

PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY STAROSTLIVOSTI O ŤAŽKO CHORÉHO A ZOMIERAJÚCEHO

Mária Hatoková

Dobrovoľnícka skupina Vrba pôsobiaca v rámci Onkologického ústavu sv. Alžbety;
Ústav experimentálnej psychológie SAV, Bratislava

Za ostatný rok mala autorka článku v rámci ďalšieho vzdelávania možnosť komunikovať s takmer 180 zdravotníckymi pracovníkmi a dobrovoľníkmi, pracujúcimi najmä s onkologickými pacientmi v paliatívnych a hospicových zariadeniach. Výsledkom inšpiratívnych rozhovorov je odborná úvaha na tému osobnosti ťažko chorého a zomierajúceho, špecifik jeho potrieb v rámci holistického prístupu, v konfrontácii s možnosťami zlepšenia komunikácie a zvyšovania kvality vzťahu pomáhajúci (lekár, zdravotný personál, iné pomáhajúce profesie) – chorý.

Kľúčové slová: potreby ťažko chorého, piliere identity, sprevádzanie.

Kľúčové slová MeSH: starostlivosť paliatívna – psychológia; pacient v terminálnom štádiu – psychológia; starostlivosť o umierajúcich – psychológia.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF TAKING CARE OF SERIOUSLY ILL AND DYING

Last year, the author of this contribution has had the possibility to communicate with over 180 healthcare professionals and volunteers working mainly with cancer patients in palliative and hospice institutions. The result of these inspiring discussions a professional reflection about the personality of seriously ill and dying, as well as particularities of his/her needs within the holistic approach, in confrontation with possibilities of improvement of communication and quality of relationship between the coadjutant (doctor, healthcare professionals, other coadjutant professions) and the patient.

Key words: needs of seriously ill, pillars of identity, going along.

Key words MeSH: palliative care – psychology; terminally ill – psychology; terminal care – psychology.

Onkológia (Bratisl.), 2007, roč. 2 (2): 112–115

Insitná múdrosť vraví, že zomierame každým výdychom. V tomto zmysle je smrť neuvedomenou súčasťou nášho života. Otázkou stále ostáva, či vieme integrovať smrť do života. A ak je ťažké vyrovnať sa s ultimátumom, tak sa treba pozastaviť nad vyrovnávaním sa aspoň s tým každodenným – s bolesťou a stratou. Keď hovoríme o ťažko chorých a zomierajúcich, bolesť a straty, ako i blížiaci sa smrť, je pre nich realitou. V tomto príspevku, skôr úvaha ako výstosne odbornom článku, by som chcela ponúknuť psychologický pohľad na osobnosť ako pacienta, tak i sprevádzajúceho, ktorým sa všetci v pomáhajúcich profesiách, nielen v štádiu paliácie, pri lôžku stávame.

Pri písaní tohto príspevku vychádzam z holistického prístupu paliatívnej starostlivosti, ktorej súčasťou je aj paliatívna medicína (6). Chcela by som tiež upozorniť, že pojednávam o osobnosti ťažko chorého a zomierajúceho dospelého pacienta, teda nevenujem sa špecifickej oblasti detského veku. Samozrejme, spektrum psychického vývinu od mladšej dospelosti po neskorú starobu je obsahovo nesmierne bohaté. Preto vývinové obsahy a úlohy prislúchajúce jednotlivým stupňom vývinu v dospelosti treba zasadzovať do všeobecnejšieho rámca osobnostných zmien u ťažko chorých a zomierajúcich opísaných v týchto statiach.

Potreby ťažko chorých a zomierajúcich

Ak vychádzame z holistického prístupu k osobnosti a vnímame osobnosť ako jednotu bio-psycho-socio-spirituálnu, je nutné brať do úvahy potreby

pacienta vo všetkých týchto rovinách. Potreby sú psychologickým slovníkom (2) definované ako taký stav ľudského organizmu, ktorý znamená narušenie vnútornej rovnováhy, resp. nedostatok vo vonkajších vzťahoch. Potreby sú určené životné nutnosti človeka ako druhu a ich dlhodobé nenapĺňanie sa nepriaznivo odráža na zdraví a v celkovom pocite životnej pohody. Preto je za normálnych okolností človek motivovaný obnovovať či už vnútornú alebo vonkajšiu rovnováhu.

Choroba a následné pripútanie na lôžko snahu o obnovovanie rovnováhy stále viac okliešťa, čím vzrastajú nároky na pomoc z okolia. Podporu môže a nemusí poskytovať rodina. Odborná pomoc je, v ideálnom prípade, zverená tímu lekárov, zdravotných sestier, ošetrovateľov, sociálnych pracovníkov, duchovných, psychologov, školených dobrovoľníkov a ďalších pomáhajúcich profesií. To, ako sú napĺňané potreby pacienta, do veľkej miery ovplyvňuje vzťahy s ním i priebeh liečby. Zdá sa nám táto veľa samozrejma, no v praxi často rozhodujú detaily. K lepšiemu priblíženiu problematiky si požičiam rozdelenie a napĺňanie potrieb z ošetrovateľského hľadiska (7) a doplním ho o aspekt pomáhajúceho (kohoľvek, kto poskytuje odbornú pomoc, či psycho-sociálnu podporu).

Fyziologické potreby

Fyziologické potreby ako základné potreby musia byť uspokojované na prvom mieste pre blaho pacienta a pokoj jeho blízkych.

Spánok – u pacientov sa často stáva, že v noci nemôžu spať. Treba, aby tieto ťažkosti boli brané na vedomie. Napríklad je dobré nebudíť pacientov ráno príliš skoro, resp. rešpektovať pribúdajúce periódy spánku počas dňa.

Toto je, samozrejme, v klasickej nemocnici takmer utópia. Zmeny v kvalite spánku a následná únava počas dňa znižuje psychickú odolnosť pacienta a odráža sa najmä v schopnosti komunikácie. Nielen v komunikačnej aktivite, resp. jej forme, ale i v receptivite. Dochádza ku skresleniam v pochopení zdieľaných obsahov. Napriek tomu, že si pomáhajúci myslí, že je vo vyjadreniach zreteľný, ostáva nepochopený. Na základe toho môže dochádzať ku konfliktom medzi pacientom a personálom, resp. sprostredkovane medzi rodinnými príslušníkmi a personálom. Zvlášť v prípadoch, keď zmeny spánkového rytmu signalizujú u pacienta depresívnu fázu. Treba zachytiť zmeny v spánkovom rytme a dbať na načasovanie a spôsob odovzdávania závažných informácií o zdravotnom stave, či liečbe, príp. využiť možnosť asistencie tretej osoby – rodinného príslušníka, psychológa, duchovného.

Jedlo a pitie – s pokročilou chorobou a blížiacou sa smrťou mizne potreba jedla a pitia. Na konci života je možné upraviť jedálny lístok alebo zmierniť diéty podľa návrhu lekára. Dôležité je upravovať jedlá tak, aby boli chutné. Človek, ktorý je skutočne na konci života a umiera, má často menej bolesti a menej „chrčít“, ak je trochu dehydrovaný. Netreba ho nútiť za každú cenu piť. Sucho v ústach sa zmierňuje zvlhčovaním, vytieraním ústnej dutiny.

Pristávím sa najmä pri suchu v ústach a potrebe vytierania ústnej dutiny. Ide o otázku komfortu pacienta, ktorý sa odráža v možnosti kvalitnejšej komunikácie. Ba čo viac, ide o estetickú stránku, ktorá nezriedka berie odvalu, napr. príbuzným, priblížiť sa k pacientovi.

Vylučovanie – pacienti majú strach zo zápchy. Často je zapríčinená veľkým prísnom liekov. Treba včas upozorniť ošetrojúci personál, aby v prípade potreby tvrdú stolicu vybral. Opakuje sa otázka komfortu a diskomfortu. Náročné, čo sa týka tejto položky, je to, že sa realita pacienta zredukuje na „kým vylučujem, som“. Odráža sa v témach komunikácie a pre pomáhajúceho, ktorý nie je nastavený vnímať dôležitosť tejto potreby, môžu byť tieto témy obťažujúce. Je namieste priznať legitimitu aj tejto výsostne intímnej sféry.

Hygiena – je potrebná, aby sa chorý cítil dobre a aby sa zabránilo preležaninám. Úprava vzhľadu pozitívne ovplyvňuje medziľudské vzťahy.

Ako už bolo spomenuté pri vytieraní ústnej dutiny, hygiena celkovo je pre budovanie vzťahov s pacientom dôležitá. V dnešnom svete sme zvyknutí na vône, umelo si ich dodávame. Pach telesnosti sa nám vzdáva, resp. je určený pre výsostne intímne situácie. Pacient závislý na pomoci okolia je vystavený svojej telesnosti a tomu, ako v nej bude prijatý. Pachy, ktoré vnímajú ľudia prichádzajúci k lôžku, žiaľ, výrazne ovplyvňujú vzťah k pacientovi – i keď je to blízky príbuzný. Javí sa užitočné pripravovať príbuzných aj na zmenu čuchových vnemov a nezanedbávať túto zmyslovú modalitu. Na druhej strane treba poskytnúť pacientovi, čo možno najvyšší hygienický komfort. Pozitívne to ovplyvňuje jeho sebahodnotenie a posilňuje sebahodnotu.

Pohyb – i na konci života pohyb pôsobí pozitívne. Treba odhadnúť, kedy už pohyb nie je možný, aby záver života nebol znepríjemnený.

S obmedzením či nemožnosťou pohybu sa výrazne redukovujú samoobslužné možnosti chorého, čo negatívne vplyva na jeho psychický stav. Často sme svedkami zúfalej snahy o „pár krokov“, resp. pár úkonov ako dôkazu „pre seba samého“, že ešte nie som od druhých až tak závislý, „ešte môžem“. Tento bod opätovne súvisí s vnímaním vlastnej sebahodnoty a je dobré, ak vieme podporiť/povzbudiť samostatnosť pacienta, hoci by išlo iba o drobné samoobslužné úkony.

Dýchanie – dbáme o to, aby bol chorý v polohe, v ktorej sa mu najlepšie dýcha. Izba by mala byť dobre vetraná.

Dôležité je pohodlie a komunikácia, ktorá sa zlepšením dýchania skvalitňuje. Dovolím si tu upozorniť na sebazničujúce typy pacientov, ktorí majú problém osloviť ošetrojúci personál a poprosiť ho o pomoc pri polohovaní. Platí tu heslo „ponuka ide

prvá“, čo si vyžaduje istú dávku všímavosti a empatie.

Dotyk – fyzický dotyk sa javí byť rovnako významný, ako keď bol človek doččaťom. Pohladenie, dotyk... prejav úcty a vyjadrenie hodnoty človeka človeku. Posolstvo, ktoré dotyk pacientovi vysiela, je – „som hodný lásky a starostlivosti“. Dôležité je však rešpektovať hranice. V prvom rade svoje – ako pomáhajúceho. Ak nepatríme medzi dotykové typy, nefrustrujeme sa silenou snahou o fyzický kontakt. Na druhej strane, ak dotykové typy sme, môže oproti nám ležať práve nedotykový pacient. Nie je dobré prikrývať najmä imobilných a komatických pacientov až po bradu. Vyjadrenie prítomnosti týmto ľuďom sa často deje dotykom ruky. Ak sa ruka skrýva pod prikrývkou, kontakt je znemožnený, prípadne narušíme intímnu zónu pacienta násilnejšie.

Miernenie utrpenia – dokážeme tíšiť až 95 % bolestí, dokonca aj veľmi silných. Treba o tom vedieť a požadovať utíšenie bolesti u lekára.

Ak sa podarí s pacientom nadviazať kontakt aj na ľudskej úrovni a získať si jeho dôveru, je možné komunikovať o bolesti pravdivejšie. Mám na mysli na jednej strane dovolávania sa pozornosti pomáhajúcich cez odvolávanie sa na bolesť a na strane druhej „trpiteľské typy“ pacientov, ktorí svojou bolesťou nechcú obťažovať, resp. sa rozhodli znášať bolesť v mene „vyššieho cieľa“. Otvorená a dôverná komunikácia môže odhaliť skryté motívy inej, ako legitímnej bolesti, prípadne povzbudiť k nájdeniu riešenia, či kompromisu pri tíšeni bolesti.

Drobné spríjemnenie, chuť na niečo – aj na konci života občas človek dostane zvláštnu chuť na niečo dobré (víno, rezeň, čokoláda...). Niekedy je táto chuť paradoxná vzhľadom na možnosti konzumácie a diéty pacienta. Keďže však v centre nášho záujmu stojí jedinečný človek, je dobré, ak v čo najpriateľnejšej forme jeho želanie splníme.

Tu nejde ani tak o to, či nejaká paradoxná potreba bude reálne naplnená. Skôr o pocit, ktorý po ústretovosti pomáhajúcich v pacientovi zostáva: „ja som mal potrebu, a vy ste hľadali spôsob, ako ju naplniť“. Je to prejav hodnoty, ktorú má pacient pre ľudí okolo neho, a ktorý zároveň zvyšuje pocit sebahodnoty pacienta samotného.

Keď sa zamýšľam nad plastickejšim uchopením fyziologických potrieb a nad hodnotou človeka skrze nich, nenapadá mi nič lepšie ako vzťahovať celú túto problematiku na svoju osobu. Predstavujem si seba na mieste pacienta, ku ktorému prichádzam, a to, ako by som si želala, aby bolo o mňa samú v takej chvíli postarané. Myslím si, že to je jeden z najúčinnějších spôsobov, ktorý napomáha vnímať hodnotu chorého človeka a vyhnúť sa syndrómu vyhorenia. A dôležité je tiež toto: „*Žiadna psychologická (ani duchovná, pozn. autora) podpora nemôže byť úspeš-*

ná, ak sa neodstráni fyzické utrpenie, ak chorý nemá okolo seba príjemné prostredie a každodenný život sa (ne)skladá z rôznych aktivít normálnej existencie.“ (9, s. 105).

Psychické potreby

Prvou z psychických potrieb je **potreba bezpečia**. Je to potreba vedomia, že „je a bude o mňa dobre postarané“. Ak má chorý túto istotu, v oveľa menšej miere sa domáha pozornosti ošetrojúceho personálu. Zahŕňame tu aj uistenie pacienta o tom, že nebude trpieť neznesiteľnými bolesťami. Keď má niekto (prirodzený) strach z bolesti, zo smrti, môžeme sa ho opýtať, čo konkrétne mu naháňa strach. Napr. aby sme ho uistili, že nebude trpieť. Bezpečie je utvárané aj ujasnením si vzťahov s blízkymi, ktorí čelia realite choroby a ktorých musí potenciálne zanechať. Pociť bezpečia súvisí aj s tým, čo nazývame „problémom pravdy“. Ak pacient položí otvorenú otázku o svojom stave, príp. o fakte blížiacej sa smrti, je pripravený počuť konkrétnu odpoveď. Otázka však smeruje do radov pomáhajúcich – ako sme pripravení komunikovať pravdu o stave pacienta? Resp. koho opatrnosťou v podávaní informácií až zahmlievaním chránime – pacienta, či seba?

Afektívne potreby vyjadrujú v prvom rade potrebu „aby ma mal niekto rád“, ktorú silne pociťuje práve umierajúci. Táto potreba prestupuje všetkým. K umierajúcejmu sa treba správať nežne. Umierajúci potrebuje mať pocit, že je milovaný, aby mohol milovať. Dôležité je dať mu priestor, aby sa mohol vyjadriť, vybiť svoje emočné napätie pri zvládání náročných fáz vyrovnávania sa s chorobou i zomieraním. Potrebuje, aby bol vypočutý. K tomu potrebuje niekoho, kto ho bude počúvať. Jedine pomocou slovného či iného vyjadrenia svojho trápenia sa môže emocionálne uvoľniť.

Treba, aby človek zostal čo možno najdlhšie pánom svojho života a rozhodoval sám za seba. Napríklad prijal (resp. odmietol) určitý zákrok, vyšetrenie, atď. Ale v prvom rade treba, aby nemal pocit, že je odsudzovaný, najmä ak je zohyzdený chorobou. Musí mať možnosť zakúsiť, že je prejavovaná úcta k jeho telu aj s fyzickými a k osobnosti s psychickými zmenami. Musí cítiť, že napriek tomu je uznaná jeho ľudská hodnota, že ho má niekto rád (často chorí nachádzajú cestu k svojmu „novému“ telu cez láskavé ruky ošetrovateliek a ošetrovateľov – ak sa oni nemajú problém dotýkať napr. amputovaných častí, resp. cez partnerov, ktorí ich ocenia aj napriek handicapu). Vystáva tu už spomenutá otázka rešpektovania hraníc, napríklad zásada nesadania si na pacientovu posteľ, ktorá je intímnu zónou pacienta, kým on sám pomáhajúceho nevyzve. Týka sa to tiež manipulácie s pacientom, keď „slová idú vždy prvé“ (najmä pri spiacich a komatických pacientoch). Nehovoriac

o prejavoch základnej zdvorilosti v podobe oslovenia menom a pozdravu, na ktoré sa rutinou, v burn-oute či v štádiu odosobnenia, žiaľ, zabúda. **Potreba sebaúcty** je aktuálna až do poslednej chvíle života.

Potreba plánovať je prejavom **sebarealizačných potrieb**. Plány vecí, pre ktoré je pacient zapálený, sa v prípade ťažko chorého a umierajúceho môžu zdať čírym bláznovstvom. Ale jeho plány sú znamením, že je ešte stále nažive. Ak je to v našich možnostiach a stav pacienta to dovoľuje, môžeme sa pokúsiť sprostredkovať, alebo priamo zabezpečiť všetko potrebné pre zhmotnenie niektorých pacientových nespĺnených snov. Nesmieme žiadnej živej bytosti zobrať sny. Sny dávajú nádej.

Potrebu dávať, deliť sa – dať niekomu niečo, spísať závet. Je dobré, ak pacient nie je odsúdený iba na prijímanie. Ruka v ruke s potrebou dávať vystupuje potreba cítiť sa užitočný. Vplyvom tejto potreby zomierajúci napr. daruje telo vede. Niekedy je vhodné upozorniť na túto potrebu pacientových blízkych, aby sa necítili prijímaním, hoci aj osobnejších vecí, zviazaní.

Estetické potreby – potreba krásna (napr. kvety na nočnom stolíku, pekný účes, príjemná vôňa), potreba dobra, pravdy (túžba po úprimnosti). Pacientom vnímaná estetika vlastného tela je dôležitá v medziľudskom styku. Uľahčuje kontakt blízkych s pacientom, odbúrava predsudky. Príjemné materiálne prostredie je dôležité, aby človek strávil čas liečby, príp. odišiel uprostred „najkrajších dojmov“.

Duchovné potreby

Duchovnými potrebami sú všetky potreby súvisiace so zmyslom života (a smrti). Umierajúci má veľkú potrebu zmieriť sa so sebou, svojím životom a blízciami sa smrťou; s blízkymi ľuďmi – je to dôležité pre obe strany; potrebuje sa zmieriť s Bohom, s otázkami transcendentna. Duchovné potreby neredukujeme iba na oblasť náboženstva a tak isto duchovná služba nie je poskytovaná iba veriacim.

Potreba ticha – potrebuje stíšenie, aby našiel sám seba. Pacient samotu a ticho zvykne vyhľadávať. Treba byť citlivým na náznaky tejto potreby, zvyčajne ju pacient nejakým spôsobom prejaví.

Nezamietať si túto potrebu s odmietnutím. Vo fázach vyrovnávania sa s chorobou, so smrťou, je potrebný čas na spracovanie a integráciu toho, čo sa deje a nájdenie subjektívneho zmyslu zmien a strát. Ticho môže byť zároveň priestorom pre opätovné nadobúdanie síl do ďalších bojov. Aj pomáhajúci môžu byť tohto procesu ticho účastní. Je dobré, ak nezabudneme pripomenúť, že v prípade potreby sme pacientovi k dispozícii, a zároveň rešpektujeme jeho uzatvorenie sa.

Náboženské potreby – prijatie sviatostí, modlitba... Môže ísť o hlbokú potrebu, veľmi dôležitú

k nájdeniu pokoja umierajúceho. Skôr, ako duchovnému, vyjaviť pacient tieto svoje túžby blízkemu človeku – i z radov personálu, sprevádzajúcemu, resp. psychológovi. Treba umožniť realizáciu týchto potrieb.

Ak chorý žiada predčasné ukončenie svojho života, môžeme to brať ako signál, že na niektorej úrovni potrieb stráda. Je preto na pomáhajúcom a následne na členoch tímu, aby príčinu diskomfortu odhalili (môže to byť napr. bolesť, nedoriešený konflikt, osamelosť, nadmerný pocit viny...) a snažili sa zabezpečiť všetko potrebné k nadobudnutiu lepšej kvality života chorého a zomierajúceho.

V súvislosti s fyziologickými, psychologickými a duchovnými potrebami nemôžeme zabúdať na ich integráciu do celistvej osobnosti. A zasa v súvislosti s osobnosťou nesmieme zabúdať na identitu človeka. V procese zomierania sa identita mení. Prechádza spektrom od identity zdravého, cez identitu chorého až po identitu zomierajúceho človeka.

Piliere identity

E. P. Sobota (2001) poukázala na dôležitosť poznania **pilierov identity človeka** a ich zmeny, obmedzenia i možnosti „držať“ identitu osobnosti v preterminálnom štádiu života chorého. Vplyvom nevyliciteľnej choroby postupne piliere identity „padajú“. Chorý si to uvedomuje a potrebuje podporu v nadobúdaní identity novej – identity človeka vyrovnávajúceho sa s chorobou a hypoteticky/reálne sa pripravujúceho na smrť.

Telesná identita sa prejavuje v zjavnom vnímaní fyzických obmedzení: „pred polrokom som ešte mohol to a to...“ U pacienta sa prejaví snaha o udržanie mobility a samoobslužných aktivít niekedy až nad rámec reálnych schopností. Ak sa potreba pohybu stáva takmer neurotickou, v pozadí môžeme odhaliť problém vyrovnávania sa s týmto typom identity. Kompromisom, odpozorovaním reálnych možností, môžeme samostatnosť pacientov povzbudzovať.

Strata **sociálneho kontextu** sa u pacienta môže prejavovať depresiou z nezáujmu. Vyplýva to z nemožnosti pacienta samostatne iniciovať sociálny kontakt a z odkázanosti na možnosti, resp. „dobrú vôľu“ príbuzných a priateľov, spojenú s otázkami kedy a či vôbec prídu. Problémy so sociálnymi kontaktmi je možné do istej miery eliminovať nadobudnutím nových, často dôverných, vzťahov so spolupacientmi. Závan vonkajšieho „normálneho“ sveta môžu do nemocnice priniesť školení dobrovoľníci, poskytujúci laickú psycho-sociálnu podporu.

Práca a výkon, nerealizovateľné z lôžka, často spúšťajú depresiu z „ničnemôženia“. Stráda veľmi podstatná potreba sebarealizácie, nezriedka sa k tomu pridáva pocit finančného nedostatku, či

strach o rodinu (zvlášť ak ide o živiteľov rodín). Je nápomocné, ak hľadáme spolu s pacientmi, čo by mohli robiť priamo vo svojej realite. Najšť činnosť, ktorá samozrejme nebude tak veľkou vecou, akú robili v pôvodnom zamestnaní, povolani, ale naplní sebarealizačnú potrebu do čo najvyššej možnej miery. Je možné, že pacienti začnú obnovovať dlhodobu zanedbávanú zručnosť (napr. pletenie...).

Majetkové zabezpečenie má súvis s istotou. Liečba nezriedka býva finančne náročná a pacienti si to uvedomujú. Vnímajú záťaž svojej choroby aj cez dopad na rodinný rozpočet a potrebujú sa s tým vyrovnávať. Na druhej strane sa nájdu aj prípady, keď peniaze slúžia ako pseudoistota – keď nie je „zdravíčko“, aspoň ony nech sa zbierajú.

Často sa možno stretnúť s predpokladom, že veriaci ľudia sa s chorobou a smrteľnosťou vyrovnávajú lepšie ako neveriaci. Predpokladá sa, že im je viera posilou. Teória pilierov osobnosti však vieru nepopisuje v tom zmysle, že ona človeka – ako posledná inštancia – podrží. Naopak, postuluje, že **viera i neveria** sa v procese vyrovnávania sa s chorobou a blízciami sa smrťou prehľbujú. To, ktorým smerom sa proces uberá, je odrazom životných postojov a hodnôt duchovna v živote človeka. Aj tu platí Gaussova krivka, kde najstabilnejší sú hlbokí veriaci, resp. na opačnom konci presvedčení neveriaci, kým vlažní veriaci lavirujú pod paľbou existenciálnych otázok buď smerom k prehľbovaniu viery v posledných štádiách choroby, resp. k jej strate.

Čo teda drží osobnosť chorého a zomierajúceho finálne, je **odovzdávanie hodnôt**. E. Erikson (1) popisuje toto štádium ako integráciu. Definuje ju ako spätný pohľad na život človeka, ktorý je sprevádzaný pocitom uspokojenia z toho, že život mal v rámci širšieho poriadku zmysel. Pochybnosti o sebe a nespĺnené túžby môžu byť prameňom zúfalstva a pocitu nezmyselnosti. No životná skúsenosť, poučenie či múdrosť nadobudnutá bez ohľadu na reálny vek pacienta, môže byť odovzdávaná aj zo smrteľnej postele a slúžiť ako bohatstvo pre toho, kto je účastný takehoto zdieľania a načúva. Predpokladom realizácie tohto piliera je spomínaný priestor na stíšenie, ako i prítomnosť osoby, ktorej sú tieto hodnoty odovzdávané. Je to jediný pilier identity, na ktorom možno stavať, kde sa dá vnímať, že pacient je hodný úcty až do posledného výdychu.

Sprevádzajúci

Všetci, ktorí prichádzajú k lôžku ťažko chorého, sa v istom momente môžu stať sprevádzajúcimi. Zväčša vtedy, keď situácia vezme profesionálom z rúk všetky tromfy a čelia odborným hraniciam. Vtedy sa z lekára, zdravotnej sestry, ošetrovateľa (sociálneho pracovníka, duchovného, psychológa, školeného dobrovoľníka a i.) stáva v prvom rade človek, ktorý je účastný bolesti

a strát iného človeka. To, čo nasleduje, môže mať dve podoby: prvá – utiahnutie sa do seba, únik ako prirodzená psychická obrana v prípade, že nie som ako pomáhajúci odborník vyrovnaný so svojou ľudskou zraniteľnosťou a smrteľnosťou. V tomto prípade ostávajú osamotení dvaja – pomáhajúci i pacient. Existuje iná možnosť, že napriek zlyhaniu „víťaznej medicíny, víťaznej psychológie, víťaznej spirituality“ sa z odborníka stane „iba“ človek, ktorý na ľudskej úrovni bude inému človeku oporou až do konca.

Podstatou práce sprevádzajúceho vo všeobecnosti je „BYŤ TU!“. Je postavená na aktívnom počúvaní a na rešpektovaní klientovej intimity (8). Znamená to byť prítomný, byť načúvajúci, byť pozorný na „signály z hĺbky (iracionálne vyjadrenia zo snov, z pocitov, iracionálne vnímanie reality signalizujúce blížiacu sa rozlúčku a smrť)“. Vnímať nesplnené túžby, sny, ale i bežné potreby pacienta. Dôležité je uvedomiť si, že v centre našej starostlivosti stojí človek. On udáva spôsob, tempo i témy sprevádzania.

E. P. Sobota (8) vymedzuje tieto predpoklady práce so zomierajúcimi: Zdôrazňuje **psychickú zafážiteľnosť** v zmysle psychickej odolnosti. Musíme si uvedomiť, že v procese sprevádzania do istej miery spoluprežívame osud sprevádzaného. Nie je však našou úlohou nechať sa jeho bolesťou pohltiť. Spracúvame náročné emocionálne stavy – ako sprevádzaného, tak i naše vlastné. V tomto zmysle treba vnímať v prvom rade vlastné hranice: „...musíme smrt' vnímať ako súčasť života, ale tiež vedieť, ako veľmi bolestne sa nás straty dotýkajú, ako nás zasahujú. Stretávame sa pritom s vlastnými emóciami, ktoré naznačujú, čím sme v procese smútku svojich klientov angažovaní osobne, čo potláčame“ (4). Ďalším

predpokladom je **nenachádzanie sa v procese smútku**, čo znamená, že aktuálne sa sprevádzajúci nenachádza v akútnom smútení, resp. že i dávnejšie straty má už dobre spracované. A napokon ide o **zmierenie sa s vlastnou smrťou** do tej miery, aby nebol ohrozený náš vzťah s pacientom.

Okrem predpokladov práce so zomierajúcim E. P. Sobota (8) pomenúva i tzv. kritériá práce so zomierajúcim, ktoré zahŕňajú **pozitívnu akceptáciu partnera v jeho celistvosti**, teda s jeho fyziologickými, psychickými, sociálnymi a duchovnými potrebami, s jeho strachom a smútkom, so silnými emóciami, jeho individuálnym procesom vyrovnávania sa s chorobou i smrťou. Taktiež **jedinečnú osobnostnú kongruenciu** sprevádzajúceho, teda opravdivosť, poznanie vlastných hraníc, postojov, hodnôt, a tiež uvedomovanie si svojho fyzického, psychického a duchovného rozpoloženia. Nástrojom dobrého sprevádzania je **artikulácia vlastných emócií** sprevádzajúceho, právo vyjaviť svoje pocity, spoločiť. Prejavené emócie často vypovedia to, čo je slovám nemožné. Sú v komunikácii veľmi nápomocné.

Treba si uvedomiť, že sprevádzanie ťažko chorého a zomierajúceho je v prvom rade službou. Nie

je to povinnosť. Z profesionálneho hľadiska sa to zdá nad rámec našich reálnych možností, kompetencií. Prináša však nedocenené benefity. Sprevádzajúci si je sám nástrojom svojej práce, svojim najdôležitejším inštrumentom. Preto sa má snažiť o sebarozvoj a o pozitívny prístup k sebe samému. Sprevádzajúci si ľudskou blízkosťou udržiava ľudský prístup a náhľad na človeka. Sprevádzajúci je schopný vnímať hodnotu človeka vo všetkých dimenziách osobnosti do posledného výdychu, možno i ďalej. Je schopný – cez optiku ľudskosti – v každom z ťažko chorých a zomierajúcich vidieť kúsok seba. Všetko toto (investícia do vlastnej osobnosti, vzdelania, ľudský náhľad na človeka, pripísanie jedinečnej hodnoty každému pacientovi, zosobnenie) je prevenciou pred upadnutím do syndrómu vyhorenia, v miernejšej forme do profesionálnej rutiny. No v prvom rade je to vec rozhodnutia.

Mgr. Mária Hatoková

Supervízna psychologička a školiteľka Dobrovoľníckej skupiny Vřba pôsobiacej v rámci Onkologického ústavu sv. Alžbety (www.dsvrba.sk)
Ústav experimentálnej psychológie SAV
Dúbravská cesta 9, 813 64 Bratislava
e-mail: maria.hatokova@zoznam.sk

Literatúra

- Hall CS, Lindzey G. Psychológia osobnosti. Bratislava, SPN 1997.
- Hartl P, Hartlová H. Psychologický slovník. Praha, Portál 2004.
- Hatoková M. Paliatívna starostlivosť o terminálne chorých a zomierajúcich. In: Hvozdič S, a kol. Rámce a roviny pastorálnej psychológie. Košice: Seminár sv. Karola Boromejského v Košiciach, 2004, s. 277–287.
- Havránková O. Téma smrti a umírání. In: Vodáčková D, a kol. Krizová intervence. Praha, Portál, 2002, s. 305–313.
- Juhásová M, Mračková A, Prášilová M, Sorkovská D. Priručka dobrovoľníka Dobrovoľníckej skupiny Vřba. Bratislava: Občianske združenie Dobrovoľnícka skupina Vřba, 2004.
- Križanová K. Zásady paliatívnej liečby v onkológii. Onkológia, 2006, 1 (3), s. 193–197.
- Pichard C, Thareauová I. Soužití se staršími lidmi. Praha, Portál 1998.
- Sobota EP. Prednáška. Hospicový seminár, Dolný Smokovec 3. – 7. 9. 2001.
- Tavernierová M. Paliatívna starostlivosť (starostlivosť o nevyliciteľne chorých). Bratislava, SOFA 1996.

Jaromír Astl

Chirurgická léčba nemocí štítné žlázy

Nemoci štítné žlázy tvoří heterogenní skupinu nemocí a stavů, zahrnující vývojové vady, enzymatické defekty podmíněné geneticky, záněty a nádory štítné žlázy. Endokrinologové řídí léčbu nemocí štítné žlázy ve spolupráci s chirurgy, nukleární medicínou, onkology, radioterapeuty a dalšími odborníky. Mnohdy jsou to právě komplikace chirurgických postupů, které jsou zásadním faktorem při rozhodování endokrinologů a dalších lékařů při indikaci operace. Tato publikace shrnuje zkušenosti s chirurgickou léčbou nemocí štítné žlázy na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku I. LF UK v Praze. Soustředí se především na zkušenosti a znalosti o chirurgické technice operací na štítné žláze, ale také na znalosti z endokrinologie, otorinolaryngologie, imunologie a onkologie, které jsou důležité pro rozhodování chirurga před operací, ale i v jejím průběhu. Je zde zahrnuta také chirurgická léčba vrozených vývojových vad štítné žlázy v závislosti na příčině jejich vzniku, léčba akutních i chronických zánětlivých onemocnění štítné žlázy a nádorových onemocnění. Součástí knihy je zhodnocení výkonů na štítné žláze u dětí a mladistvých. Zvláštní pozornost je věnována chirurgické léčbě metastáz nádorů štítné žlázy a plánování rozsahu krčních disekcí. V předložené práci tak čtenáři najdou jistě dostatečný rozbor možných chirurgických komplikací léčby nemocí štítné žlázy a jejich řešení.

Maxdorf, 2007, edícia Jessenius, ISBN: 978-80-7345-000-7, s. 208.

Objednávejte na www.maxdorf.cz

