

Barbara Mazej<sup>1</sup>, Klara Pelipenko<sup>2</sup>, Janko Kersnik<sup>3</sup>

## Umirajoči bolnik in zdravnik družinske medicine

*A Dying Patient and a Family Practitioner*

### IZVLEČEK

**KLJUČNE BESEDE:** paliativna oskrba, družinska medicina

Zdravnik družinske medicine se pri svojem delu slej ko prej sreča z neozdravljivo bolnim. Njegova vloga v tem obdobju življenja je izjemno celovita. Tak bolnik in njegova družina namreč potrebujejo zelo široko obravnavo. Pred zdravnikom je najprej mučna preizkušnja, kako povedati slabo novico, saj so odzivi bolnikov in njihovih družin svojstveni in različni. Naslednji korak je, da napravi dober načrt zdravljenja oziroma potrebnega ukrepanja in prilagoditev. Umirajočemu in njegovi družini s celostno, multidisciplinarno zasnovano paliativno oskrbo zagotavlja lajšanje neprijetnih simptomov in težav, zdravstveno nego ter pomoč pri različnih psihičnih, socialnih in duhovnih problemih. Seznani jih z vsemi formalnimi in neformalnimi oblikami pomoči, ki so na voljo: zdravstvena (zdravnik, patronažna sestra) in socialna služba, hospic, razni servisi za pomoč na domu ter verske in druge prostovoljne organizacije. Tako bolniku izboljša kakovost preostalega življenja v največji možni meri. Ker si večina umirajočih želi umreti v domačem okolju, poskusi vso oskrbo zagotavljati z zdravljenjem na domu, dokler je le mogoče. Ob smrti opravi zdravnik družinske medicine, če je za to zadolžen, tudi mrliški pregled. Toda s smrtjo neozdravljivo bolnega se delo zdravnika družinske medicine ne zaključuje, saj pokojnikovo družino spremlja še naprej, v obdobju žalovanja.

403

### ABSTRACT

**KEY WORDS:** palliative care, family practice

A family practitioner gets involved in a relationship with a terminally ill patient sooner or later. In that life period, his role is extremely important, since the patient and his family need a widely based approach. The first challenge for the doctor is how to tell the bad news, because every family reacts in its own manner. The next challenge is how to prepare an appropriate plan of management and treatment. Holistic, multidisciplinary based palliative care is used to alleviate annoying symptoms and difficulties, to assure proper medical care and help coping with different psychological, social and spiritual matters. There are many institutional and informal services available to provide help for the dying and his family: medical care, social care, hospices, religious organizations and other services, so the best possible quality of life can be achieved. Most of the dying patients wish to die at home, so the family practitioner tries to establish the care at that place as long as possible. At the time of death, the family practitioner also examines the corpse, in case that is his duty. After the patient dies, his role continues with counselling his family members during the time of mourning.

<sup>1</sup> Barbara Mazej, štud. med., Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Korytkova 2, 1000 Ljubljana.

<sup>2</sup> Klara Pelipenko, štud. med., Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Korytkova 2, 1000 Ljubljana.

<sup>3</sup> Prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana.

## UVOD

Umiranje je del našega vsakdana. Naloga medicine je tudi sprejemanje umiranja, zato mora zdravnik družinske medicine najti svoje mesto ob bolniku tudi takrat, ko smrti ne more preprečiti, tako da ga mirno in spoštljivo spremlja (1, 2, 3). Umirajočemu bolniku in njegovi družini je v veliko pomoč, če obvlada večšine sporazumevanja pri sporočanju slabe novice in dobro pozna možnosti zdravstvene oskrbe in nege umirajočega, če jim nudi psiho-socialno podporo, ob smrti pa ustrezno ukrepa ter svetuje svojcem v obdobju žalovanja.

## SPOROČANJE SLABE NOVICE IN SPORAZUMEVANJE S SVOJCI

Slaba novica je vsaka novica o bolnikovem zdravstvenem stanju, ki jo zdravnik ali medicinska sestra sporoči njemu ali njegovim bližnjim in lahko zaradi same vsebine ali zaradi razmer, v katerih je posredovana, negativno vpliva na prejemnika. Zdravstveno stanje tako ali drugače vpliva na bolnikovo sposobnost delovanja na telesnem, duševnem, delovnem, socialnem, družinskem in eksistencialnem področju. Večina bolnikov hoče biti seznanjena z naravo svoje bolezni, četudi je le-ta terminalna (2, 4, 7), in možnostmi za zdravljenje. K temu nas zdravnike navsezadnje obvezuje kodeks medicinske etike (1). Zatorej ni vprašanje, povedati ali ne povedati, temveč, kako povedati. Pred nami je svojevrstna preizkušnja, saj zahteva mirno, udobno in zasebno okolje, čas ter dobro mero potrpežljivosti, poštenosti, aktivnega poslušanja in sočustvovanja.

Sporočanje slabe novice naj bo stopenjsko, prilagojeno bolnikovim potrebam in v logičnem zaporedju. Smernice so bile v Medicinskih razgledih podrobneje že predstavljene (4).

Zdravnik lahko skliče t. i. družinski sestanek, na katerem se vsi skupaj pogovorijo o nastali situaciji, načinu zdravljenja oziroma ukrepanja ob zapletih in stranskih učinkih zdravljenja ter potrebnih prilagoditvah življenjskega sloga in bivalnega okolja (10, 12). Sklene lahko nekakšno zaveznitvo z vplivnim družinskim članom, ki lahko kasneje nastopa kot kontaktna oseba. Izogiba naj se dolgoročnih nepreverjenih napovedi ali praznih tola-

žilnih besed, saj z njimi bolniku prepreči izražanje strahov in skrbi, obenem pa naj pušča primerno raven upanja. To najboljše stori tako, da prizadetim zagotovi predanost in sprotnem obveščanju in pripravljenost za poslušanje ter lajšanje simptomov za čimboljšo kakovost življenja (3, 5, 10).

Oblika zdravnikove podpore se s stadijem bolezni spreminja (začetnemu informiranju sledi medikamentozno zdravljenje, pomoč pri sprejemanju poslabšanja stanja ali negi, na koncu morebitna premestitev v domsko oskrbo, pomoč pri sprejemanju ločitve od svojega bližnjega in priprava na bližajočo se smrt) (12).

## ZDRAVSTVENA OSKRBA IN NEGA UMIRAJOČEGA

Zdravstveno oskrbo umirajočega zagotavljajo zdravnik družinske medicine (osebni zdravnik), dežurni zdravnik, klinični specialisti, ki po potrebi še vedno zdravijo ali spremljajo klinično stanje zaradi neozdravljive bolezni, in zdravniki v protibolečinskih ambulantah. Ključno mesto zavzema zdravnik družinske medicine, saj se povezuje z več službami (npr. specialisti različnih strok, patronažna služba, negovalci, fizioterapevti, socialni delavci, Hospic, druge prostovoljne nevladne organizacije in prostovoljci) (12, 20). Poleg vodenja kroničnih bolezni in obravnave na novo nastalih bolezni je njegova prva naloga lajšanje bolnikovih težav, ki se pojavijo ob hudi bolezni. Osební zdravnik lahko predpisuje zdravila za omilitev znakov in občutij in medicinsko-tehnične pripomočke. Bolnika, ki ni več zmožen priti v ambulantno, v sklopu zdravljenja na domu obiskuje doma, kar je eno njegovih temeljnih poslanstev (13, 14, 15, 16).

Umirajočega bolnika namreč lahko pestijo bolečine, oslabeledost, utrujenost, kronične rane zaradi preležanin, gibalna oviranost, nepremičnost in posledično pešanje mišic in sklepov, inkontinenca za urin in/ali blato, oslabitev imunskega sistema, moteno spanje, neješčnost in motnje v prehranjevanju ter hujšanje, slabost, bruhanje, zaprtje, dispneja, kašelj, izolacija od družine in domačega okolja, zapiranje vase, zmedenost, anksioznost, tesnoba, strah, zagrenjenost, razočaranje, depresija, misel na samomor (6). Glavni moteči simptom pri rakavih bolnikih je bolečina (85 %),

sledijo izguba teka (72%), nespečnost in bruhanje (51%), oteženo dihanje in zaprtje (47%). Pri nerakavih bolnikih bolečini (67%) sledi oteženo dihanje (49%), anksioznost (40%), izguba teka (38%) in zmedenost (32%). Pri obeh skupinah neozdravljivo bolnih doživlja jo svoji anksioznost (7).

Ko se odločamo za preiskave, je še toliko bolj pomembno, da njihove koristi in breme, ki ga bodo pomenile za bolnika v danem trenutku, temeljito pretehtamo (6).

Zdravstveno nego umirajočemu zagotavljajo patronažne medicinske sestre. Delujejo po teritorialnem načelu. Izvajajo preventivno in negovalno funkcijo. Njihove storitve pokrivajo sredstva iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in so za bolnika brezplačne. Potrebo po patronažnem obisku ugotovi zdravnik družinske medicine na osnovi zdravstvenega stanja. Kadar je potrebna zdravstvena nega, jo mora z delovnim nalogom predpisati bolnikov osebni zdravnik, patronažna medicinska sestra pa lahko neodvisno od naročila zdravnika opravi dva preventivna obiska kroničnega bolnika letno. Do zdravstvene nege so upravičeni le bolniki, ki imajo kronične rane, ali jim je potrebno odvzeti kri, ali jim parenteralno aplicirati zdravilo, ali nadzorovati katero od umetnih telesnih odprtín ali medicinskih naprav (14).

## Predpisovanje zdravil

Bolečine nujno lajšamo z zdravili. Uporabimo čim preprostejšo obliko apliciranja. Izbira analgetika je odvisna od jakosti bolečine:

- zmerna bolečina – periferni analgetiki (NSAR: paracetamol, indometacin, ibuprofen, naproksen),
- srednja bolečina – dodamo še blage opiatne analgetike (kodein, tramadol),
- močna bolečina in terminalno stanje – močni opiatni analgetiki (morfinski pripravki) (17, 18).

Na bolečino pomislimo tudi, kadar ugotovimo znake aktivacije vegetativnega živčnega sistema, npr. spremembe temperature, barve in vlažnosti kože ter stalno tahikardijo. Nemir, agitacijo, vzdihovanje in stokanje v terminalni fazi pogosto pripisujemo bolečini, čeprav je pogostejše sestav terminalnega delirija (13, 17).

Zdravila predpišemo v rednih intervalih in ne le po potrebi, odmerki pa prilagodimo funkciji ledvic in jeter. Učinke zdravljenja redno spremljamo in prilagajamo bolnikovemu stanju, ki se lahko hitro spreminja (6).

Za lajšanje nevropatične bolečine lahko dodajamo še triciklične antidepresive (amitriptilin) in antikonvulzive (karbamazepin, gabapentin). Analgetični učinek tricikličnih antidepresivov je neodvisen od depresije, za zdravljenje bolečine so ponavadi zadostne že manjše doze, učinkujejo pa ponavadi že v 4 do 5 dneh (13). Antikonvulzivi delujejo sedativno. Pri vseh stopnjah bolečine lahko dodajamo kortikosteroide ali bifosfonate, ki učinek analgetikov okrepijo. Kortikosteroidi ugodno vplivajo na bolnikovo počutje, izboljšajo tek, splošno stanje in zmanjšujejo edem, zlasti kadar tumor pritiska na okolico. Bisfosfonati učinkovito lajšajo bolečine pri kostnih metastazah (17).

## Predpisovanje medicinsko-tehničnih pripomočkov

Vrste pripomočkov ter bolezní in zdravstvena stanja zavarovanih oseb, pri katerih je posamezni medicinsko-tehnični pripomoček zagotovljen, postopki za uveljavljanje pravic in cenovni standardi so natančneje opredeljeni v Seznamu s šifrantom, medicinskimi kriteriji, pooblastili, postopki in cenovnimi standardi (15). Medicinsko-tehnični pripomočki iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so: proteze udov, estetske proteze, ortoze za stabilizacijo udov in hrbtenice, ortopedska obutev, vozički ter ostali pripomočki za gibanje, stojo in sedenje, električni stimulatorji in ostali aparati (npr. za podporo pri dihanju), pripomočki za nego na bolnikovem domu (postelje z dodatki, sanitarni pripomočki, blazine proti preležaninam), kilni pasovi, pripomočki pri težavah z odvajanjem seča in blata, pripomočki pri zdravljenju sladkorne bolezni, kanile, pripomočki za slepe in slabovidne, pripomočki za sluh in govor, obvezilni material in ostali medicinsko-tehnični pripomočki (15).

## Hišni obisk

Hišni obisk je oblika posveta zdravnika z bolnikom izven ambulate, najpogostejše na bolnikovem domu. Tako se srečata najbolj neposredno (19).

Z obiskom umirajočega na domu je zdravniku dana enkratna priložnost opazovanja družinskega ustroja, delovanja, zakonitosti in prilagajanja na bolezen. V družino prihaja kot začasni družinski član, zato lahko po eni strani ohrani določeno razdaljo, hkrati pa ob dogajanju ne more ostati povsem neprizadet. V času umiranja družino spremlja, jo spodbuja in po potrebi posreduje, če pride do iztirjenja. S tem že sam po sebi deluje kot zdravilo (16).

Pri spremljanju umirajočega pride v poštev ena najzahtevnejših oblik zdravstvene oskrbe, t. i. zdravljenje na domu, ki zajema dolgotrajno vodenje bolnika in njegovih svojcev na osnovi načrta zdravnika družinske medicine. Zahteva dobro sodelovanje med vsemi, ki pri tem sodelujejo.

Med modeli, na kaj vse naj bi bil zdravnik pozoren, je zanimiv lahko zapomnljiv ameriški model INHOMESS (I – *immobility* (nepokretnost), N – *nutrition* (prehrana), H – *home environment* (domače okolje), O – *other people* (oskrbovalci), M – *medication* (zdravila), E – *examination* (pregled), S – *safety* (varnost), S – *spiritual health* (duhovna hrana), S – *services* (servisne dejavnosti). Vsakega bolnika je seveda potrebno obravnavati individualno (19).

### **Začasna in trajna delanezmožnost**

Začasno delanezmožnost do 30 delovnih dni tudi pri teh bolnikih ugotavlja osebni zdravnik. Kasneje skrbi predvsem za pravočasno posredovanje ustrezne medicinske dokumentacije imenovanemu zdravniku ZZS. Kljub slabi napovedi bolezni predstavlja urejanje bolniškega staleža dodaten stres za bolnika in zdravnika.

Ko nastopi trajna nezmožnost za delo, osebni zdravnik bolnika z izpolnjenim obrazcem napoti na zdravniško komisijo na ZPIZ-u, ki ugotovi bolnikovo preostalo delazmožnost in mu odredi kategorijo, t. j., ali je v celoti nezmožen za svoje delo, ali lahko opravlja drugo delo v polnem ali skrajšanem delovnem času, ali je zmožen za svoje delo v skrajšanem delovnem času.

### **Dodatek za pomoč in postrežbo drugega ter telesna okvara**

Dodatek za pomoč in postrežbo je mesečni denarni prejemek, ki ga lahko po zakonu pridobijo uživalci pokojnine in določeni zavarova-

vanci s stalnim prebivališčem v Sloveniji. Namenjen je poplačilu dela stroškov, ki jih ima upravičenec, ki zaradi trajnih sprememb v zdravstvenem stanju za opravljanje osnovnih življenjskih potreb nujno in stalno potrebuje tujo nego in pomoč.

Pravica do dajatve je pogojena z določenim statusom osebe in s predhodnim mnenjem izvedenca zavoda, da je tej osebi za opravljanje osnovnih življenjskih potreb neogibno potrebna stalna pomoč in postrežba drugega ali da gre za osebo, ki ji ta pravica po zakonu pripada zaradi določenih zdravstvenih okoliščin (21).

Čeprav v tem primeru ne gre za zdravstveno dejavnost ali medicinske ukrepe in imajo bolniki zakonsko možnost uveljavljanja teh pravic tudi neposredno pri ZPIZ-u, je naloge zdravnika družinske medicine, da bolniku pojasni, v kakšnih okoliščinah je upravičen do dodatka za pomoč in postrežbo drugega ter nadomestila za telesno okvaro, in zdravniški komisiji ZPIZ-a posreduje ustrezne obrazce in medicinsko dokumentacijo, ki podpirajo utemeljitev zahtevka (14).

## **OSTALE OBLIKE POMOČI UMIRAJOČEMU TER PSIHO-SOCIALNA PODPORA UMIRAJOČEMU IN NJEGOVIM SVOJCEM**

### **Pomoč na domu**

Oskrba na domu glede na zdravstveno stanje in druge okoliščine omogoča ljudem najboljšo možno raven kakovosti življenja in je vsaj tako dobra ali še boljša od institucionalne.

Izvajati se lahko na organiziran (formalen, institucionaliziran) ali neorganiziran (neformalen) način. Oblike institucionalizirane oskrbe, ki so navadno javne službe s kakovostnimi strokovnimi storitvami, so:

- zagotovljene – zdravstvena (zdravnik, patronažna sestra) in socialna služba (območni centri za socialno delo, ki lahko izvajanje zaupajo domovom starejših občanov, saj imajo ti na področju oskrbe bolnih največ izkušenj),
- tržne – npr. razni servisi za dostavo hrane in gospodinjsko pomoč, ki lahko ponujajo tudi drage in neakovostne storitve,

- prostovoljne – karitativne organizacije (Rdeči križ, Karitas), verske skupnosti, hospic (19).

## **Druge oblike pomoči na domu**

Neorganizirane oblike pomoči na domu nudijo družine same, sorodniki, sosede, prijatelji, prostovoljci in drugi ustrezno usposobljeni laiki. Njena vloga je zelo pomembna, saj se lahko družinski člani pod bremenom oskrbe za umirajočega popolnoma izčrpajo.

Svoj delež zagotavljajo predvsem pri manj zahtevnih, a vseeno pomembnih vidikih, kot so spodbujanje in podpiranje umirajočega in njegove družine, omogočanje človeškega stika in topline in sprejetosti ter gospodinjska pomoč, časovna razbremenitev svojcev ali podpora pri negovalnih opravilih ter nadzor nad jemanjem zdravil, kar sicer ni njihova neposredna zadolžitev (19).

Pri vsakem kroničnem bolniku mora zdravnik v sodelovanju s socialno delavko oceniti možnost oskrbe na domu. Pri tem igrajo odločilno vlogo zdravstveno stanje, pričakovanja in želje prizadetega. Preveriti je potrebno tudi, ali ima oskrbovalca ali pomočnike ter opredeliti možnosti zdravstvene oskrbe (16).

## **Slovensko društvo HOSPIC**

Slovensko društvo HOSPIC je nevladna, neprofitna humanitarna organizacija, ki deluje na več območjih Slovenije. Spremlja neozdravljivo bolne in njihove svojce. Prizadeva si za detabuizacijo smrti in za naraven odnos do umiranja in žalovanja v slovenski družbi.

Paliativna oskrba, katere del je hospic, mora postati dostopna vsem, ne le tistim, ki živijo v večjih mestih. Na smrt bolnim mora omogočiti, da zadnje obdobje življenja preživijo v potrditvi, da njihovo življenje ni bilo zaman, v harmoniji s samim seboj in svojimi bližnjimi. Program se izvaja tam, kjer se bolnik nahaja, doma, v bolnišnici, domu starejših občanov ali drugod (22).

## **Namestitev v dom starejših občanov**

Sodoben način življenja in organizacija družin kljub vsem oblikam pomoči pogosto ne omogoča daljšega negovanja umirajočega bolnika v domačem okolju. Takrat je potrebna

namestitev v dom starejših občanov. Število prosilcev presega kapacitete, zato so vanje sprejeti le taki iz resnično nemogočih bivalnih razmer ali po dolgotrajnem čakanju.

V domovih starejših občanov (DSO) in posebnih socialno-varstvenih zavodih poteka zdravstvena in socialna oskrba (14).

Zdravstveno varstvo v DSO je organizirano na primarnem nivoju. Nosilec zdravstvene dejavnosti je zdravnik družinske medicine, ki svoje delo običajno opravlja v tamkajšnji ambulanti in ob postelji pri oskrbovancih, ki so stalno ali občasno (ob poslabšanju bolezni) vezani na posteljo. Zdravstveno nego in rehabilitacijo izvaja negovalni tim pod vodstvom medicinske sestre, v oskrbo pa se vključujeta še fizioterapevt in delovni terapevt (14).

Nekateri DSO zagotavljajo poleg stalne oskrbe tudi dnevno varstvo oz. začasen sprejem v DSO, kar je dobrodošlo, kadar so svojci oziroma oskrbovalci v službi ali na letnem oddihu (14).

## **PSIHOFIZIOLOGIJA UMIRANJA**

V zadnjem obdobju življenja ima umirajoči vedno manj telesne energije, pogosto več spi, kot pa je buden. Obrača se vase, se ozira nazaj na svoje življenje in ima manj potrebe po govorjenju. Postopno ne želi več jesti, kar je v tem obdobju povsem naravno, lahko pa ima veliko potrebo po pijači. Počasi izgublja odnos do realnosti in je lahko nemiren.

V zadnjih 12 do 24 urah telo postopoma izgublja sposobnost vzdrževanja telesnih funkcij. Krvni pritisk pada, izločanje blata in urina je minimalno, srčni utrip se pospeši in postane nereden, roke in noge lahko postanejo hladnejše. Dihanje postaja nepravilno, tako da imamo lahko vsak vdih za zadnjega. Sluzi ne more več izkašljati, zato slišimo hropenje, ki nas lahko precej vznemiri (v tem primeru umirajočemu dvignemo glavo in zgornji del telesa). Včasih se od umirajočega, še posebej pri rakavi bolezni, širi poseben zadah. Pogosto potrebuje manj sredstev proti bolečinam.

Nekateri ljudje padejo v zadnjih dneh v komo. Izkušnje klinično mrtvih pravijo, da v tem obdobju umirajoči sliši, zato mu lahko sporočimo kaj pomembnega oziroma tisto, kar bi mu še radi rekli, preden odide.

Možni znaki bližnje smrti so odprte ali polodprte oči, ki gledajo v daljavo, odprta usta, še šibkejši pulz, vedno slabši odziv zenic na svetlobo, stopnjujoča se apatičnost in nezanimanje za okolico. »Zadnji vdih« se dopolni še z enim ali dvema vdihoma. Neposredno po smrti lahko truplo še enkrat izprazni črevo ali mehur, kar je čisto telesna funkcija in nima več opraviti s človekom (2).

## UKREPI OB SMRTI

Kadar moramo sporočiti vest o smrti bolnika, je to najbolje storiti z neposrednim stikom, čim prej, čuteče in z vsem spoštovanjem. Svojcem omogočimo, da se od umrlega poslovijo oziroma so ob času smrti navzoči, razložimo njen vzrok, jim dopustimo izraziti močnejša čustva in po potrebi organiziramo ponovno srečanje z njimi (1, 3, 4).

## Mrliški ogled

Zdravnik – mrliški preglednik mora pri vsakem pregledu dobiti podatke o bolezni in zdravljenju, pregledati zdravstveno dokumentacijo in zdravila, ki jih je umrlj jemal, pregledati oblačila in golo truplo po vsej telesni površini, mrliške lise, ohladitev in okorelost, gnilobne spremembe, vse telesne odprtine in poraščene dele, pregledati dokumente in druge predmete pri trupu, da ugotovi okoliščine, ki bi mogle vplivati na nastop smrti. Posebno pozornost posveča sumljivim okoliščinam, znakom poškodbe, možnim prikrievanjem samomora, nezgode ali umora ter nalezljivih bolezni.

Dolžnosti zdravnika – mrliškega preglednika so: oživljanje pri navidezni smrti, ugotovitev časa, vzroka in načina smrti, obveščanje upravnih organov v primerih sumljivih in nasilnih smrti ter izstavitev z zakonom predpisane dokumentacije v skladu s pravilnikom o pogojih in načinu opravljanja mrliško pregledne službe (24, 25).

Zdravnik, določen za opravljanje mrliško pregledne službe, ne more odkloniti tega dela, razen če je zaradi zdravstvenega stanja ali starosti oproščen tudi opravljanja zdravniških obiskov na domu. Nujen obisk pri bolniku ima prednost pred ogledom trupla, razen pri sumu navidezne smrti (24). Vsako truplo oziroma mrtvorojenega mora pregledati, takoj ko za

to izve, najpozneje v štiriindvajsetih urah (ob specifičnih klimatskih razmerah in v gosto naseljenih stavbah najpozneje v dvanajstih urah, v primeru nenadne ali nasilne smrti pa najkasneje v štirih urah po tem, ko je za smrt izvedel) (24).

## SVETOVANJE SVOJCEM V OBDOBJU ŽALOVANJA

Obdobje žalovanja je proces, v katerem žalujoči predelujejo svojo izgubo in se ji prilagajajo. Način žalovanja je močno odvisen od individualnih, socialno-kulturnih ter situacijskih dejavnikov.

Važno je, da ima človek priložnost za žalovanje ter tega čustva v sebi ne zatre. Družinski člani se v obdobju žalovanja družijo in si s tem dajejo moč in podporo. Stiska žalujočih je še toliko večja, če se počutijo osamljene. V primeru nerešenih družinskih problemov je lahko smrt staršev v starejših letih pot v resno depresijo pri že odraslih otrocih. Po smrti ni več priložnosti, da bi odpustili ali bili deležni odpuščenja. Žalujočim družinskim članom ostanejo le občutki krivde in jeze (1).

Normalne znake žalovanja lahko delimo na.

- fizične (tiščanje v prsih ali grlu, preobčutljivost na zvok, mišična oslabelost, pomanjkanje energije, suha usta),
- čustvene (šok in čustvena otopelost, jeza (usmerjena na kogar koli), občutek krivde, hrepenenje, brezup in dezorganizacija, občutek olajšanja in svobode),
- kognitivne (prehodna izguba občutka realnosti, vizualne, slušne podobe umrlega, kratkoročni spomin in zmoglost koncentracije sta pogosto prizadeta) in
- vedenjske (moten apetit in spanec, sanje o umrlem, socialni umik, dramatične spremembe v načinu življenja).

Faze žalovanja so tri. Akutna faza traja 2 tedna in pomeni čustveni pretres. Druga traja približno od 3 do 6 mesecev. Zanj je značilna depresija, telesni simptomi in znaki. Žalujoči je zaprt vase, razglablja o spominih na umrlega. V tretji se začne načrtovanje prihodnosti in običajno traja do največ eno leto po smrti (1).

Paliativna oskrba se s smrtjo bolnika ne konča, temveč nadaljuje s pomočjo pri proce-

su žalovanja tistih, ki so ostali za njim. Na voljo so različne oblike pomoči (individualno svetovanje, skupina za podporo žalujočih, klub žalujočih, razne delavnice in predavanja) (23).

Svetovanje v obdobju žalovanja je prav tako ena izmed nalog družinskega zdravnika. Pomembno je razlikovati normalno žalovanje od oteženega. Normalno žalovanje označujejo razumsko in čustveno zavedanje izgube, občutki krivde, stresa, jeze in sovraštva; znaki podaljšane žalovanja pa so: resna depresija, ki traja 12 do 18 mesecev, podaljšana socialna osamitev, čustvena otopelost, govorjenje, kot da je umrla še živ, prisotnost številnih telesnih znakov, globoka identifikacija s pokojnim in podaljšano pridobivanje simptomov, ki so pripadali boleznim umrlega, izjemna jeza, ki je lahko naperjena tudi proti zdravniku, pretiravanje pri uživanju alkohola ali zdravil ter težave v družini, pri delu ali v šoli.

Podaljšani znaki žalovanja so nevarni in zahtevajo napotitev k psihiatru (1).

## ZAKLJUČEK

Obdobje umiranja in žalovanja je težak čas za vse prizadete. S seboj namreč prinese mnogo telesnih, psiho-socialnih, duhovnih sprememb, nenazadnje pa tudi organizacijskih in prilagoditvenih zahtev. Vloga zdravnika družinske medicine v tem spletu je zelo pomembna, saj se lahko izkaže kot dober diagnostik, terapevt, usklajevalec medsebojnih odnosov in organizator delovanja različnih služb. Hkrati mora poskušati ohraniti čustveno stabilnost in prepoznati najbolj ranljive družinske člane, da jim lahko nudi pomoč. Ob zavedanju, da skrbi za bolnika in ne za njegovo bolezen, ga lahko na njegovi poti ustrezno spremlja, presoja njegovo vsesplošno kondicijo in tudi upošteva njegove želje o nadaljnji terapiji. Ko izčrpa vse možnosti zdravljenja in se iztekajo zadnji trenutki življenja, ostaja prisoten z mirnim in spoštljivim spremljanjem. Toda s smrtjo se njegovo poslanstvo ne konča. S svetovanjem še naprej pomaga vsem, ki so za preminulim ostali.

## LITERATURA

1. Vodopivec - Jamšek V. Družina z umirajočim bolnikom. In: Švab I, Rotar - Pavlič D, eds. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2002. p. 105–11.
2. Klevišar M. Zadnji tedni in dnevi. Ljubljana: Slovensko društvo Hospic; 1999.
3. Lowitz BB, Casciato DA. Talking with Cancer Patients and Their Families. In: Casciato DA, ed. Manual of Clinical Oncology, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. 130–9.
4. Lunder U, Kersnik J. Sporočanje slabe novice. Med Razgl 2003; 42 (1): 73–9.
5. Klevišar M. Zdravnikovo spremljanje bolnikov z rakom. In: Fras AP, ed. Onkologija. Ljubljana: Katedra za onkologijo in radioterapijo, Onkološki inštitut; 1994. p. 147–9.
6. Salobir U. Paliativna oskrba bolnika. Onkologija 2001; 5 (2): 87–90.
7. Lunder U. Paliativna oskrba – njena vloga v zdravstvenih sistemih. Zdrav Vest 2003; 72: 639–42.
8. Petek D. Vloga zdravnika družinske medicine pri podpornem zdravljenju bolnikov z rakom. In: Kersnik J, ed. Kronična bolečina, hiperlipidemije, menopavza, hipertenzija, podporno zdravljenje rakavih bolnikov, erektilne motnje. Zbornik predavanj. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2005. p. 69–72.
9. Dosegljivo na: [http://www.mcpcil.org.uk/liverpool\\_care\\_pathway/view\\_the\\_lcp\\_and\\_associated\\_documentation/leaflets](http://www.mcpcil.org.uk/liverpool_care_pathway/view_the_lcp_and_associated_documentation/leaflets)
10. Kopčavar - Guček N. Družina in kronični bolnik. In: Švab I, Rotar - Pavlič D, eds. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2002. p. 94–101.
11. Cvetko T. Rak v ospredju sočasnih bolezni. In: Kersnik J, Iljaž R, eds. Sočasne bolezni in stanja. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2005. p. 143–50.
12. Petek - Šter M. Starostnik v ambulantni družinski medicine. In: Kersnik J, Iljaž R, eds. Sočasne bolezni in stanja. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2005. p. 217–24.
13. Stepanović A. Kaj lahko k lajšanju bolečin prispeva zdravnik družinske medicine. In: Kersnik J, ed. Kronična bolečina, hiperlipidemije, menopavza, hipertenzija, podporno zdravljenje rakavih bolnikov, erektilne motnje. Zbornik predavanj. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2005. p. 7–9.
14. Petek - Šter M. Skrb za ostarele znotraj skupnosti. Družinska medicina. 2006; 4 Suppl 4: S44–8.
15. Dosegljivo na: <http://www.zzs.si>

16. Kersnik J. Ocenjevanje družine. In: Švab I, Rotar - Pavlič D, eds. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2002. p. 86–93.
17. Ažman D. Zdravljenje bolečine pri rakavem bolniku. In: Fras AP, ed. Onkologija. Ljubljana: Katedra za onkologijo in radioterapijo, Onkološki inštitut; 1994. p. 127–34.
18. Prommer EE, Casciato DA. Supportive Care. In: Casciato DA, ed. Manual of Clinical Oncology, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 102–29.
19. Kravos A, Kersnik J. Hišni obisk. In: Kersnik J, ed. Zdravnikovo delo izven ambulate. 18. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2001. p. 7–18.
20. Kravos A, Kersnik J. Oskrba na domu. In: Kersnik J, ed. Zdravnikovo delo izven ambulate. 18. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2001. p. 19–33.
21. Dosegljivo na: <http://www.zpiz.si>
22. Dosegljivo na: <http://www.drustvo-hospic.si/>
23. Brumec M, Tušek - Bunc K. Hospic in paliativna oskrba v družini. Družinska medicina. 2006; 4 Suppl 4: S177–83.
24. Pravilnik o pogojih in načinu opravljanja mrliško pregledne službe. Uradni list RS, št. 56/93: 2811–6.
25. Strokovna navodila za opravljanje mrliškega pregleda. Uradni list RS, št. 56/93: 2817–9.

Prispelo 14. 6. 2008