

Šolski center Novo mesto

Srednja elektro-računalniška srednja šola

Šegova ulica 112

8000 Novo mesto

**DOŽIVLJANJE SMRTI PACIENTOV S STRANI
ZDRAVSTVENIH DELAVCEV**

(raziskovalna naloga s področja psihologije)

Avtorici: Lana Žnidaršič in Nastja Lužar

Mentorica: Jasmina Jevnikar, univ. dipl. psih.

Novo mesto, februar 2025

**Zdaj se spočij, izmučeno srce,
zdaj se spočijte, zdelane roke.**

Zaprte so utrujene oči.

Le moja drobna lučka še brli.

-Svetlana Makarovič

ZAHVALA

Zahvaljujemo se mentorici Jasmini Jevnikar, ki naju je med pisanjem naloge usmerjala. Hvaležni
sva vsem, ki so rešili najin vprašalnik ter gospe Maji Janežič in gospe Klavdiji Klavžar, ki sta
se z nama pogovorili o tej temi.

POVZETEK

Smrt je v današnji družbi še vedno tabu. Ne zavedamo se, da obstajajo ljudje, ki se na vsakdanji ravni soočajo z njo. Zdravstveni delavci, ki delajo v domovih za ostarele, v paliativni negi ter na oddelkih kot je intenzivna nega, se dnevno soočajo s smrtjo pacientov. O smrti se vsak dan pogovarjajo ter spremljajo umirajoče. Z mislijo, da obstajajo ljudje, ki se poklicno in prostovoljno ukvarjajo z umirajočimi, sva se podali na raziskovanje te teme. Ti ljudje umirajočim nudijo paliativno oskrbo, le-ta je namenjena pacientom, ki so diagnosticirani z neozdravljivo boleznijo. Paliativna oskrba omogoča umiranje brez bolečin in ne zdravljenje. Z bolniki preživijo zadnje dneve in je možno, da se na njih navežejo, zato sva se vprašali, kako bolnikova smrt vpliva na zdravstvene delavce, ki skrbijo za njih. Na raziskovalna vprašanja so nam pomagali odgovoriti zaposleni v zdravstvenih domovih in bolnišnici. Prav tako pa sva o tej temi spregovorile v obliki intervjuja z medicinskima sestrama Majo Janežič in Karmen Klavžar. Podali sta nama realno situacijo zaposlenih v paliativni negi, intenzivni negi ter doma za starejše občane. Ugotovili sva, da se zdravstveni delavci na začetku svojih karier pogosto srečajo s stiskami ob smrti, vendar si skoraj nikoli ne poiščejo strokovne pomoči. Največkrat se zatečejo k pogovorom s sodelavci, ki se s smrtjo srečujejo pogosteje, oziroma so se naučili, kako premagati te stiske.

KLJUČNE BESEDE

- Paliativna oskrba
- Smrt
- Zdravstveni delavci
- Umirajoči
- Svojci

ABSTRACT

Death is still a taboo subject in today's society. We don't realize that there are people who deal with it every day. Healthcare workers who work in nursing homes, palliative care and in departments like intensive care deal with death of their patients almost every day. They talk about it all the time and monitor the dying. There are people who deal with dying patients professionally and voluntarily. With this in mind we began our research. This people offer the dying palliative care. This kind of care is meant for patients who have incurable diseases. Palliative care provides them with painless death and not treatment. Healthcare workers spend the last days with patients, that's why it is possible for them to become attached to patients. That's why we asked ourselves, how does the patient's death affect the healthcare workers who take care of them. Does mental distress from these deaths cause them to find psychological help? Or do they prefer talking to coworkers about it? How hard is it to tell the relatives about the incurable disease? The healthcare workers from health centres and hospital helped us to answer these questions. In addition to that we talked about this subject with nurses Maja Janežič and Karmen Klavžar. They helped us to see the reality of healthcare workers in Palliative care, nursing homes and intensive care. We found out that at the beginning of their carrier health workers often deal with mental distress caused by death. But they almost never seek professional help. Most of the time they solve their problems by talking with their coworkers, who face death more often or have already learnt how to deal with it.

KEYWORDS

- Palliative care
- Death
- Healthcare workers
- Dying persons
- Relatives

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	1
2	TEORETIČNO OZADJE.....	2
2.1	KOMUNIKACIJA	2
2.2	KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI.....	2
2.2.1	Komunikacija s pacientom	2
2.2.2	Komunikacija s svojci	2
2.3	ŽALOVANJE	2
2.3.1	Žalovanje starejših.....	3
2.3.2	Vloga zdravstvenih delavcev pri žalovanju	3
2.3.3	Vpliv žalovanja na zdravstvene delavce	3
2.4	PALIATIVNA OSKRBA	4
2.4.1	Načela paliativne oskrbe	4
2.4.2	Hospic oskrba	4
2.4.3	Maslowa hierarhija potreb.....	5
2.4.4	Klinična pot umirajočega	5
2.4.5	Vloga svojcev pri paliativni oskrbi	5
2.5	SMRT	6
2.5.1	Kdaj vidimo, da se bliža smrt?	6
2.5.2	Umiranje.....	6
2.6	ODNOS ZDRAVSTVENIH DELAVCEV DO SMRTI.....	6
2.6.1	Kako se zdravstveni delavci spopadajo z duševno stisko ob smrti pacienta?	7
2.7	NAMEN IN HIPOTEZE	8
3	METODA.....	10
3.1	UDELEŽENCI.....	10
3.2	PRIPOMOČKI	10
3.3	POSTOPEK.....	10
4	REZULTATI.....	12
4.1	HIPOTEZA 1: Vsi zdravstveni delavci, ki so se s smrtjo svojega pacienta oziroma oskrbovanca že soočili, so posledično doživeli nekakšno duševno stisko.....	12
4.2	HIPOTEZA 2: Več kot 50% vseh zdravstvenih delavcev, ki so se s smrtjo svojega pacienta oz. oskrbovanca že srečali, je poiskalo strokovno psihološko pomoč.....	13
4.3	HIPOTEZA 3: Zdravstveni delavci se s smrtjo pacienta oziroma oskrbovanca največkrat soočajo s pomočjo pogovora s sodelavci.....	14

4.4	HIPOTEZA 4: Najzahtevnejši del oskrbe pacientov oziroma oskrbovancev, z zdravstvenim stanjem, pri katerem je smrt neizogibna, je seznanitev svojcev s smrtjo bolnikom.....	15
5	DISKUSIJA.....	16
6	ZAKLJUČEK.....	19
7	VIRI.....	22
8	PRILOGE.....	24
8.1	VPRAŠALNIK.....	24
8.2	INTERVJU 1: Maja Janežič.....	26
8.3	INTERVJU 2: Karmen Klavžar.....	33

KAZALO GRAFOV

Graf 1: Ali ste se s smrtjo že srečali?	12
Graf 2: Ali ste se že soočali z duševno stisko ob smrti vašega pacienta?	13
Graf 3: Ali ste poiskali kakršnokoli strokovno pomoč?	13
Graf 4: Kako se največkrat soočate s smrtjo?	14
Graf 5: Najbolj stresen del oskrbe bolnikov.....	15

1 UVOD

Družba postaja starejša, zato je staranje pojav, ki je v našem vsakdanu čedalje bolj pogost. Pred smrtjo, ko pacient dobi diagnozo bolezni, ki je neozdravljiva, se izvaja paliativna oskrba. Paliativna oskrba je oskrba, ki omogoča mirnejše umiranje. Omogoča pacientu manj bolečo smrt. Da pa to lahko omogoči, je sprva potrebna komunikacija s pacientom. Potrebno je ugotoviti, kaj pacient in njegovi svojci potrebujejo (Gugić Kevo, b. d.).

Praviloma svojci in bolnik začnejo žalovati, še preden bolnik umre, pravi Maja Janežič (osebna komunikacija, 2025). Nikakor pa ni mogoče vedeti, kako dolgo bo to žalovanje trajalo, pa tudi priganjati ga ne smemo. Medicinske sestre/bratje ob tem nudijo podporo in omogočijo, da so svojci čim bolj obveščeni ter vključeni v zdravljenje (Švetak, b. d.).

Maja Janežič (osebna komunikacija, 2025) pravi tudi, da je potrebno svojce izobraziti, da lahko bolniku pomagajo. Pravi, da paliativa temelji na tem, da bi pacient lahko umrl doma, v krogu svojih bližnjih, zato morajo biti svojci opolnomočeni o stanju pacienta.

Zdravstveni delavci preživijo zadnje obdobje življenja s svojimi pacienti. Preučujejo njihove težave, a jih v tem obdobju več ne odpravljajo, temveč le blažijo bolečine. Ker preživijo ta čas s pacienti, naju je zanimalo, kako njihova smrt vpliva na zdravstvene delavce, ki za njih skrbijo.

V raziskovalni nalogi bova preučili, kako zdravstveni delavci doživljajo smrt pacientov, kako vpliva na njihovo duševno zdravje in kako se s tem soočajo. Prav tako bova raziskali, katere strategije uporabljajo za obvladovanje stresa in čustvene obremenitve ter kakšno podporo imajo pri tem na voljo. Razumevanje njihovega doživljanja smrti ni pomembno le z vidika njihovega osebnega blagostanja, temveč tudi za zagotavljanje kakovostne oskrbe bolnikov in njihovih svojcev v najtežjih trenutkih življenja.

2 TEORETIČNO OZADJE

2.1 KOMUNIKACIJA

Komunikacija je posredovanje in sprejemanje sporočil. Sporočila lahko posredujemo verbalno in neverbalno. Verbalna komunikacija je tisto, kar je govorjeno ter pisno izraženo. Pri tem je pomembno, da znamo izbrati, kaj in na kakšen način nekaj povemo/napišemo. Neverbalna komunikacija pa zajema način izražanja z vedenjem in govorico telesa. Sem sodijo tudi elementi govora: hitrost, razločnost, višino, ton, barvo in jakost glasu (Fink in Kobilšek, 2011).

2.2 KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI

2.2.1 Komunikacija s pacientom

Pacienta je potrebno spoštovati, spoštovati pa je potrebno tudi njegovo dostojanstvo. Komunikacija v zdravstveni negi zajema poleg že prej omenjenih elementov tudi aktivno poslušanje, podajanje informacij in upoštevanje etičnih načel (skrb za drugega, odgovornost, zaupanje, empatija in sočutje). S tako komunikacijo vzpostavimo medsebojni odnos, zadovoljimo pacientove potrebe, občutke in omejitve (Fink in Kobilšek, 2011).

Preden začnemo pogovor, moramo izključiti vse, kar bi nas pri dobri komunikaciji lahko oviralo. Ovira nas lahko recimo strah pacienta. Strah lahko zmanjšamo z nežnim, nevsiljivim dotikom. Res pa je, da se lahko pacient negativno odzove na to (Fink in Kobilšek, 2011).

Pogovori z umirajočim se dotikajo tem, kot so pričetek umiranja, simptomi bolezni, načrtovanje oskrbe, želje, strahovi in skrbi (Trontelj Zavratnik in Červek, 2016).

2.2.2 Komunikacija s svojci

V zdravstveni negi je komunikacija s svojci zelo pomembna. Svojci se na bolezen bližnjega odzovejo z različnimi čustvi, kot so jeza, žalost, negotovost, zanikanje, strah in zaskrbljenost. Svojce moramo pomiriti, opogumiti in jih vključiti, če seveda to želijo, v nadaljnjo nego pacienta. Tudi do njih moramo imeti spoštljiv in prijazen odnos. Ugotoviti moramo, komu posredujemo informacije glede zdravljenja, ter te informacije posredovati v preprosti obliki (Fink in Kobilšek, 2011).

2.3 ŽALOVANJE

Dolžina žalovanja ter skozi katere faze žalovanja bomo šli, je odvisna od vsakega posameznika, zato ni napačnega načina žalovanja. Prav tako ne obstaja način, da bi najhitreje in najlažje končali svoje žalovanje (Švetak, b. d.).

Žalovanje je pravzaprav navajanje na izgubo, ki je razdeljeno na posamezne faze. V začetku se pojavi šok ob novici, da smo nekoga izgubili, nato sledi zanikanje. Zanikanje se izraža v obliki protesta, saj se ne moremo sprijazniti z izgubo. Doživljamo jezo, da se je to zgodilo ravno nam, pri čemer se pojavi obdobje depresije, kjer več ni zanikanja. V tem obdobju polno doživljamo resničnost izgube. Prevladujejo žalost, potrtoost in obup. Zadnje obdobje žalovanja je sprejetje izgube ter s tem ponovna organizacija življenja (Kompore idr., 2022).

2.3.1 Žalovanje starejših

Starejši ljudje imajo premalo priložnosti in časa za žalovanje. Vsi od njih pričakujejo, da so "trdni" in ne izražajo čustev. Pri njih je žalovanje prisotno že, ko izgubijo svoje zdravje. (Črv, 2015).

2.3.2 Vloga zdravstvenih delavcev pri žalovanju

V trenutkih umiranja je najbolj pomembna človekova bližina. Ker je dandanes smrt čedalje večji tabu, so svojci bolj poredko ob umirajočemu. Tukaj nastopijo medicinske sestre oziroma bratje. Pomagati morajo umirajočemu in njegovim sorodnikom sprejeti smrt, se z njo soočiti in spopasti. Z njimi preživijo veliko časa in se z nekaterimi umirajočimi tudi čustveno povežejo, kar pomeni, da se morajo tudi oni znati soočiti s svojimi lastnimi čustvi ob žalovanju (Skočir, 2017).

Nekateri svojci potrebujejo posebno podporo v času žalovanja. V več kot polovici primerov so medicinske sestre/bratje aktivno vključene v nudenje le-te. Postopek žalovanja se pogosto začne že, ko je pacient živ. Medicinska sestra/brat mora spodbujati odkrit in pošten pogovor ter za to zagotoviti primerno okolje, hkrati pa nuditi psihično podporo žalujočim. Poleg tega mora umirajočemu olajšati umiranje. Za to morajo medicinske sestre/bratje razviti visoko stopnjo etičnega zavedanja. Etično zavedanje temelji na zavesti o sebi, kajti le, ko razumejo svoja čustva, lahko razumejo še čustva drugih ljudi (Rebolj, 2022).

2.3.3 Vpliv žalovanja na zdravstvene delavce

Zdravstveni delavci ob soočanju z umiranjem doživljajo stiske in težave pri komuniciranju z umirajočim ter njegovimi bližnjimi. Zdravstveni delavci se morajo s svojimi stiskami in strahovi soočiti, saj bodo lažje prenesli izgubo ter razumeli svojce umirajočega, če se bodo zavedali, kaj se čustveno dogaja v njih samih. Zdravstveni delavci nudijo čustveno podporo drugim, njim pa ta čustvena podpora manjka, saj se tudi oni spopadajo s temi situacijami. Vedno znova se soočajo s strahom pred reakcijo svojcev na slabe novice. Zaradi te zahtevne komunikacije se medicinske sestre/bratje izobražujejo o paliativni oskrbi (Rebolj, 2022).

2.4 PALIATIVNA OSKRBA

Paliativna oskrba postane del zdravstvene oskrbe takoj po postavitvi diagnoze. To je oskrba, ki izboljša kakovost življenja bolnika in njegovih bližnjih. Preprečuje in lajša trpljenje, tako telesno kot duhovno (Mlinšek, 2012).

Paliativna oskrba naj bi bila na voljo tam, kjer so bolniki. Po navadi je to doma, v domovih za ostarele in bolnišnicah. Paliativna oskrba nista le paliativna zdravstvena nega (medicinske sestre/bratje) in paliativna medicina (zdravnik). Paliativno oskrbo izvaja paliativni tim: zdravnik, medicinska sestra/brat, fizioterapevt, delovni terapevt, socialni delavec, psiholog, prostovoljci, duhovnik in svojci. Le-ti morajo upoštevati etična načela paliativne oskrbe, ki se razlikujejo od medicinskih le v tem, da se ne posvečajo ohranjanju življenja, temveč odpravljanju trpljenja (Črv, 2015).

2.4.1 Načela paliativne oskrbe

- Spoštovanje življenja in sprejemanje umiranja kot naravnega dogajanja.
- Smrt se niti ne zavlačuje niti ne pospešuje.
- Skrb za lajšanje bolečine in drugih bolezenskih znakov.
- Bolnik prejema psihološko, socialno in duhovno podporo.
- Z različnimi oblikami pomoči se omogoča bolniku polno in dostojanstveno življenje do smrti.
- Pomoč bolnikovi družini je zagotovljena v času žalovanja (Črv, 2015).

2.4.2 Hospic oskrba

Hospic oskrba je osredotočenost na neozdravljivo bolne, ki nimajo več veliko življenjskega časa. Najbolj pomembno je zagotoviti umirajočim podporo in tolažbo. Je oskrba ob koncu življenja, ki pomaga lajšati bolečine. Taka oskrba je odvisna od medicinskih sester/bratov in se še razvija. Doživljanje smrti vsak dojema drugače, kar je eden izmed razlogov, da je paliativna oskrba tako zahtevna. Poleg tega je še zelo neraziskana (Sapač, 2021).

Slovensko društvo Hospic je bilo ustanovljeno 1995. Ustanovljeno je bilo, da spremlja neozdravljivo bolne in pomaga njihovim svojcem. Cilj društva je detabuizirati smrt, da bi ljudje začeli smrt sprejemati kot naraven proces, ki se zgodi vsakemu (Sapač, 2021).

2.4.3 Maslowa hierarhija potreb

Mlinšek (2012) pravi, da je pomembno, da zdravstveni delavci poznajo pacientove potrebe. Tako lahko zagotovijo netravmatično izkušnjo tako za pacienta kot za zdravstvenega delavca. Pri tem naj bi se zdravstveni delavci ravnali po Maslowi hierarhiji potreb (Mlinšek, 2012).

Abraham Maslow je raziskoval človeško motivacijo. Njegova teorija temelji na hierarhiji potreb, ki determinirajo človeško motivacijo, da zadovolji določeno potrebo. Vse potrebe pa ne morejo biti hkrati zadovoljene. Šele ko zadovoljimo nižje potrebe, se prebudi želja po zagotovitvi višjih. Najnižje potrebe so fiziološke potrebe. Sledijo po vrsti potreba po varnosti, potreba po pripadnosti in ljubezni, potreba po spoštovanju, kognitivne potrebe, estetske potrebe in samoaktualizacija (Varga, 2003).

2.4.4 Klinična pot umirajočega

Pogoj za primerno oskrbo ob koncu življenja je prepoznati, da se smrt bliža. KPU (Klinična pot umirajočega) je pri tem lahko v pomoč. KPU je dokument, ki temelji na oskrbi, ki dokazano omogoča prepoznavanje začetka umiranja. Ta dokument poudarja, da je potrebno ohraniti človekovo dostojanstvo in zagovarja pravico do mirne in neboleče smrti (Trontelj Zavratnik in Červek, 2016).

Preden uporabimo KPU je potrebno oceniti bolnikovo stanje ter težave in potrebe bolnika in svojcev. Ugotoviti je potrebno vse postopke zdravljenja, ki se bodo izvajali. Pomembno je, da predpisujemo zdravila, ki jih bolnik lahko absorbira, pri čemer upoštevamo, ali bolnik lahko še požira, ali ne. Potem med umiranjem pacienta na vsake 4-12 ur spremljamo. Poskrbimo pa tudi za bolnikove bližnje, jim pomagamo pri žalovanju in svetujemo, kako se spopasti s trenutnim dogajanjem. KPU nas ustrezno vodi skozi to obdobje (Gugić Kevo, b. d.).

2.4.5 Vloga svojcev pri paliativni oskrbi

Bolezen pacienta ne prizadene samo njega ampak celo družino in vse ostale bližnje. V primeru zelo napredovane bolezni, ko bolnik več ne more skrbeti sam zase, postanejo svojci del negovalnega tima. Svojci morajo biti seznanjeni z možnostjo stalne pomoči, ki jo nudijo družinski zdravnik, patronaža in odbori Hospica. S tem jih morajo seznaniti zdravstveni delavci. Z ustrezno organizirano paliativno oskrbo, je bolniku omogočeno, da konec življenja preživi doma, kar je tudi svojcem lažje. Lažje jim je, da imajo umirajočega doma in preživijo zadnje njegove trenutke z njim (Novakovič idr., 2009).

2.5 SMRT

Obstajata dobra in slaba smrt. Dobro smrt si razlagamo kot dostojanstvo, spoštovanje in smrt brez bolečin. Ima pozitiven učinek na medicinske smrti, saj je smrt pod nadzorom. Pri dobri smrti se počutimo, kot da imamo nadzor, je predvidljiva in časovno primerna. Pri slabi smrti prepoznamo nenadnost, nepredvidljivost, nepripravljenost in premalo časa za komunikacijo s svojci. Taka smrt med medicinskimi sestrami/brati ustvarja travmatične izkušnje in konflikte med njimi in zdravniki (Mlinšek, 2012).

Starost običajno doživljamo kot bližanje smrti (Džebić, 2021), a kljub temu, da je to neizogiben del življenja, še vedno o sami smrti ne govorimo veliko oz. sta staranje in smrt še vedno prepoznani kot tabu temi.

2.5.1 Kdaj vidimo, da se bliža smrt?

- Prisotna je nesposobnost bolnika, da vstane iz postelje, je brez moči in energije, ki sta za to potrebni.
- Bolnik je nesposoben piti in uživati tablete, to je posledica motenj v delovanju požiralnega refleksa.
- Prisotna je utrujenost, malo komunicira, težko sledi pogovoru, večino časa prespi (Trontelj Zavrtnik in Červek, 2016).

2.5.2 Umiranje

Umiranje poteka po dveh poteh. Prva je mirna pot. Takrat se normalna zavest prevesi v zaspanost. Bolnik se težko osredotoča na dogajanje v okolici, postopoma pa pride otrdelost, koma in smrt. Druga se imenuje težka pot. Stanje normalne vesti se prevesi v nemir. Postopoma se razvijajo zmedenost, motenost, blodnje, epileptični napadi, koma in smrt (Trontelj Zavrtnik in Červek, 2016).

2.6 ODNOS ZDRAVSTVENIH DELAVCEV DO SMRTI

Odnos do smrti ima pomemben vpliv na kvaliteto oskrbe, ki jo zdravstveni delavci nudijo pacientom. Dobra oskrba ni vedno mogoča, kljub temu da jo medicinske sestre/bratje želijo nuditi. Pogosta izpostavljenost nepričakovanim smrtim pacientov in neuspešno spopadanje s tem, vodi v frustracijo, nezadovoljstvo, zmanjšano kakovost življenja ter v čustvene, fizične in psihološke bolezni. Pomanjkanje izobraževanja in izkušenj pri obravnavanju umirajočih lahko prispevajo k negativnim stališčem do oskrbe umirajočih, kar vodi v manj kakovostno nego in oskrbo pacientov (Toplak, 2024).

Zdravstveni delavci na intenzivni negi, so pogosto priča smrti in umiranju. Število umrlih je večje kot na drugih oddelkih. Tam delno dela tudi medicinska sestra, Maja Janežič, s katero je bil izveden intervju. Čeprav Mlinšek (2012) pravi, da medicinske sestre/bratje na intenzivni negi smrt pacienta pogosto vidijo kot zdravstveni neuspeh, Maja Janežič ni takega mnenja. Janežič (osebna komunikacija, 2025) pravi, da ji to, da umirajočim olajšajo zadnje dneve življenja, prinaša zadovoljstvo. Seveda ni srečna, ker človek umre, je pa srečna, ker lahko umrejo doma, z družino, brez bolečin.

Skrb za umirajoče paciente je za zdravstvene delavce težka. Zdravstveni delavci so tisti, ki običajno prvi vidijo pacientovo trpljenje. Zaradi tega doživljajo čustveno stisko. Da bi lahko bolj pozitivno doživljali smrt, se udeležujejo usposabljanj ter izobraževanj o skrbi za umirajoče bolnike (Sapač, 2021).

Klavžar (osebna komunikacija, 2025) pravi, da se v domovih za starejše občane velikokrat srečajo s smrtjo. Sprva to vsakega prizadene, zato dovolijo novim zaposlenim, da se od tega odmaknejo. Tudi sama se je na začetku smrti izogibala. Po tolikih letih in izkušnjah pa se je smrti navadila in se naučila živeti s tem, da vsak človek enkrat umre. Tolaži jo to, da pri njenem poklicu umirajo starejši ljudje, ki so, tako rekoč, življenje že živeli, in ne mladi, ki imajo življenje še pred sabo.

2.6.1 Kako se zdravstveni delavci spopadajo z duševno stisko ob smrti pacienta?

Večina zdravstvenih delavcev se sreča s smrtjo pacienta že, ko še študirajo. V naši naravi je, da doživimo stisko, ko nekdo umre. Pomembno je, da si poskusimo priznati, kaj doživljamo, in ne potlačiti teh čustev vase. Pomaga tudi, če se pogovorimo z nekom. To je lahko prijatelj ali pa morda bolj izkušen sodelavec. Ne smemo pa pozabiti, da imajo tudi oni čustva in je lahko tudi njih v preteklosti smrt pacienta prizadela ter se bodo ob pogovoru z nami na to bolečino spomnili. Zato pazimo, kako z njimi govorimo. Pri žalovanju pomaga tudi pogovor s svoji pacienta (*Coping with the death*, b. d.).

Najboljši način za spoprijemanje z duševno stisko ob smrti pacienta je preventiva. Če je zdravstveni delavec že pred smrtjo pacienta čustveno nestabilen, ga bo smrt pacienta bolj prizadela. Zato je še posebej pomembno, da zdravstveni delavec že predhodno poskrbi zase. Najbolj se priporoča izvajanje vaj za sproščanje. (*Coping with the death*, b. d.).

S smrtjo pacienta pa se lahko spopadamo tudi na način, da si poiščemo strokovno psihološko pomoč oz. psihoterapijo. Certificirani psihoterapevt lahko z različnimi tehnikami pomaga pri

spoprijemanju s čustvi, ki jih zdravstveni delavci doživljajo ob smrti njihovega pacienta (Keohan, 2024).

2.7 NAMEN IN HIPOTEZE

Raziskali sva, kako se zdravstveni delavci v zdravstvenih ustanovah soočajo s smrtjo pacientov oz. oskrbovancev, ter kateri dejavniki imajo na to največji vpliv. To temo sva si izbrali, ker se le-ti velikokrat navežejo na svoje paciente, saj preživijo z njimi včasih celo več časa kot njihova družina. Zanimalo naju je, kako doživijo njihovo smrt.

Postavili sva si naslednje hipoteze:

H1: Vsi zdravstveni delavci, ki so se s smrtjo svojega pacienta oziroma oskrbovanca že soočili, so posledično doživeli nekakšno duševno stisko.

V poklicu, ki zahteva vsakdanje reševanje življenj, je smrt pacienta pogosto obravnavana kot neuspeh. Temu sledi možen občutek krivde, ker mislijo, da niso naredili dovolj, da bi pacienta rešili, po čemer sklepava, da zdravstveni delavci smrt dojemajo kot neuspeh in zaradi tega posledično doživljajo duševne stiske (*Coping with the death*, b. d.).

H2: Več kot 50% vseh zdravstvenih delavcev, ki so se s smrtjo svojega pacienta oz. oskrbovanca že srečali, je poiskalo strokovno psihološko pomoč.

Sprejeti profesionalno pomoč je v procesu žalovanja pomembno. Profesionalni terapevti omogočijo varno izpovedovanje čustev. Podajo lahko pravilne načine spopadanja s smrtjo in žalovanjem, zaradi česar predvidevava, da večina zdravstvenih delavcev, ki so že doživeli smrt pacienta, poiščejo psihološko pomoč (Keohan, 2024).

H3: Zdravstveni delavci se s smrtjo pacienta oziroma oskrbovanca največkrat soočajo s pomočjo pogovora s sodelavci.

Pri spoprijemanju s smrtjo pacienta pomaga, da govorimo z nekom, lahko je prijatelj ali bolj izkušen sodelavec. Sodelavci vejo, kaj doživljaš, zato se po najinem mnenju zdravstveni delavci ob stiskah pogovarjajo s sodelavci (*Coping with the death*, b. d.).

H4: Najzahtevnejši del oskrbe pacientov oziroma oskrbovancev, z zdravstvenim stanjem, pri katerem je smrt neizogibna, je seznanitev svojcev s smrtjo bolnikom.

Svojci so del negovalnega tima in zdravstveni delavci morajo biti z njimi realistični, bolj kot pa z umirajočim, saj morajo vedeti, koliko časa je bolniku še preostalo in koliko časa bodo

morali še skrbeti zanj. Možnost pa je, da svojci tem informacijam nočejo verjeti in na vsak način iščejo po internetu in časopisih informacije, ki niso prave, samo da bi dokazali, da smrt ni neizogibna. Če bolnik umre v bolnišnici morajo to svojcem sporočiti. Svojcem veliko pomeni, če jim zdravnik pove, kakšno je bilo stanje bolnika v zadnjih nekaj dneh (Novakovič, idr. 2009).

Glede na te podatke sklepava, da je komunikacija s svojci najbolj delikatna in zahtevna stvar, sploh ko gre za tako občutljive teme, kot je smrt bližnjega.

3 METODA

3.1 UDELEŽENCI

S ciljem raziskati, kako zdravstveni delavci reagirajo na smrt svojih pacientov oz. oskrbovancev, sva vprašalnik poslali v izpolnjevanje zdravstvenim delavcem Splošne bolnišnice Novo mesto, Doma za starejše občane Novo mesto, Doma za starejše občane Trebnje, Zdravstvenega doma Trebnje ter Zdravstvenega doma Novo mesto. Vprašalnik je rešilo 84 zdravstvenih delavcev, ki so zaposleni v bolnišnici oz. zdravstvenih domovih. V domovih za starejše občane nisva dobili soglasja za sodelovanje, razen za izvedbo intervjuja.

V raziskavo je bilo torej vključenih 66 (79 %) zdravstvenih delavk ter 18 (21 %) zdravstvenih delavcev. 19 (23 %) udeležencev je bilo starih med 19-30 let, prav tako toliko 50 let ali več. 46 (55 %) pa je pripadalo starostni skupini od 31-50 let. Najin vzorec je zajemal 49 (83 %) zdravnikov ter 35 (42 %) medicinskih sester ter bratov. 65 (77 %) udeležencev je zaposlenih v zdravstvenih domovih, 19 (23 %) pa v bolnišnici. 17 (20 %) udeležencev je v zdravstvenem poklicu manj kot 5 let, prav tako 17 (20 %) jih je v tem poklicu od 6 do 10 let. 11 (14 %) dela na tem področju od 11 do 15 let. 11 oziroma 13 % jih je v tem poklicu od 16 do 20 let in prav tako med 21 in 25 let. 7 (8 %) udeležencev je zaposlenih v zdravstvu že 26-30 let. 4 (5 %) udeležencev je v zdravstvu med 31-35 let ter prav tako toliko od 36 do 40 let. En udeleženeec (< 1%) pa je zdravstveni delavec že več kot 41 let.

3.2 PRIPOMOČKI

Raziskovanja sva se lotili s pomočjo vprašalnika, ki sva ga pripravili v spletni aplikaciji 1KA. Vprašalnik (v prilogi) sva sestavili sami, vseboval pa je 6 vprašanj zaprtega tipa, eno vprašanje odprtega tipa in tri vprašanja kombiniranega tipa.

Izvedli sva tudi dva nestrukturirana intervjuja. Okvirna vprašanja za intervjuja sva pripravili vnaprej, vendar sva jih prilagajali oz. dopolnjevali tekom intervjuja glede na sam potek pogovora. Intervjuja sva snemali, nato pa naredili prepis intervjujev, ki se nahaja tudi v prilogah.

3.3 POSTOPEK

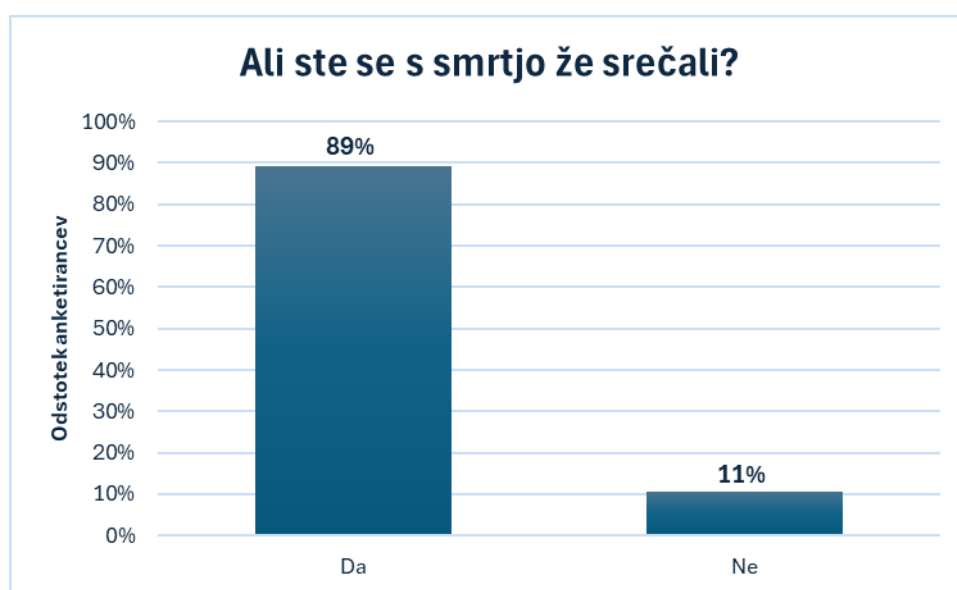
Za raziskavo sva uporabili spletni vprašalnik, ki sva ga pripravili sami v spletni aplikaciji 1KA. Vprašalnik je bila zdravstvenim delavcem za reševanje dostopen dva meseca, in sicer januarja in februarja 2025. Izpolnjevanje vprašalnika je trajalo približno 3 minute.

V času, ko sva aplicirali vprašalnik, sva izvedli tudi dva intervjuja. Enega z diplomirano medicinsko sestro (ki je tudi diplomirana babica) iz Bolnišnice Novo mesto, gospo Majo Janežič, ter enega z vodjo oddelka negovalcev iz Doma starejših občanov Trebnje, gospo Karmen Klavžar.

4 REZULTATI

4.1 HIPOTEZA 1: Vsi zdravstveni delavci, ki so se s smrtjo svojega pacienta oziroma oskrbovanca že soočili, so posledično doživeli nekakšno duševno stisko.

Za preverjanje prve hipoteze "Vsi zdravstveni delavci, ki so se s smrtjo svojega pacienta oziroma oskrbovanca že soočili, so posledično doživeli nekakšno duševno stisko." sva preverili s pomočjo vprašalnika. Najprej sva udeležencem postavili vprašanje, ali so se s smrtjo svojih pacientov že srečali.

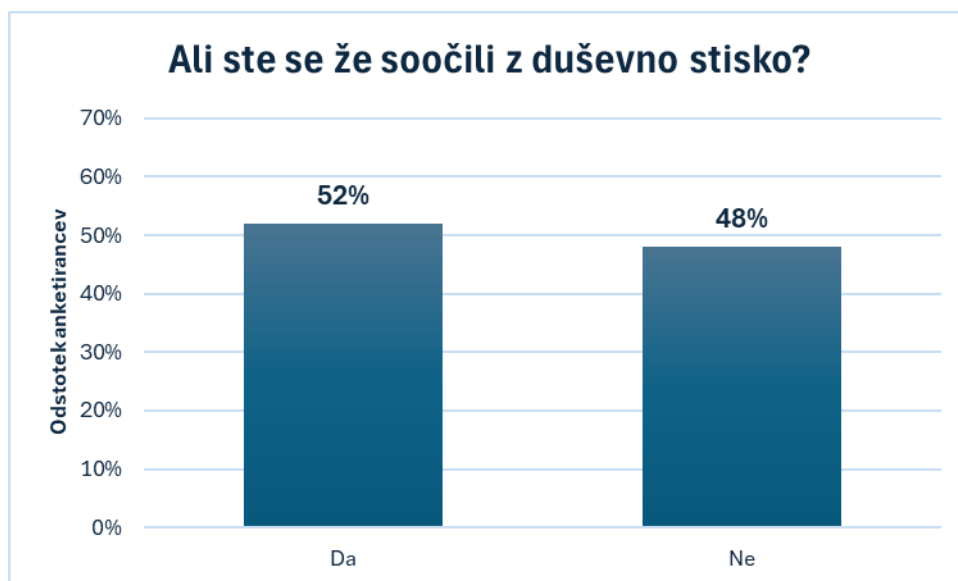


Graf 1: Ali ste se s smrtjo že srečali?

Na podlagi grafa 1 sva ugotovili, da se je s smrtjo svojih pacientov srečalo 75 (89 %) zdravstvenih delavcev, medtem ko se jih s smrtjo še nikoli ni srečalo le 9 (11 %).

Tisti, ki so pri prejšnjem vprašanju odgovorili z ne, so zaključili vprašalnik, medtem ko je ostalih 75 zdravstvenih delavcev prejelo še pet nadaljnjih vprašanj.

Nato sva jih vprašali, ali jim je soočanje s smrtjo pacientov predstavlja kakršnokoli duševno stisko.



Graf 2: Ali ste se že soočili z duševno stisko ob smrti vašega pacienta?

Na podlagi odgovorov, ki so prikazani na grafu 2, se je izkazalo, da se je z duševno stisko ob smrti njihovega pacienta soočilo 39 (52 %) zdravstvenih delavcev, medtem ko se 36 (48 %) z duševnimi stiskami še ni soočilo.

4.2 HIPOTEZA 2: Več kot 50% vseh zdravstvenih delavcev, ki so se s smrtjo svojega pacienta oz. oskrbovanca že srečali, je poiskalo strokovno psihološko pomoč.

Hipotezo 2 sva preverili s pomočjo vprašalnika. Udeležencem sva postavili vprašanje: Ali ste zaradi duševne stiske poiskali (in obiskali) strokovno (psihološko) pomoč?



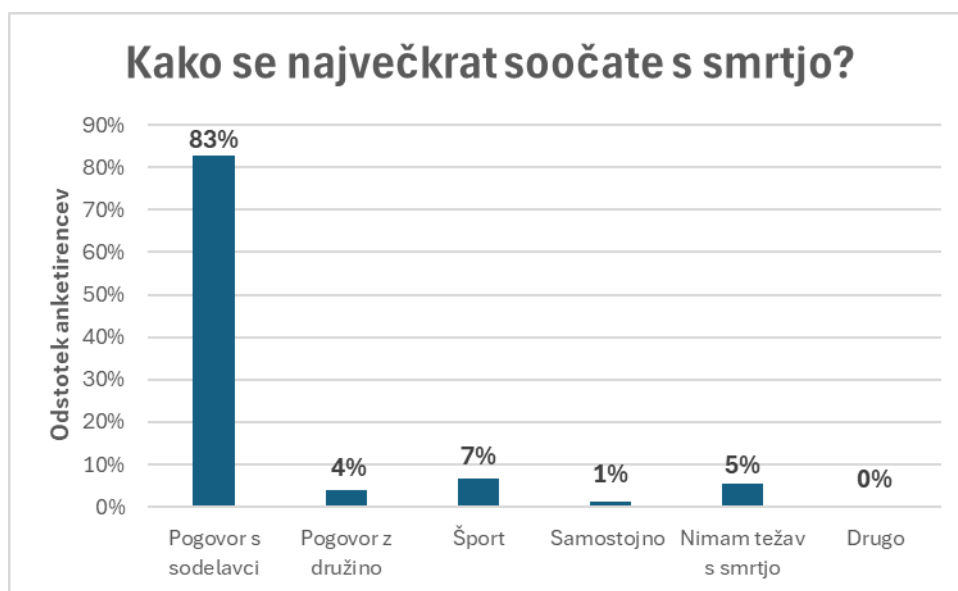
Graf 3: Ali ste poiskali kakršnokoli strokovno pomoč?

Pri tem sva ugotovili, da je le 5 (7 %) zdravstvenih delavcev poiskalo in obiskalo strokovno pomoč, medtem ko 70 (93 %) zdravstvenih delavcev strokovne pomoči nikoli ni iskalo in obiskalo. Rezultati so prikazani na grafu 3.

Tisti, ki so pri zgornjem vprašanju odgovorili pritrdilno, sva jih vprašali tudi, kje so pomoč poiskali. Vseh 5 je obiskalo psihologa.

4.3 HIPOTEZA 3: Zdravstveni delavci se s smrtjo pacienta oziroma oskrbovanca največkrat soočajo s pomočjo pogovora s sodelavci.

Tretjo hipotezo sva preverjali s pomočjo vprašalnika. Udeležence sva vprašali, na kakšne načine se največkrat soočajo s smrtjo pacientov oziroma oskrbovancev.

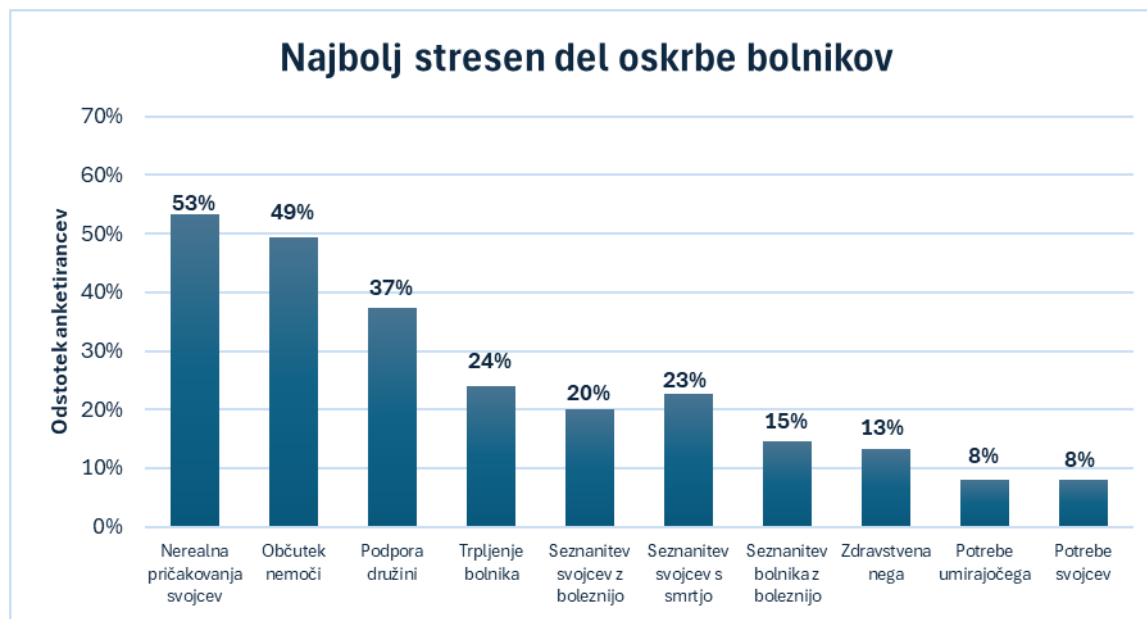


Graf 4: Kako se največkrat soočate s smrtjo?

Najpogostejši odgovor je bil pogovor s sodelavci, ki ga je izbralo kar 62 (83 %) udeležencev. 5 (7 %) udeležencev se po doživetju smrti pacienta zateče k športu. 4 (5 %) udeleženci s samim soočanjem nimajo težav. 3 (4 %) udeleženci se zatečejo k pogovoru z družino. Eden (<1 %) pa se s smrtjo sooči samostojno. Noben udeleženec pa ni izbral možnosti drugo. Rezultati so prikazani na grafu 4.

4.4 HIPOTEZA 4: Najzahtevnejši del oskrbe pacientov oziroma oskrbovancev, z zdravstvenim stanjem, pri katerem je smrt neizogibna, je seznanitev svojcev s smrtjo bolnikom.

Zadnje preverjanje zadnje hipoteze sva udeležence vprašali, kaj je po njihovem mnenju najbolj stresni del oskrbe pacienta oziroma oskrbovanca, pri katerem je smrt neizogibna. Vsak udeleženec je lahko izmed danih možnosti izbral 3 trditve, ki držijo zanj.



Graf 5: Najbolj stresen del oskrbe bolnikov

Najpogosteje izbran odgovor je bil nerealna pričakovanja svojcev. Ta odgovor je izbralo 40 (53 %) zdravstvenih delavcev. Sledil je odgovor: občutek nemoči, ker ne morejo pomagati, saj je smrt neizogibna. Ta odgovor je označilo 37 (49 %) udeležencev. Tretji najpogostejši odgovor pa je bil podpora družini med žalovanjem. Izbran je bil pri 28 (37 %) zdravstvenih delavcih. Sledil je odgovor, pri katerem občutijo nemoč, ko pacient oziroma oskrbovanec trpi, saj zakoni prepovedujejo višje odmerke protibolečinskih tablet. Ta odgovor je izbralo 18 (24 %) udeležencev. Temu je sledila trditev "seznanitev svojcev s smrtjo bolnika" in sicer pri 17 (23 %) udeležencih. Prav tako sta bila pogosta odgovora "seznanitev svojcev z boleznijo, kjer je smrt neizogibna" pri 15 (20 %) ter "seznanitev bolnika z boleznijo, kjer je smrt neizogibna" pri 11 (15 %) udeležencev. 10 (13 %) udeležencev je izbralo "zdravstveno nego umirajočega". 6 (8%) udeležencev pa "zadovoljiti potrebe umirajočega" ter "zadovoljiti potrebe svojcev". Rezultati so prikazani na grafu 5.

5 DISKUSIJA

Smrt je vsekakor neizogibni del našega življenja in verjetno eden najtežjih trenutkov za pacienta, ki umira, in tudi za njegove svojce. Za zagotavljanje kakovostne oskrbe pacientov, ki umirajo, skrbijo zdravstveni delavci. Zanje predstavlja ta del njihove zaposlitve, torej delo z umirajočimi pacienti, eno težjih delovnih nalog. V najini raziskovalni nalogi sva proučevali, kako pravzaprav zdravstveni delavci doživljajo smrt pacientov, kako to vpliva na njihovo duševno zdravje ter kako se s tem soočajo.

S pomočjo vprašalnika, ki sva ga pripravili, ter s pomočjo intervjujev sva prišli do ugotovitev, ki jih predstavlja v nadaljevanju.

Prvo hipotezo, ki se je glasila "Vsi zdravstveni delavci, ki so se s smrtjo svojega pacienta oziroma oskrbovanca že soočili, so posledično doživeli nekakšno duševno stisko," lahko ovrževa. Glede na rezultate se je izkazalo, da se je 89 % zdravstvenih delavcev s smrtjo že srečalo, duševno stisko pa je doživelo 52 % udeležencev. To predstavlja le polovico vseh udeležencev kar dokazuje, da se z duševnimi stiskami ne srečujejo vsi zdravstveni delavci. To je pravzaprav precej spodbuden podatek. Zdravstveni delavci, sploh tisti, ki so zaposleni na oddelku za paliativno oskrbo, se namreč s smrtjo srečujejo pogosto, zato sva tudi pričakovali drugačen rezultat. Res pa je, da se zdravstveni delavci s smrtjo pacientov pogosto soočijo že v začetku svojih karier, nekateri že tudi v okviru šolanja (*Coping with the death, b. d.*), zaradi česar je to zanje že znana situacija, s katero se zato znajo in zmorejo učinkovito spoprijeti. Kljub temu v zdravstvenih organizacijah z namenom, da bi preprečili velike količine duševnih stisk zaradi doživetih smrti, organizirajo usposabljanja ter izobraževanja v povezavi z doživljanjem in soočanjem s smrtjo (Sapač, 2021), zato je možno, da so zdravstveni delavci zaradi tega nekoliko bolj odporni na doživljanje duševnih stisk v tem primeru. Klavžarjeva (osebna komunikacija, 2025) opozarja, da je pri soočanju s smrtjo pomemben tudi pogovor, pri čemer se prizadeti posamezniki najpogosteje obrnejo na svoje sodelavce. Ti pogovori lahko delujejo zelo razbremenilno, zato lahko močno pripomorejo k zmanjšanju duševnih stisk ob smrti lastnih pacientov.

Druga hipoteza postavlja vprašanje, ali so udeleženci zaradi smrti pacienta že obiskali strokovno psihološko pomoč. Hipotezo "Več kot 50% vseh zdravstvenih delavcev, ki so se s smrtjo svojega pacienta oz. oskrbovanca že srečali, je poiskalo strokovno psihološko pomoč," sva preiskali s pomočjo vprašalnika in intervjujev. Glede na rezultate se je izkazalo, da si več kot 90 % zdravstvenih delavcev strokovne psihološke pomoči ni poiskalo. Maja Janežič (osebna

komunikacija, 2025) je v intervjuju povedala, da imajo v Bolnišnici Novo mesto sicer na voljo psihološko pomoč, ampak se je ne poslužujejo. Karmen Klavžar (osebna komunikacija, 2025) pa je povedala, da psihološke pomoči v Domu za starejše občane Trebnje nimajo na voljo. Hipotezo 2 po teh podatkih lahko ovrževa, saj velika večina zdravstvenih delavcev po smrti njihovih pacientov ali oskrbovancev strokovne pomoči ne obiše. Keohan (2024) je sicer zapisal, da je eden izmed načinov spopadanja s stisko ob smrti pacientov strokovna pomoč. Kot izgleda, se v Sloveniji oz. v našem okolju strokovna pomoč v takšnih situacijah ne izrablja, kot bi se lahko in tudi kot bi bilo koristno, kar je pravzaprav škoda. Sprašujeva se, zakaj je temu tako. Je obiskovanje psihologa/psihoterapevta še vedno tabu v naši družbi? Ali pa so zdravstveni delavci enostavno tako osebnostno čvrsti in čustveno stabilni, da jih smrt njihovih pacientov ne prevzame v tolikšni meri, da bi se jim ob tem zdelo potrebno (ali vredno) poiskati psihološko pomoč?

Tretjo hipotezo, ki se je glasila "Zdravstveni delavci se s smrtjo pacienta oziroma oskrbovanca največkrat soočajo s pomočjo pogovorov med sodelavci," sva preverili s pomočjo vprašalnika in tudi s pomočjo intervjujev. Glede na rezultate lahko trdimo, da se največ zdravstvenih delavcev (83 %) po smrti zateka k pogovoru s sodelavci. Tudi sogovornici v intervjujih sta to potrdili, saj obe govorita o tem, da se s sodelavci med seboj pogovarjajo in si v stiskah pomagajo. S temi podatki sva lahko najino hipotezo potrdili. Pravzaprav je razumljivo, da si zdravstveni delavci med seboj pomagajo s pogovori, saj posameznik, ki doživi smrt svojega pacienta, potrebuje psihično razbremenitev v čim krajšem možnem času oz. kar takoj po dogodku. Kar pa ob dolgih čakalnih vrstah pri psihologih in kliničnih psihologih verjetno ni možno. Zato so najbolj "priročni" za razbremenitev sodelavci, ki so ob posamezniku takrat, ko se je smrt zgodila, in tudi ki dobro poznajo dogajanje in okoliščine določene smrti. Posledično se lažje vživijo in sočustvujejo s prizadetim zdravstvenim delavcem. Poleg tega sodelavcem, s katerimi imajo prizadeti že zgrajen zaupen odnos, v takšnih trenutkih lažje zaupajo svoje občutke in misli, ki so lahko tudi zelo intimne, obremenilne ... Tudi v članku *Coping with the death (b. d.)* avtorji pravijo, da je eden od načinov pomoči razbremenilni pogovor s sodelavci, s čimer najini rezultati sovpadajo.

Četrta hipoteza, ki se je glasila "Najzahtevnejši del oskrbe pacientov oziroma oskrbovancev, z zdravstvenim stanjem, pri katerem je smrt neizogibna, je seznanitev svojcev s smrtjo bolnikov," je bila preverjena s pomočjo vprašanj v vprašalniku ter tudi z intervjujem. Glede na rezultate se je izkazalo, da zdravstvenim delavcem najbolj stresen del dela predstavljajo nerealna pričakovanja svojcev oseb z neizogibno smrtjo. S temi rezultati sva tako najino hipotezo ovrgli,

saj se je izkazalo, da je le pri 23 % zdravstvenih delavcev najtežji del njihovega dela seznanitev svojcev s smrtjo pacienta. Kljub temu, da morava najino hipotezo ovreči, ugotavljava, da se ugotovitve najine raziskave skladajo z ugotovitvami, do katerih so v svoji raziskavi prišli Novakovič idr. (2009). Ugotovili so namreč, da ko zdravstveni delavci svojcem sporočijo neozdravljivo stanje pacienta, svojci pogosto tem informacijam nočejo verjeti in na vsak način iščejo običajno spletne ali podobne nepreverjene informacije, ki bi zdravstvenim delavcem dokazale, da pacientova smrt ni neizogibna. Svojci si na takšen način postavljajo nerealna pričakovanja glede pacientovega zdravstvenega stanja. Svojci s svojim dokazovanjem nekako (neutemeljeno) spodbijajo strokovnost zdravstvenih delavcev, kar je za slednje izredno obremenjujoče. Kot vemo, je, tudi zaradi omenjenih dejstev, zdravstvene delavce pogosto strah reakcije svojcev ob slabi novici (Rebolj, 2022). Ob tem pa se morajo zraven vseeno truditi, da so do svojcev čim bolj empatični, jih čim bolj razumejo in ob tem spoštujejo, saj je za takšno situacijo povsem značilno, da se svojci nanjo odzovejo tudi s čustvi, kot so zanikanje, negotovost, jeza in podobno (Fink in Kobilšek, 2011). Vprašanje o tem, kaj je najtežji del njunega poklica, sva zastavili tudi najinima sogovornicama v intervjujih. Maji Janežič (osebna komunikacija, 2025) najtežji del oskrbe pacientov, katerih bolezen je neozdravljiva, predstavljajo svojci, vendar ne sporočanje o stanju pacienta, temveč to, da svojci pogosto ne upoštevajo navodil, ki jim jih zdravstveni delavci zadajo, da bi bila pacientova smrt najmanj trpeča. Po drugi strani pa Karmen Klavžar (osebna komunikacija, 2025), kot vodja enega oddelka v domu starejših občanov, pravi, da ji največje breme predstavlja papirologija, ki jo je potrebno voditi in izpolnjevati, ko pač si na takšnem položaju.

Zanimivo se nama zdi, da je 28 % udeležencev odgovorilo, da jim je najtežje, ker oskrbovanec trpi, saj zakoni prepovedujejo višje odmerke protibolečinskih tablet. Zanimivo pa je zato, ker sta nama intervjuvanki povedali, da v Sloveniji nimamo omejitev glede protibolečinskih sredstev, saj protibolečinska sredstva predpiše zdravnik, ko in kolikor jih pacient potrebuje. Je pa res, da lahko, da nimata pravih podatkov, saj sta oni le dve, udeležencev, ki pa jih meni, da imamo omejitve pri protibolečinskih tabletah pa je 18.

6 ZAKLJUČEK

Med raziskovanjem sva spoznali kar nekaj novih stvari, nekaj rezultatov vprašalnika ter trditev zdravstvenih delavk pa naju je tudi nekoliko presenetilo.

Paliativna oskrba je oskrba ob koncu življenja. Ne ukvarja se z zdravljenjem, kot je od zdravnikov mogoče pričakovano. Ukvarja se z lajšanjem trpljenja, tako fizičnega kot duhovnega. Pacientom olajša umiranje, svojcem omogoča kvalitetno slovo od njih. Je še dosti neraziskana tema, vendar so raziskave na tem področju v porastu. Države, ki uvajajo paliativno oskrbo, sodelujejo in si izmenjujejo znanje. Zdravstveni delavci, ki so zaposleni na tem področju oziroma na področju, kjer je smrt zagotovljena, so vsakodnevno izpostavljeni umirajočim pacientom ter tudi njihovim svojcem, ki pričakujejo od zdravstvenih delavcev, da bodo bolnika pozdravili. Ob tem se tudi zdravstveni delavci počutijo, kot da ne opravijo svoje naloge, oz. tistega, kar se od njih pričakuje. Namen te raziskovalne naloge je bil odkriti, kaj ob smrti pacienta doživljajo zdravstveni delavci. Ali ob tem doživijo duševno stisko, in ali zaradi tega poiščejo strokovno psihološko pomoč? Na vzorcu 75 zdravstvenih delavcev sva z vprašalnikom ugotovili, da približno polovica zdravstvenih delavcev, ob smrti svojega pacienta doživi nekakšno duševno stisko, vendar jih zaradi tega več kot 90 % ne poišče strokovne psihološke pomoči. Raje se o takšnih stiskah pogovorijo s sodelavci. Ugotovili sva tudi, da zdravstvenim delavcem največje stiske ne povzroča sporočanje neozdravljive bolezni svojcem, temveč nerealna pričakovanja svojcev ter občutek nemoči, ker pacientu ne morejo pomagati. Glede na prebrano literaturo lahko rečeva, da je pogostost duševnih stisk pri soočanju zdravstvenih delavcev s smrtjo njihovih pacientov manjša, kot sva pričakovali. Izkazalo pa se je, da jih tudi manj obišče strokovno pomoč, čeprav se ta tretira kot kakovostna pomoč v primeru doživljanja tovrstnih stisk (Keohan, 2024). Kot poročajo različni viri (npr. *Coping with the death, b. d.*) se je tudi v najini raziskavi izkazalo, da je za zdravstvene delavce v stiski najbolj razbremenjujoč pogovor s sodelavci.

Da pa bi o tej temi izvedeli še več, sva izvedli tudi dva intervjuja. Enega z medicinsko sestro iz doma za starejše občane ter enega z medicinsko sestro, ki se ukvarja s paliativno oskrbo. Zavedava se, da sta intervjuja zelo subjektivna. Namenjena sta podrobnejši raziskavi, vendar sta gospe le podali svoja mnenja, ki jih ne moremo posplošiti na vse zdravstvene delavce.

Intervjuvanki sta nama razkrili predvsem, kako sama paliativna oskrba poteka v realnem življenju. Med drugim sva izvedeli, da dlje kot so zdravstveni delavci na delovnem mestu, kjer je smrt pacienta neizogibna, bolj "osebnostno čvrsti" postanejo. V mislih si postavijo prepreko,

da jih pacientova smrt ne prizadene. Obe sogovornici sta izpostavili tudi, da je na začetku težko biti ob človeku, ki umira in bo kmalu umrl, vendar sta s časoma obe spoznali, da delata dobro. Smrti ne moreta ustaviti, lahko pa poskrbita, da je pacientu in njegovim bližnjim lažje (Janežič in Klavžar, osebna komunikacija, 2025).

Najin vprašalnik ima razmeroma majhen vzorec, zato ne moreva reči, da najine ugotovitve veljajo za celo dolensko regijo. Poleg tega, pa je pri tako majhnem vzorcu zaokroževalnih napak pri računanju odstotkov lahko veliko. Vprašalnik sva večinoma dali v reševanje tistim, ki so se s smrtjo že srečali, veva pa, da odstotek teh, ki so se s smrtjo že srečali velja le za najin vzorec in ne za vse zdravstvene delavce.

Načini soočanja s smrtjo pacientov pri zdravstvenih delavcih so različni. Skoraj vsi viri zagovarjajo psihološko pomoč, pa vendar se je zdravstveni delavci ne poslužujejo. Menijo, da je dovolj že pogovor s sodelavci, midve pa sva mnenja, da je psihološka pomoč včasih bolj primerna. Psihologi so podučeni o načinih, s katerimi se s takimi stvarmi spopademo. Kljub vsemu ob tem vidiva tudi veliko uporabno vrednost ugotovitev najine raziskave. Namreč če je za zdravstvene delavce pogovor s sodelavci res tako razbremenilen, bi bilo smiselno, da se vse zdravstvene delavce, sploh pa tiste, ki delajo na oddelkih, kjer se pogosteje srečujejo s smrtjo, vključi v preventivno izobraževanje, na katerem bi se učili izvajati strokovno podprte razbremenilne pogovore. Tako bi si sodelavci med seboj lahko nudili še bolj strokovno kolegialno podporo.

Paliativna oskrba je še vedno relativno neraziskana tema. Glede na to, da pa je raziskovanje na tem področju v porastu, sva tudi midve dobili nekaj idej za nadaljnje raziskovanje na tem področju. Kot sva že omenili, sva sprva želeli najin vprašalnik aplicirati tudi v domovih za starejše občane, a nisva uspeli pridobiti soglasja za sodelovanje. Še vedno bi naju zanimala primerjava odgovorov na raziskovalna vprašanja med zdravstvenimi delavci v zdravstvenih domovih in bolnicah ter zdravstvenimi delavci v domovih za starejše občane. Nadalje bi bilo v sam vzorec potrebno vključiti več udeležencev, ob ustreznem vzorcu pa bi lahko naredili tudi primerjavo med manj in bolj izkušenimi zdravstvenimi delavci glede tega, kako se soočajo z omenjenimi duševnimi obremenitvami. Smiselno bi bilo tudi raziskati osebnostne lastnosti zdravstvenih delavcev, ki se zaposlujejo na področjih, kjer je smrt pacientov pogostejša, morda s poudarkom na osebnostni čvrstosti posameznikov.

Kljub temu, da je smrt del našega vsakdana, se še vedno premalo govori o njej. Meniva, da smrt ne bi smela biti nek tabu med ljudmi, saj vsak enkrat umre. Tisti, ki imajo srečo, se lahko na

smrt pripravijo, objamejo svoje bližnje, se z njimi pogovorijo ter pobotajo in umrejo doma. To jim omogoči tudi paliativna oskrba, predvsem mobilni paliativni tim. Tim, katerega člani smrti ne doživljajo več kot tabu.

Pomembno je ljubljениm povedati, da jih imaš rad. Nikoli ne veš, kdaj življenje mine.

7 VIRI

- Coping with the death of a patient.* (b. d.). <https://rmbf.org/get-help/advice-hub/coping-with-the-death-of-a-patient/>
- Črv, M. (2015). *Odnos socialnih delavcev domov za stare do smrti in umiranja.* [Diplomska naloga, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo]. PeFprints. <https://egradiva.fsd.uni-lj.si/search/extshow/2506>
- Džebić, D. (2021). *Delo zdravstvenih delavcev s hudo bolnimi in umirajočimi v domu za ostarele.* [Diplomska naloga, Fakulteta za uporabne družbene študije v Novi Gorici]. PeFprints. <https://revis.openscience.si/Dokument.php?id=9497&lang=slv>
- Fink, A. in Kobilšek, P. V. (2011). Komunikacija, odnosi z ljudmi in izražanje čustev, občutkov ter potreb. V E. Grafenauer Korošec (ur.), *Zdravstvena nega pacienta pri življenjskih aktivnostih* (str. 231 – 235). Ministrstvo za šolstvo in šport in GRAFENAUER založba.
- Gugič Kevo, J. (b. d.). *Liverpoolska klinična pot/klinična pot oskrbe umirajočega.* <https://dirros.openscience.si/Dokument.php?id=11926&lang=slv>
- Keohan, E. (2024). *Losing a Patient: Navigating Grief & Finding Resilience.* <https://www.talkspace.com/blog/losing-a-patient/>
- Kompare, A., Stražišar, M., Dogša, I., Vec, T. in Curk, J. (2022). Značilnosti nekaterih temeljnih čustev – žalost. V V. Kožuh (ur.), *Uvod v psihologijo.* DZS
- Mlinšek, A. (2012). Soočanje izvajalcev zdravstvene nege s smrtjo pacienta. *Revija za univerzalno odličnost* (str. 106–117). https://www.fos-unm.si/media/pdf/RUO_2012_12_Mlinsek_Aleksander.pdf
- Novakovič, S., Hočevar, M., Jezeršek Novakovič, B., Strojan, P. in Žgajnar, J. (2009). Komunikacija z onkološkim bolnikom. V *ONKOLOGIJA – Raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka* (str. 214 – 219). Mladinska knjiga.
- Rebolj, P. (2022). *Psihološke značilnosti žalovanja in vloga diplomirane medicinske sestre pri podpori dvojcem v času žalovanja.* [Diplomsko delo, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin]. http://datoteke.fzab.si/diplomskadela/2022/Rebolj_Patricia.pdf

- Sapač, G. (2021). *Doživljanje smrti pacientov v procesu hospic obravnave: Vidik medicinske sestre*. [Diplomsko delo, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede].
<https://dk.um.si/Dokument.php?id=153337&lang=slv>
- Skočir, A. (2017). *Doživljanje smrti socialnih oskrbovalk zavoda za oskrbo na domu Ljubljana*. [Diplomsko delo, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo].
PeFprints. <https://egradiva.fsd.uni-lj.si/search/?q=Do%C5%BEivljanje+smrti+socialnih+oskrbovalk+zavoda+za+oskrbo+na+domu+Ljubljana&id=2014>
- Švetak, M. (b. d.). *Žalovanje potrebuje prostor in čas*.
<https://www.mojpsihoterapevt.si/clanek/Zalovanje-potrebuje-prostor-in-cas/id/171>
- Toplak, M. (2024). *Doživljanje smrti pacienta s strani medicinskih sester na urgenci*. [Diplomsko delo, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede].
<https://dk.um.si/Dokument.php?id=180496&lang=slv>
- Trontelj Zavratnik, M. in Červek, J. A. (2016). Paliativna oskrba ob koncu življenja. *Revija za zdravstvene vede* (str. 118–120). <https://www.jhs.si/index.php/JHS/article/view/42>
- Varga, R. (2003). Teorija motivacije Abrahama Maslowa v humanistični psihologiji. *Socialna pedagogika*, 7(3), (339–360). <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-LT4IAZAJ/8b626f04-9b61-45d7-9a42-701aea3b9949/PDF>

8 PRILOGE

8.1 VPRAŠALNIK

1) Spol

- a) Ženski
- b) Moški

2) Starost

- a) Do 18 leta
- b) 19-30 let
- c) 31-50 let
- d) 50 ali več let

3) Kaj je vaš trenutni poklic?

4) Lokacija zaposlitve

- a) Bolnišnica
- b) Zdravstveni dom
- c) DSO
- d) VDC
- e) Drugo: _____

5) Koliko let ste že zaposleni v zdravstvenem poklicu?

- a) Do 5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-15 let
- d) 16-20 let
- e) 21-25 let
- f) 26-30 let
- g) 31-35 let
- h) 36-40 let
- i) 41 let ali več

6) Ali ste se s smrtjo svojega pacienta že srečali?

- a) Da
- b) Ne

- 7) **Ali Vam je soočanje s smrtjo le tega predstavljalo KAKRŠNOKOLI duševno stisko?**
- a) Da
 - b) Ne
- 8) **Ali ste zaradi duševne stiske že kdaj poiskali (in obiskali) strokovno psihološko pomoč?**
- a) Da
 - b) Ne
- 9) **Kako se največkrat soočate s smrtjo svojega pacienta oziroma oskrbovanca (npr.: pogovor s sodelavci, z družino, sprostivne vaje...)?**
- a) Pogovor s sodelavci
 - b) Pogovor s družino
 - c) Športne aktivnosti
 - d) Predelam jo sam
 - e) Nimam težav
 - f) Drugo: _____
- 10) **Kaj je po vašem mnenju najbolj stresni del oskrbe pacienta, pri katerem je smrt neizogibna?**
- a) Zdravstvena nega umirajočega.
 - b) Podpora družini med žalovanjem.
 - c) Občutek nemoči, ker ne morete pomagati, saj je smrt neizogibna.
 - d) Občutek nemoči, ko pacient trpi, saj zakoni prepovedujejo višje odmerke protibolečinskih zdravil.
 - e) Nerealna pričakovanja svojcev.
 - f) Seznanitev svojcev z neizogibno smrtjo.
 - g) Seznanitev svojcev s smrtjo bolnika.
 - h) Seznanitev bolnika z neizogibno smrtjo.
 - i) Zadovoljiti potrebe umirajočega.
 - j) Zadovoljiti potrebe svojcev.
 - k) Drugo: _____

8.2 INTERVJU 1: Maja Janežič

1. S čim se poklicno ukvarjate? Kako dolgo? Kakšno izobrazbo ste morali pridobiti za Vaš poklic?

Po prvi izobrazbi sem diplomirana babica. Kot dijakinja, ko sem bila vajinih let, sem želela biti babica, na začetku življenja, zato sem naredila babiško šolo. Potem nisem v tem poklicu dobila službe, saj sem takrat imela Zoisovo štipendijo in nisi mogel imeti dveh štipendij hkrati, bolnice so pa sprejemale tiste, kjer so imeli kadrovske štipendije. Potem sem se znašla po svoje in dobila službo s srednjo izobrazbo v intenzivni negi. Med drugo nosečnostjo sem dokončala splošno smer zdravstvene nege ter nato nekaj let delala kot vodja intenzivne nege. Potem je prišlo do smrti mojih staršev, najprej mami, nato oči, zato sem se poglobila v paliativno oskrbo. Pokazala se je ta možnost, da bi naša bolnica dobila mobilni paliativni tim in smo potem začeli delati na tem. Žal nimamo dovolj zdravnikov, da bi šli vsak dan na teren, zato sem v paliativi samo ponedeljek, torek in sredo, ostale dneve pa še delam v intenzivni negi. Meni se zdi zelo zanimivo, da sem na začetku hotela biti ob rojstvu, na začetku življenja, zdaj pa sem srečna ob koncu življenja, vmes pa še malo na intenzivni negi.

1.1. Kaj to pomeni, da delate v paliativni oskrbi?

V paliativno oskrbo se vključi vse ljudi, ki so neozdravljivo bolni. To recimo pomeni, da se avtomatsko, ko dobiš diagnozo raka, ve, da se rak samo zazdravi in se velikokrat po "ozdravitvi" ponovno pojavi oziroma se tudi samo diagnozo odkrije prepozno ter osebi ni več pomoči. Takrat, ko ni več mogoče nadaljnje zdravljenje, se vključi paliativna oskrba. Torej mi ljudi ne zdravimo, ampak bolj *gasimo požare*. Pristopimo do človeka in pomagamo, tam kjer pomoč rabi. Recimo, če ga boli, mu damo zdravila proti bolečinam, če mu je slabo, mu damo zdravila proti slabosti, če živi sam in nima nikogar, ki bi skrbel za njega, mu uredimo varno namestitev. Mobilni paliativni tim pa pomeni, da pridemo na dom. Potrudimo se in je naš namen, da so ljudje čim dlje doma, v domači oskrbi, ter da tudi umrejo doma. Če pa pacient pade in si kaj zlomi ali pa krvavi, mora v bolnico. Menimo, da ko enkrat ni bolezen več ozdravljiva, nima smisla, da preživiš *tistih pet petkov, ki jih še imaš*, v bolnici. Vsa današnja medicina je narejena tako, da je človek lahko doma. Ampak za to, da je neozdravljivi lahko doma, mora imeti varno okolje in svojce oziroma pomembne bližnje, ki bodo poskrbeli zanj. Naša naloga je, da le te izobrazimo oziroma opolnomočimo, saj morajo oni kar naenkrat postati negovalci, zdravniki, farmacevti in v bistvu vse, kar je potrebno. Ponosno lahko rečem,

da jih večina - 80% - umre doma. Vsi seveda ne morejo, saj nekateri bližnji niso sposobni take oskrbe, lahko da imajo službe in si tega ne morejo privoščiti ali pa enostavno ne želijo skrbeti za njih oziroma jim je to odveč, kar mi je zelo težko razumeti. Sodelujemo tudi s hišo Ljubhospic, veliko pacientov tudi tja preusmerimo. Če povzamem: mi smo podpora umirajočim. Povsem napačno je razmišljanje, da se mi vključimo tri dni pred smrtjo, kar bi bilo tudi prepozno. Mi dobimo napotnico od različnih oddelkov, ko razglasijo, da bolezen ni ozdravljiva in čim hitreje naredimo prvi obisk na domu. Recimo ravno včeraj smo bili prvič pri gospodu, ki je še "fit", sam skrbi zase, izgleda super, ampak ima rano, za katero z ženo skrbita. Živita v skromnem domu, niso ne revni, ne bogati. Je stabilen – ne potrebuje nič – in smo šli tja se spoznat ter dali naše kontakte. Povedali smo, da je zelo pomembno, da se s hrano ne sili, saj ljudje, ko umirajo nimajo apetita. Vsakemu povemo, da naj pokličejo, ko nas bodo rabili. Mi vedno upamo, da bo to čim kasneje. Ko se začnejo težave, nas ljudje pokličejo. Včasih je to po parih dnevih, včasih je to po več mesecih. Odvisno je od tega, kako zgodaj v bolezni se vključijo v paliativni program. Odvisno je od človeka, nekateri rabijo več obiskov, nekateri manj. Imamo telefon, na katerem smo dosegljivi ves čas. Nekateri kličejo zelo pogosto, nekateri pa le takrat, ko je res nujno.

1.2. Kaj si misli vaša družina o vašem poklicu?

Vedo, da delam dobro, da ne pijem v gostilni, ampak da delam. Doma se tudi veliko pogovarjamo o tem, kaj delam, ni to noben tabu. O smrti se doma normalno pogovarjamo. Imam tri hčerke, eno staro 20 drugi dve 17. Moja starša sta umrla nekaj let nazaj in so bile tudi one vključene v zadnje trenutke in vejo, kako so pomembni. Tudi od moža mama je pred kratkim umrla, tako tudi on zdaj bolj razume, kako pomembno je delo, ki ga opravljam.

2. Torej se velikokrat srečate s smrtjo? Ali vas to kakorkoli zaznamuje?

Da, velikokrat se srečam s smrtjo. Zaznamovalo me ni nikoli, saj izhajam iz svoje osebne izkušnje. Ko je moja mami zbolela, smo diagnozo odkrili že prepozno. Vprašala sem jo, kaj si še želi preden gre in je res rekla, da si želi samo, da je ne bi bolelo ter da bi umrla doma. Ko sem videla, koliko ji je res pomenilo, da je bila v zadnjih dnevih z nami doma, sem bila tudi jaz bolj mirna. Vsi žalujoči se bolje počutijo, ko imajo svojega bližnjega doma in ne v bolnici. Imaš ga doma, ga spremljaš, točno veš, da ni trpel. Ko ga imajo doma tistih zadnjih par dni, se že začne žalovanje. Počasi ga začneš *spuščati* in na koncu, ko vidiš, da res ne zmore več, se poslovliš. Že ko je pogreb in cel ta postopek urejanja vsega, ljudje končajo z

žalovanjem in so mirni. Ne rečem, da se ne spomniš in zjokaš. Čim pa zadnje dneve bližnji preživi v bolnici, pa dobiš klic: mama je umrla in se šele takrat prične žalovanje, ki traja. Bog ne daj, da zraven občutijo še kakšen občutek krivde, ali pa nevednost o tem, ali je bila sama, ali je padla, ali jo je bolelo. In ja, to da človek lahko umre doma, je velik dobrobit, tako za umirajočega kot za bližnje. Enkrat me je mlajša hčerka vprašala, kako lahko delam z ljudmi, za katere vem, da bodo umrli, ker kdor pride k nam, kmalu umre. Eni zelo hitro. Pri enem gospodu sem bila v torek dopoldne, takrat je še sedel normalno, izgledal dobro. Ponoči je pa kar naenkrat umrl. Nobeden od nas tega ni pričakoval. V glavnem meni ni problem, ker vem, da bodo vsi, ki pridejo k nam, umrli. Če pa bo, zato ker so prišli k nam, to za njih in njihove bližnje lažje, sem naredila nekaj dobrega. Mi poskrbimo, da izkoristijo čas, ki ga še imajo. Recimo pred kratkim je od prijateljice oči zbolel za rakom. Odkrili so ga prepozno. Rekla sem ji naj pusti vse, naj bo z njim, da se bo bolezen hitro razvila in nima več veliko časa z njim. Ni mi hotela verjeti, bila je celo zgrožena nad tem, kako lahko kaj takega rečem. Rekla mi je, da upa, da bo živel še 10 let, da ji ne morem vzeti upanja. Nisem je hotela podpirati pri nerealnem upanju, hotela sem ji pokazati, kakšna je realnost, naj izkoristi čas z njim. To sva se pogovarjali med božičnimi prazniki, sedmega januarja je gospod umrl. Oni niso dojel, kako je to resna stvar. Če je jaz ne bi spodbujala, naj preživlja čim več časa z njim, bi to priložnost zamudila. Pri onkoloških boleznih je tako da, ko se začnejo težave, hitro pride tudi konec. Če si ti na tej točki, ko so se začele težave, je skoraj da že prepozno, da izkoristiš ta čas z očetom, ki ga še imaš. Vsem svojcem in bližnjim rečemo, da je bolezen neozdravljiva, naj izkoristijo ta čas. Če bi mu radi še kaj povedali, mu povejte, če bi umirajoči rad še kam šel, ga peljite. Moram reči, da so res veseli, da so vse spore pred smrtjo poravnali. Vse drugo počaka, smrt pa ne. Zaradi vsega tega imam občutek, da delamo dobro, doprinašamo družbi.

2.1. Kaj se vam zdi največja razlika med nenavadnimi smrtmi ter smrtmi, ko že predčasno veš, da človek umira? Ali morda veste, če ti, ki nekoga nenadno izgubijo poiščejo strokovno pomoč?

Včasih rečem, da so lahko svojci veseli, da se lahko pripravijo na izgubo. Si vse povejo, spore zgladijo. Tudi vedno povem, naj si bolniki uredijo oporoko, denar dvignejo ter vse povezano s tem. Pripravijo se tako umirajoči kot svojci. Če je pa nenadna smrt je pa šok. Bog ne daj, da je šel od doma in sta se ravno skregala, potem je imel pa prometno nesrečo. To zaznamuje ljudi.

Od vsakega je odvisno, kako reagira. Nekateri poiščejo pomoč, nekateri se zaprejo vase.

3. Se na svoje paciente oz. oskrbovance kdaj čustveno navežete? Kako njihova smrt oz. novica o tem, da je smrt neizogibna, vpliva na vas? Ali se o tem kdaj pogovorite s sodelavci ali doma s partnerjem/družino.

Z določenimi stkeš posebno vez, še posebej če jih lahko povežeš s kom v tvojem osebnem življenju. Recimo moji starši bi bili zdaj stari več kot 70 let in zdaj zboleva njuna generacija. Kar nekaj je takih, ki me spomnijo na njiju in mi ni ravno vseeno. Tudi kakšni posebni primeri ti sežejo do srca. Ne samo oni nam, ampak tudi mi njim sežemo do srca. Nekateri svojci se na nas spomnijo vsako novo leto, ali pa jih na ulici srečaš in te objamejo. Ne navežem se čustveno, ampak ti sežejo do srca. Nikakor pa ni res to, da bodo umrli vplivali name, saj bo vsak umrl, ki pride k nam. Ne pustim, da se me to dotakne, ker je moja naloga samo poskrbeti, da bo lepo umrl. Hudo mi je takrat, ko ne gre tako, kot bi moralo iti. Če podam konkreten primer; lahko rečem, da izhajam iz ljubeče, tople družine in meni ni bilo težko skrbeti za nobenega od staršev, zdaj pa imamo eno družino, kjer so tri hčerke, ki so povsem hladne do svoje mami. So se tudi pritoževale, da je mami ponoči nemirna. Bilo jo je strah, saj je bila tema in je vedela, da bo umrla. Ob takem strahu je imela napade težkega dihanja, kar je razumljivo. Živi pa sama v svoji hiši. Svetovala sem jim, saj so te hčerke upokojene, naj ena spi pri njej. Tega pa niso hotele pod nobenim pogojem. Ker hčerke niso hotele pomagati, smo jo namestili v hišo Ljubhospic. Vedno kadar to naredimo, pokličem k njim, da poizvem, kako so, ker mi ni vseeno. Rekli so, da gospa sedaj ne mora umreti in jim ni jasno, zakaj je temu tako. Povedala sem jim, da imajo neporavnane račune in njeni odnosi s hčerkami niso dobri, ker hčerke niso upoštevale naših navodil, naj se pogovorijo z mami. Zdaj mamu to *dol drži* in ne more umreti. Mogoče se vama zdi to smešno, ampak tako je. Pri takih primerih mi je res malo hudo, ker vem, da če bi se one pogovorile z mami, se zjokale in ji oprostile, karkoli je pač bilo, ker nekaj je moralo biti, bi mama v miru umrla in tudi hčerke bi bile mirne. V takih primerih mi je hudo, ker vem, da bi se dalo več narediti, pa se ni, ker mi ne moremo nobenega prisiliti v nič.

V našem timu smo zdravnica, zdravnik in občasno še ena zdravnica, socialna delavka ter jaz. S to zdravnico, s katero hodiva na hišne obiske, se veliko pogovarjava. Zelo veliko se pogovarjava o delu. Imava druga drugo in če sva v stiski, si lahko to zaupava.

4. Kako poteka skrb za umirajočega ter stik s svojci pred ter po smrti?

Mi dobimo napotnico od zdravnika, kateri misli, da zdravljenje ne bo več koristilo. S tem zdravnikom se pogovorimo. Podaja nam vse pomembne informacije o pacientu. Nato pokličem pomembne bližnje. Pokrivamo pa celotno vzhodno regijo, ki ni tako majhna. S tem, da se na hišne obiske hodi samo ob ponedeljkih. Včeraj smo šle v Trebnje in smo obdelale vse, ki so bili na tej lokaciji. Tudi k temu gospodu, o katerem sem prej razlagala, ki je bil zgodnja paliativa, smo šle, da se spoznamo. Vsem rečemo, da bomo prišli do njih takrat, ko bomo v tem območju, če je pa kaj nujnega, gremo tudi izven rednega delovnega časa. Vsi imajo našo številko, da pokličejo, ko nas potrebujejo. Včasih tudi jaz pokličem, samo da vidim, kako so. Ko umrejo, mesec ali dva po smrti, pokličem svojce. Ne povsem vse, ampak tiste, kjer smo dobro sodelovali. Vsiljujemo se nobenemu, ki nas noče. Skoraj vsi so veseli, da se spomnimo na njih. Vedno jim rečemo, da smo še na voljo, če bo kdaj težko pri žalovanju. Vsem svetujemo Slovensko društvo Hospic, saj so izučeni na področju žalovanja, kar jaz pa nisem, priznam. Nekaj jih tudi postane prostovoljcev v tem društvu in sem zelo vesela, ko tam predavam in jih vidim.

4.1. Je kakšna razlika v dojemanju otrok ter starejših?

Če so v igri majhni otroci in direktno vprašajo, si zaslužijo resničen odgovor, na njim razumljiv način. Otrokom recite, da je bila mami tako zelo bolna, da ji zdravniki niso morali pomagati. Ker če otroku rečete, da je bila mami bolna in je umrla, bo mislil, da ko bo imel virozo bo tudi on umrl. Otrok bo pod stresom, ker ga bo strah. Pogosto v žalovanju v procesu zanikanja govorijo čez zdravnike, kako so slabi. Nekaj časa jih pustim, potem pa rečem, naj nikoli o tem ne govorijo v pričo otrok, ker potem otroci ne bodo zaupali nobenemu zdravniku in jih bo strah, da bodo oni tudi umrli. Pred otroci je treba drugače govoriti. Tudi pri starosti otrok je različno. Otrok, ki je star tri leta, bo kmalu pozabil in ko bo prišla nova mamica, se bo lažje sprijaznil. Otroke je treba vključiti v zdravljenje, ne pa jih odrivati. Naj pomagajo mamici, naj so z njo. In če vprašajo, ali mami umira, jim povejte, da ja ali pa da bomo vsi enkrat. Ne lažite otrokom. Pubertetniki pa že težje prenašajo.

Najbolj so prizadeti 50-70 let stari moški, ko ostanejo sami. Ne morejo se pogovarjati s sodelavcem, ki ima še ženo, saj ne bo razumel. Zato se zdaj trudim, da bi ustvarili skupino za žalujoče moške. Poznam gospoda, ki se je povsem zaprl vase, ko mu je žena umrla. Vedno sem mu govorila, ko je bila žena še živa, da tudi on rabi čas zase. Naj gre na sprehod, ko je hči doma, da pazi na mamo. In mi je rekel, da po dnevi ne hodi iz

hiše, ker noče srečati nikogar. Vsi mi samo govorijo "saj bo", jaz pa vem, da ne bo. Tudi zdaj, ko je že mrtva, gre samo ponoči iz hiše.

5. Ali so po zakonu kakšne omejitve glede protibolečinskih zdravil? Vam je kdaj zaradi tega skrb za bolnika težja?

Iskreno povem, da glede omejitev nisem sigurna, saj zdravila predpiše zdravnica. Nisem pa zaznala, da bi bil kdaj kakšen problem, glede količine. Imamo le strog nadzor nad narkotiki. Za njih je potrebno pisati še stare zelene recepte. Imamo tudi knjigo narkotikov, kjer se sledi, komu in kdaj jih je zdravnik predpisal. Notri so zapisani zdravniki, ki narkotike lahko predpisujejo, torej to ne more kar vsak.

Zdravil za lajšanje težav v obdobju umiranja je dovolj, tako da s količino ni problema. Težava je večkrat v razmišljanju pomembnih bližnjih. Imeli smo en primer, kjer so bolezen odkrili res čisto na koncu, v zadnji fazi. Zdravnica je že dovolj izkušena, da je takoj vedela, kako bo vse potekalo, zato je predpisala Oramorf. Oramorf so kapljice v katerih je morfij. Morfij v obliki kapljic predpišemo, zato ker na koncu ljudje ne morajo požirati, in je to najlažje. Med ljudmi velja prepričanje, da če človeku predpišejo morfij, bo umrl. Seveda bo umrl, ampak ne zaradi morfija, vendar zaradi bolezni. V tem primeru smo jim povedali, da če bo bolnik imel bolečine, naj mu dajo kapljice, da mu bo lažje. Naslednje jutro njegova žena mene kliče vsa histerična, kako je njen mož vso noč trpel od bolečin. Ko sem jo vprašala, če mu je dala kapljice, mi je rekla, da ne. Ona je vpila name, jaz sem ji pa lahko samo povedala, da je sama kriva za njegovo trpljenje. Velikokrat imamo te težave. Ni stvar v tem, da nimajo zdravil, ampak jih nočejo dati.

6. Kaj vam je v oskrbovanju pacientov ali oskrbovancev, katerih smrt je neizogibna, najbolj stresno? Ali kdaj zaradi tega obiščete strokovno psihološko pomoč? Kako pogosto zdravstveni delavci obiščete strokovno ali kakršnokoli pomoč?

Najbolj mi je stresno to, kar sem prej omenila. Ko hočemo pomagati, pa svojci nočejo upoštevati navodil.

Ko vzameš tablet proti bolečinam, te neha boleti, ležeš in zaspiš, ker ti je udobno. Med svojci velja panika, ker zaspi in se bojijo, da v tem času umre. Jaz pa pravim, hvala bogu, da lahko spi, ker do zdaj tudi ponoči ni mogel spati. Komaj jih prepričam, da pustijo bolnika, da počiva.

V naši bolnici imamo nekoga, ki se s tem ukvarja, ampak ne vem točno, ker tega ne rabim. V Sloveniji kar nekaj mobilnih paliativnih timov, na Jesenicah recimo že več kot 10 let in

se med sabo povezujemo. Obstaja SZPHO-Slovensko združenje paliativne in hospic oskrbe, kjer imamo supervizijo. Enkrat na mesec se lahko udeležiš, torej je priskrbljena pomoč.

6.1. Mislite, da še vedno velja to prepričanje med ljudmi, da si nor, če hodiš k psihologu?

Ja. Tudi tako je, da jaz raje žalujoče svojce usmerim na hospic, kot k psihologu, ker so oni bolj podučeni za žalovanje. Psiholog ima široko znanje, ne samo o žalovanju. Vsi bi si mogli poiskati pomoč. Na sploh mislim, da bi vsi ljudje morali poiskati svoj način sproščanja. Največkrat si pa nočejo najti pomoči in sprejeti dejstva, da je nekdo mrtev.

7. Kaj vam je v vašem poklicu najbolj všeč? Kaj bi sporočili sebi, če bi se sedaj vrnili na začetek svoje karijerne poti?

Še enkrat bi izbrala ta poklic, ker vem, da delam nekaj dobrega, ker polepšam zadnje trenutke življenja. Vama se mogoče čudno sliši, ampak ko nekdo lepo umre, brez zapletov in bolečin, v sebi vzkliknem od sreče. Kaj drugega bi si človek še lahko želel, kot umreti doma z družino brez bolečin? Ravno zdaj smo imeli primer, ko je imela gospa rano na spolovilu. Ko smo prišli na hišni obisk, je bil zraven sin. Povsem je bil užaljen, da mu za rano ni povedala. 80 let stara ženska bo govorila to svojim sinovom? Seveda ne. Poslali smo vlogo v Ljubhospic, vendar je, preden smo lahko dobili odgovor, klical sin, da je umrla. Pohvalila sem njega in njegovega brata, da sta do smrti skrbela zanjo. On pa mi je rekel, da sta se žrtvovala. Sem mu rekla, da se je ona veliko več za njiju, kot onadva teh 14 dni zanjo. Saj umirjajoči ne rabi veliko. To gre zelo hitro, samo organizirati se je treba.

8.3 INTERVJU 2: Karmen Klavžar

1. **S čim se poklicno ukvarjate? Kako dolgo? Kakšno izobrazbo ste morali pridobiti za vaš poklic?**

Po poklicu sem diplomirana medicinska sestra. Obiskovala sem srednjo zdravstveno šolo v Celju, potem pa sem se vpisala na Fakulteto za zdravstvene vede v Mariboru. Trenutno pa sem vodja oddelka v Domu starejših občanov (DSO) Trebnje. S tem poklicem se ukvarjam že 16 let. Takoj po končanem faksu sem se za dve leti zaposlila v zdravstvenem domu, nato pa sem nadaljevala s svojo poklicno potjo v DSO-ju Trebnje. Zadolžena sem za bolj zahtevne tehnične medicinske posege, prav tako pa sem zadolžena za organizacijo oddelka, razporeditev delavcev na oddelku, opravljam tudi sprejem novih stanovalcev ter skupaj z njimi opravljam individualne načrte za njihovo stanovanje v domu, redno sem tudi zadolžena za komunikacijo s svojci in ambulanto v DSO-ju... Pravzaprav je moje delo kot vodja oddelka zelo raznoliko in obsega res vse, kar vama pride na misel.

2. **Ali se na vašem delavnem mestu pogosto srečujete s smrtjo pacientov oz. oskrbovancev? Ali vas to kakorkoli zaznamuje?**

V DSO-ju se s smrtjo srečujemo zelo pogosto. DSO je pravzaprav namenjen ravno temu, da ljudje tukaj preživijo svoja zadnja leta življenja. Grdo rečeno, v dom pridejo stanovalci umret. Ko sem začela delati v domu me je vsaka smrt oskrbovanca prizadela oziroma zaznamovala. Na začetku svoje kariere sem se temu izogibala, vedno kadar sem lahko, sem se odmaknila. Tudi v svojem življenju se pred tem nisem srečala s smrtjo, zato mi je to predstavljalo kar velik izziv. Tudi nekateri stanovalci pridejo v dom še v zelo dobrem stanju. Lahko sami skrbijo zase, pravzaprav je njihov glavni razlog, da so prišli v dom ravno potreba po družbi. Zato je toliko težje potem videti, takšnega človeka umreti. Vsekakor me je smrt zaznamovala na začetku, oziroma je bil zame to kar velik izziv. Vendar po toliko letih dela s smrtjo se navadiš tudi tega in se naučiš živeti s tem. Skozi leta postaneš trden, bolj močan, začneš se zavedati, da je smrt del življenja. Vsak cikel se začne z rojstvom ter konča s smrtjo.

3. **Se na svoje paciente oz. oskrbovance kdaj čustveno navežete? Kako njihova smrt oz. novica o tem, da je smrt neizogibna. Vpliva na vas? Ali se o tem kdaj pogovorite s sodelavci ali doma s partnerjem/družino.**

Seveda, na določene stanovalce se navežeš, saj so kar nekaj časa že v domu, oziroma so naredili res dober prvi vtis. Njihova smrt pa te kasneje seveda bolj prizadene kot smrt ostalih v domu. Vendar tudi leta pustijo kar nekaj izkušenj. Postaneš bolj trden, pravzaprav že

skoraj odporen na smrt, te ne prizadane, kot te je na začetku kariere. Mene osebno smrt oskrbovancev ne prizadane več. Naredila sem neko pregrado, predelovala sama pri sebi in se na koncu sprijaznila, da se vsako življenje na neki točki konča. Če te pregrade ne bi naredila, bi bila skozi leta čustveno zelo izčrpana. Temu žal ne moremo ubežati. Treba se je tudi zavedati, da obstajajo veliko težje reči, kot je smrt starostnika. Veliko bolj zahtevno delo je na urgenci, kjer se spopadajo npr. s samomori mladih. V dom pa pridejo ljudje, ki so velik del življenja že preživeli. Živel so in se imeli lepo, zdaj pa je prišel čas, da nas zapustijo in svet prepustijo ostalim generacijam. Tega se zavedajo tako oni kot mi. Moje delo pa je, da oskrbovancu pomagam, da gre čez ta proces s čim manj bolečinami in da vključim v to svojce. S sodelavci se na oddelku veliko pogovarjamo med seboj o smrti oskrbovancev in s tem pomagamo drug drugemu to preboleti.

4. Kako poteka skrb za umirajočega ter stik s svojci pred ter po smrti?

Ko izvemo, da ima eden od stanovalcev neozdravljivo bolezen oziroma je smrt pričakovana, ga imamo pod drobnogledom. Večkrat ga gremo obiskat, prav tako pokličemo svojce in jih obvestimo, da naj pridejo na obisk in se od njih poslovijo. Opazovati ga je potrebno in lajšati bolečine, če je to potrebno. V teh primerih je zelo pomembno sodelovanje s zdravnikom, da mu olajšamo zadnje dni življenja. Po smrti najprej opravimo mrliški ogled. Uredimo stanovalca ter pokličemo svojce oziroma največkrat svojce po smrti pokliče zdravnik, sploh v primeru, da smrt ni pričakovana.

5. Ali so po zakonu kakšne omejitve glede protibolečinskih zdravil? Vam je kdaj zaradi tega skrb za bolnika težja?

V Sloveniji ni zakona, ki bi omejeval količino protibolečinskih tablet. Vendar me medicinske sestre protibolečinskih tablet ne smemo predpisovati. Vedno moramo o tem obvestiti zdravnika, ki presodi količino in potrebo po protibolečinskih tabletah oziroma sredstvih. Me pa smo kasneje zadolžene le za to, da jih pacient prejme.

6. Kaj vam je v oskrbovanju pacientov ali oskrbovancev, katerih smrt je neizogibna, najbolj stresno? Ali kdaj zaradi tega obiščete strokovno psihološko pomoč? Kako pogosto zdravstveni delavci obiščete strokovno ali kakršnokoli pomoč?

Najslabše je absolutno, ko vidiš, da oskrbovalec trpi, ti pa mu ne moreš pomagati. Takrat je zelo pomembno, da se v cel proces začnejo vključevati tudi svojci. Vendar se skozi leta navadiš vsega. S sodelavci pa se na oddelku veliko pogovarjamo o smrti pacientov. Veliko lažje jo vsak posameznik po teh pogovorih tudi preboli in se z njo sooči, sploh če se s smrtjo ne srečuje pogosto. Velikokrat se pogovarjamo, vendar se zavedamo tudi, da so prišli

pravzaprav v DSO umreti, zato nam je nekoliko lažje tudi dati smrt čez, ampak je na začetku težko vsaki medicinski sestri. Skozi leta se priučiš tega, kako se s tem soočiti, da ni tako hudo, kot se sliši na začetku. Meni osebno bi težje delo predstavljalo, če bi delala s populacijo mladostnikov. Srečevanja s smrtjo pri mladostnikih ne bi zmogla tako gladko, kot se s tem soočam tukaj.

Zdravstveni delavci nimamo na voljo psihološke pomoči. Mi na oddelku smo podpora drug drugemu. Tudi ko dobimo nove zaposlene in ti izrazijo željo, da se s smrtjo ne želijo srečati, jih v to ne silimo. Dokler se ne počutijo pripravljene, jim tega ni potrebno početi, ko pa pride do situacije, da se bodo s smrtjo srečali, jih mi kot sodelavci na to pripravimo in kasneje tudi pomagamo to preživeti in se s tem soočiti.

7. Kaj vam je v vašem poklicu najbolj všeč? Kaj bi sporočili sebi, če bi se sedaj vrnili na začetek svoje karijerne poti?

Najbolj stresno pri mojem delu je papirologija. Vsak dan se moram ukvarjati s papirji ter razporediti urnik in to mi predstavlja največji izziv. Najbolje pri mojem delu pa mi je druženje z ljudmi in vsakdanja srečanja z njimi. Z najmanjšimi gestami polepšam dan ljudem in hkrati tudi sebi. Sama sebi bi sporočila, da ne glede na vse, vztrajaj v tem poklicu in ti nikoli ne bo žal. Doživiš veliko lepih in tudi slabih trenutkov, vendar je to življenje. Pomembno je le, da greš dalje in se trudiš po najboljših močeh.