolezen ni bila v središču pozornosti; poudarek je bil na lažšanju bolečine in skrbi za udobje.

Obisk v Hospicu sv. Janeza je bil za mene izjemno doživetje; odhajala sem polna novih vtisov in spoznanj. Ob tej izkušnji razmišljam, da bi morali biti ljudje kot razumska, psihosocialna in duhovna bitja poučeni o svojem stanju in zdravljenju. Naše življenje v umiranju naj ne bi bilo le životarjenje, ampak polno zavedanje najbolj neizogibnega in najbolj zanesljivega v življenjski usodi, brez laži in sprenevedanja ob pomoči svojcev in vseh tistih, ki nam bodo sposobni stati ob strani. Ob tem se s hvaležnostjo spominjam mirnega, poduhovljenega, a vedrega obraza medicinske sestre Kathy.

Resnično se je možno soočiti s smrtjo in umiranjem; v Hospicu sv. Janeza sem se o tem prepričala.

Literatura

1. Anon. Enciklopedija leksikografskog zavoda. 3. Zagreb: Jugoslovenski leksikografski zavod, 1967: 69.
2. Castledine G. The way we were. *Nursing Times* 1987; 83 (26): 39.
3. Davis AJ. Listening and responding. St. Louis: Mosby, 1984: 272– 3.
4. Field D. Nursing the dying. London: Tavistock/Routledge, 1989: 29– 31.
5. General Assembly of the United Nations: Quoted in *Am J Nurs* 1975; 20: 99.
6. Hoff LA. People in crisis: understanding and helping. Redwood City: Addison-Wesley, 1989: 416–22.
7. Maslach K. Burnout – the cost of caring. Englewood-Cliff: Prentice-Hall, 1982: 75.
8. Saunders C. The last refuge. *Nursing times* 1986; 82 (43): 28– 30.
9. Swinford PA, Webster JA. Promoting wellness: a nurse's handbook. Rockville: Aspen, 1989: 275.
10. Verbinc F. Slovar tujk. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1976.