
DRUŽINA V ZDRAVJU IN BOLEZNI

3

- Družina kot sistem in tipi družin
- Družinski cikel
- Družina in bolezen
- Ocenjevanje družine
- Družina in kronični bolnik
- Načela paliativne oskrbe v domeni družinskega zdravnika
- Družina z umirajočim bolnikom

DRUŽINA KOT SISTEM IN TIPI DRUŽIN

Igor Švab, Danica Rotar-Pavlič

Opredelitev družine

Značilno slovensko družino sestavljajo mati, oče in 2 otroka (1). Pojem družina ne pomeni le števila njenih članov, temveč zajema tudi zapletene medsebojne vplive. Bolj kot njeno število jo opredeljujejo odnosi, ki vladajo med njenimi člani. Obravnavati jo je mogoče na več načinov; z njo se ukvarjajo psihologi, sociologi, psihiatri, antropologi, pa tudi romanopisci in dramatik. Za zdravnika družinske medicine je družina posebna družbena skupina, ki temelji na skupnih kulturnih, socialnih, čustvenih, spolnih, vedenjskih in materialnih interesih. Tvori zaključen vrednostni sistem, pri katerem njeni člani zadovoljujejo svoje potrebe po opori, samostojnosti, urejenosti, razvoju in sporazumevanju (2).

Zato je za družinskega zdravnika najbolje, da na družinski način obravnava skupine ljudi, katere člani se sami opredelijo, da so družina, oziroma živijo v tesnejši skupnosti, ki spominja nanjo. Ta zelo široka definicija je lahko občasno sporna, vendar je s praktičnega stališča še najbolj ustrezna (3).

Prednosti in slabosti družine

Če družino kritično obravnavamo kot skupino, vidimo, da ima v primerjavi z drugimi skupinami veliko prednosti, zaradi katerih se je zgodovinsko ohranila, obenem pa tudi veliko notranjih problemov. Družino »drži skupaj«[»] veliko kulturnih, socialnih in ekonomskih interesov ter dolgo in intenzivno skupno življenje. Težave v družini največkrat nastanejo, ker so njeni člani zelo različnih starosti in obeh spolov, veliko jih je med seboj tudi odvisnih.

Slabosti družine kot sistema se kažejo zlasti, kadar je potrebno medsebojno usklajevanje pri reševanju določenih konkretnih skupnih nalog (3).

Vzemimo za primer skupino ljudi, ki delajo na istem projektu. Pri gradnji hiše je najeti šest ljudi: arhitekt, gradbeni inženir, vodovodni inštalater, električar, mizar in zidar. Vsak je bil najet zaradi svojih sposobnosti in bo plačan po svojem prispevku pri gradnji. Vsi morajo delovati složno in njihove odgovornosti so jasno porazdeljene. Skupina bo delovala skupaj, dokler hiša ne bo dokončana. Potem se lahko odločijo, da bodo sodelovali še na kakšnem projektu, ali pa bodo šli vsak sebi, ker jih nič več ne veže. Če se kdo pri delu ne izkaže, ga lahko zamenjajo s kom drugim.

Za primerjavo vzemimo drugo skupino – družino dveh staršev in dveh otrok (18 let starega sina, ter 16 let stare hčerke), ki načrtujejo skupne počitnice. Oče je dobil dopust v zadnjem tednu julija, materi so ga dodelili avgusta, ravno ko bi se sin moral pripravljati na sprejemni izpit za fakulteto. Hčerka bi rada šla z družbo in fantom na morje za en mesec. Oče bi rad pobegnil od mestnega življenja in šel taborit, mati bi se rada odpočila od gospodinjenja v hotelu. Sin bi raje prebil čim več preostalih poletnih počitnic z dekletom, oče pa zahteva, naj vsako leto preživijo vsaj en teden skupaj, saj se itak komaj kdaj vidijo.

Takojšnji cilj (načrtovanje skupnih počitnic) doživljajo vsak drugače. Neodvisnost njenih članov in možnost demokratičnega vpliva na odločitve je lahko različna.

V takšnih primerih je lahko družina zelo neučinkovita. Po drugi strani pa je njena moč prav v sposobnosti, da ustvari okolje, v katerem se njeni člani lahko razvijajo, in da jim omogoča čustveno oporo. Kljub konfliktom, ki so stalnica družinskega življenja, obstajajo med člani čustvene vezi, občutek odgovornosti in pripadnosti, ki jih nenehno drži skupaj. Življenje v skupnem domu, delitev skupnih dejavnosti, skupna skrb za šolanje ter skupno doživljanje uspehov in porazov ustvarja družinskim članom skup-

no okolje, v katerem naj bi se razvijali. Družine imajo skupna stališča o disciplini, spolnosti, zasebnosti in komunikaciji, svojim članom dajejo občutek pripadnosti in zagotavljajo varnost. Harmonična družina je vir pomoči, nasvetov in modrosti.

Odnosi v družini

Vloge družinskih članov

V družini ima vsak član točno določeno vlogo. Vloge so razdeljene po nalogah, ki jih mora družina izpolnjevati, in tudi z upoštevanjem pričakovanja družinskih članov. Tradicionalno so za vsakega izmed družinskih članov že vnaprej določene z družbenimi normami. Tako obstajajo tradicionalna pričakovanja za vloge matere, očeta in otrok. Kljub temu, da se v razvijajoči se družbi močno spreminjajo, in da danes zelo težko govorimo o tradicionalnih vlogah posameznih družinskih članov, je pomembno, da si jih ogledamo. Družinske vrednote so namreč v naši kulturi še močno zakoreninjene, zlasti v generaciji starejših ljudi, ki so bili še posebej vzgojeni po tradicionalnih vrednotah.

Če torej vzamemo družino kot gledališče s strogo določenimi vlogami, lahko vsako posebej opredelimo na naslednji način:

Mati

Tradicionalno je vloga matere in žene čustvena. Od nje pričakujemo izkazovanje ljubezni, da zna gospodinjiti in dajati vzor hčerkam za primerno »žensko obnašanje«. Mati je tista, ki vedno odpušča, okoli katere se vrti družinsko čustveno življenje, h kateri se zatečemo, če smo ga kaj polomili, in si želimo tolažbe. Pri njej bomo vedno deležni zaslombe in prijazne besede.

Oče

Tradicionalna vloga očeta zahteva zagotavljanje gmotne stabilnosti, garanje in samozatajevanje, katerega cilj je predvsem materialna varnost družinskih članov. Tradicionalno oče prevzame odločanje o pomembnih zadevah v družini (zlasti finančne narave); je dokončna in neomajna avtoriteta. Pri njem sinovi najdejo vzor »moškega obnašanja«, načel trdnosti ter neomajnosti in načelnosti. Odnos otrok do očeta je daj-dam: če si priden, boš deležen pohvale; če ne, boš trpel posledice.

Otrok

Otrok naj bi sprejemal pozornost svojih staršev, se učil njihovih stališč in spretnosti. Prek otrok starši uresničujejo željo po večnosti: ker sami ne živimo naprej in ker umremo, se naše ideje, naši geni in stališča prenašajo naprej po naših potomcih. Otroci so tudi izvor novega znanja, ki ga v družino prinesejo iz šole.

Seveda so spreminjajoče se razmere močno spremenile tradicionalne vloge v družini, zato opisi tradicionalnih družinskih vlog v sedanji družbi praktično nikjer več ne veljajo. Družine, kjer je oče edini, ki prehranjuje družino, mati pa je doma in skrbi za gospodinjstvo in vzgojo otrok, so pri nas že redkost. Vloge so se prerazporedile: oba partnerja običajno skrbita za materialno varnost, delita si odgovornost in skupaj naj bi odločala o pomembnih stvareh v življenju.

Poznavanje tradicionalnih vlog je pomembno zato, ker potem lažje vidimo, kako nastale spremembe lahko vplivajo na mlajšo generacijo, in da lažje razumemo pričakovanja starejših generacij, pri katerih je tradicionalna razdelitev vlog še močno zakoreninjena. Še pomembnejši je drugi razlog: v skladno delujoči družini morajo biti naloge iz posameznih vlog izpolnjene. Pri tem ni tako pomembno, kdo nalogo prevzame, če se z njo strinja (npr. prav pogosto imamo družine z odločno materjo in popustljivim očetom). Ker je delovanje družine odvisno od skladnega sprejemanja

dodeljenih vlog, morajo družinski člani sprejeti želje in sposobnosti »igralcev«. Zlasti v sedanjih časih, ko delitev vlog ni več tako jasno določena, kot je bila v preteklosti, je nujno potrebno, da je dogovorjena in se oba partnerja z njo strinjata. Pogosto se dogaja, da je dodelitev vlog znotraj družine drugačna kot navzven in družine v stiku z zunanostjo še vedno poskušajo prikazovati drugačno razdelitev vlog. To je včasih lahko razlog za konflikt in celo nastanek bolezni (3).

Primer: 38-letni računovodja, edinec, ima rad urejeno življenje in mir. Poročen je z ljubečo in odločno poslovodkinjo, s katero imata dva otroka. Žena trenutno edina prehranjuje družino, ker je njegovo podjetje šlo v stečaj. Zaradi tega je prevzel vse gospodinjstvo in z veseljem skrbi za otroke. Zaradi nizkih dohodkov še vedno živijo pri tašči. Ta ga neprikrito zaničuje, ker ni sposoben kot pravi moški poskrbeti za materialno varnost družine in mora njena hči za vse poskrbeti sama. Zaradi tega je ženi nekajkrat potožil, kar je včasih pripeljalo do prepиров, v katerih je on vedno popustil. Tolažbo je začel iskati v alkoholu in sedaj popije na dan tri steklenice piva.

Odnosi med partnerjema

Zakon je tudi za posameznika preizkus, ali je sposoben vzdržati dolgotrajen in čustven odnos. Vsak par se znajde pred preizkušnjo svoje zrelosti in prilagodljivosti, ki jo povzročijo konflikti med potrebami in vlogami posameznih partnerjev.

Poroka je v naši kulturi največkrat rezultat iskanja med osebami podobne starosti in okolja. Teorija »komplementarnosti« trdi, da se morajo psihološke potrebe enega in drugega partnerja ujemati. To pa ne pomeni, da sta oba partnerja tudi emocionalno zrela ali normalna (npr. moški, ki hoče za svojo ženo dominantno mater, in žena, ki hoče za moža podredljivega partnerja, si znata ustvariti zanju sprejemljiv zakon). Pogosto se zgodi, da pride prav na tem področju do nesporazumov: potrebe partnerjev se spreminjajo, lahko so bile napačno razumljene ali pa so v nesorazmerju s sprejemljivimi normami. Rezultati takih nesoglasij se pogosto pokažejo pod mnogimi krinkami kot alkoholizem, depresija, zahteve po uspavalih, poskusi pridobiti zdravnika za zaveznika v zakonskih konfliktih. Zato je dobro, da vemo, kakšna so pričakovanja partnerjev do sebe in drugih. To je zlasti pomembno pri mladih parih, ki šele začenjajo skupno življenje.

Žal se prepogosto dogaja, da konflikti ostajajo nerazrešeni ob rojstvu prvega otroka. Posledica je, da postane otrok močno orožje v dvobojih med partnerjema. Vendar lahko pride do dolgotrajnega premirja, dokler traja vzgoja otroka, služita denar in si ustvarjata kariero. Ko otrok zapusti dom, pa ponovno izbruhnejo z novo silovitostjo stare zamere, ki jih je dolgoletni molk še poslabšal. Zdravnik mora biti pozoren tudi na take vzroke morebitne »involutivne depresije« ali »klimakteričnih težav«.

Družinski miti

Izraz »družinski mit« se je uveljavil za skupino sprejetih stališč o določeni osebi, ki se ne spreminjajo niti takrat, ko je jasno, da niso popolnoma resnični. Pozna jih vsaka družina. Na primer: *V družini odloča oče. Mati je krhkega zdravja. Janez je nezanesljiv.* Taki miti dobro služijo družinam kot izgovor za nekatere odločitve, ki pogosto niso logične. Ker se družinski člani sčasoma spremenijo, npr. otroci odrastejo, se zlasti pri njih večkrat dogaja, da so prisiljeni razbijati mite, kar pogosto povzroča konflikte.

Pogosto so miti povezani z boleznijo, ki je včasih pripisana družinskemu članu, ki sploh ni ogrožen. Druga skrajnost pa je, da je bolezen zanikana pri kom drugem.

V ponazoritev tega nasprotja navajamo pogost primer:

Zdravnik se sreča z materjo, ki pripelje svojo hčerko k zdravniku, in sicer vedno, kadar se njen mož alkoholik napije. Pravi vzrok za njeno zaskrbljenost je možev alkoholizem, ki ga ne zna drugače kaznovati kot tako, da razglasi hčerko (ki je sicer zdrava) za bolno in jo odpelje k zdravniku. Ve namreč, da je mož na hčerko močno navezan in da ga vsaka njena bolezen prizadene. Hčerki je tako pripisan

mit bolehnega dekletca, čeprav je vzrok njene »bolezni« povsem drugje. Če se zdravnik take situacije zave, lahko opredeli pravega bolnika in začne zdraviti njega, ne pa hčerke. Če situacije ne spozna, pri materi in hčerki vzdržuje mit, da je slednja bolna in potrebna zdravljenja. To pa vodi v pogosto obiskovanje ambulante in krepitev prepričanja, da je z dekletcem nekaj narobe.

Tipi družin

Skupina strokovnjakov (4) je v okviru priprav na Mednarodno leto družine objavila študijo o tipih sodobnih družin. Osnova za razvrščanje je bila definicija, da je družina »skupina oseb, ki skrbi za otroke«, oziroma »skupina oseb, ki jo zakonodaja in prakse posameznih držav pripoznajo za družino«. Opredeljujejo jo še trije tipi razmerij – emocionalni, sociokulturni in pravni, po katerih so družine razvrstili v tri skupine:

- jedrne družine, ki se naprej delijo na biološke, socialne, enostarševske in adoptivne;
- razširjene družine: tri- in večgeneracijske, sorodniške, plemenske in poligamne;
- reorganizirane družine: sestavljene, komune, zveze istospolnih partnerjev.

Druga delitev razvršča oblike družinskih skupnosti na tradicionalne in netradicionalne (3). Kot tradicionalni obliki razumemo jedrno in razširjeno družino. Večina družin v Sloveniji je tradicionalna, čeprav se pri nas v zadnjem obdobju rojeva tretjina otrok v netradicionalnih skupnostih.

Tradicionalni tipi družin

Jedrna družina

Ko govorimo o družini, največkrat mislimo na skupnost dveh staršev, ki imata enega ali več otrok (3). Taki družini pravimo tradicionalna **jedrna** oziroma tradicionalna **nuklearna družina**.

Razširjena družina

Družino, kjer ob jedrnih članih živijo še drugi sorodniki (np. stari starši, tete, strici), imenujemo **razširjena družina**. Razširjene ali **večgeneracijske družine** so vse redkejše, pa tudi generacije se povezujejo in ostajajo skupaj iz drugačnih razlogov kot v preteklosti.

Najpogostejša oblika razširjene družine je sobivanje jedrne družine z enim ali dvema starima staršema. Razširjene družine imajo prednosti in pomanjkljivosti, vsekakor pa se v njih zaradi spreminjajočih se družinskih vlog in meja med podsistemi pogosteje pojavijo trenja. Starši, katerih otroci so oblikovali svojo družino, se znajdejo v vlogi starih staršev. Vsebina in odnosi v razširjeni družini so neskončna paleta različic prvih izkušenj ožje družine, ko sta partnerja ohranjala, povečevala ali izgubljala avtonomijo. V primerjavi z jedrno družino je možnih kombinacij v trikotniku veliko več, npr. oče, mati in tast; tast, tašča in eden od vnukov; oče, babica in vnuk ... Za družinsko srečo, ki si jo vsak želi, je treba uskladiti odnose v možnih trikotnikih.

Prednosti razširjene družine so:

- možnost porazdelitve družinskih obveznosti,
- novi odnosi in razširjeno družabno življenje,
- možnost skupnega reševanja težav.

Slabosti razširjene družine so:

- večja možnost vsiljevanja vrednot,
- neusklajenosti pri vzgoji otrok,
- generacijski spori.

Netradicionalni tipi družin

Družina z enim samim staršem

Družina z enim samim staršem (enoroditeljska družina) danes ni več neobičajen pojav, čeprav je naša družba še vedno prežeta s predsodki. V Franciji in Veliki Britaniji se približno 30 % otrok rodi zunaj zakonske zveze, v Sloveniji pa podatek iz leta 1991 pravi, da se je zunaj zakonske zveze rodilo 26,4 % otrok. V skupino enoroditeljskih družin prištevamo **ločene zakonske skupnosti, družine, kjer se partnerja sploh nista poročila ali zaživela v skupnosti**, in tiste, kjer je **eden od zakoncev umrl**. Družino z enim samim staršem navadno oblikujejo vplivi **partnerja, ki ostaja; partnerja, ki je odšel ali umrl, in en ali več otrok**, ki so izgubili stalen stik z enim od staršev. Značilnost večine je, da imajo na samem začetku dramatično ozadje, ki je družini prineslo bodisi veliko olajšanje ali povzročilo globoko bolečino. Seveda se občutja lahko gibljejo tudi med obema skrajnostma, odvisno od vrste razmerja med partnerjema.

Partnerstva brez otrok

Poročene pare in partnerstva brez otrok kot poseben tip družine delimo na dve skupini: v prvi se iz objektivnih in subjektivnih razlogov zavestno odločijo, da (še) ne bodo imeli otrok, v drugi pa si nadvse želijo otroka, a ga iz zdravstvenih razlogov ne morejo imeti. Slednjih je v Sloveniji – podobno kot drugje po svetu – od 10 do 15 %. Zdravnik družinske medicine se zaradi težav s plodnostjo srečujejo predvsem z njimi.

Včasih se v strokovni literaturi pojavlja izraz »dvojice«, ki jih avtorji opredeljujejo kot partnerstva, ki še nimajo (niso imela) otrok, ter partnerstva, pri katerih so se otroci že odselili (5).

Reorganizirane družine

To so družine, kjer vsaj eden od partnerjev ponovno vzpostavlja družinsko skupnost. Nekateri avtorji uporabljajo tudi izraz »dopolnjene družine« (6). V nemškem in angleškem jeziku so ohranili pojme iz vsakdanjega življenja – govorijo o »mačehovskih« družinah (Stieffamilien, stepfamilies). Njihovo število se povečuje. Obstajajo ocene, po katerih v Sloveniji okoli 30 % otrok ne živi več z obema roditeljema, v Nemčiji se število približuje 50 %, v ZDA pa je višje od 50 % (4).

Istospolna partnerstva

Na podlagi raziskav o homoseksualnosti se zdi, da je njena razširjenost v vseh kulturah precej enaka in da se tisočletja ni spreminjala (2). Težko je natančno oceniti, koliko je v posamezni državi istospolnih zvez, saj precej partnerjev svojo nagnjenost skriva. S svojim priznanjem bi (po njihovih navedbah) lahko obremenili družino, prijatelje; strah jih je ožigosanja. Ta je vir stresa, zmedenih reakcij in konfliktnosti istospolno usmerjene populacije. Tudi zdravniki imajo do obravnave istospolno usmerjenih ljudi različna stališča. Nenazadnje je Ameriško zdravniško združenje šele leta 1973 homoseksualnost izbrisalo s seznama duševnih bolezni.

Čeprav se zdi, da je javnost prizanesljivejša kot nekdanj, se nekateri homoseksualci še vedno počutijo krive zaradi svoje spolne usmerjenosti. Včasih svoje občutke prikrivajo za krinko navidezne heteroseksualnosti ali pogostnejšega iskanja zdravniške pomoči.

Sklep

Večino zdravstvenih problemov lahko zdravnik razrešuje, ne da bi področno poznal ustroj in delovanje družine. Pri zapletenih primerih je poznavanje družine ključne-

ga pomena za uspešno delo. Zato naj bi zdravnik družinske medicine poznal formalne sestave družin, da bi vedel, s kakšnimi možnimi težavami se soočajo njihovi člani.

Literatura:

1. Kožuh Novak M, Obersnel-Kveder D, Černič Istenič M, Šircelj V, Vehovar V. Rodnostno vedenje Slovencev. Ljubljana: SAZU, 1998.
2. Saultz JW. Incorporating a family system approach into clinical practice. V: McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB, eds. Family oriented primary care. New York: Springer, 1989: 30–4.
3. Švab I. Družina v zdravju in bolezni. V: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F, eds. Splošna medicina, načela in tehnike. Ljubljana, 1992: Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev.
4. Rener T. Ideologije krize. V: Rener T, Potočnik V, Kozmik V. eds. Družine, različne in enakopravne. Ljubljana: VITRUM, 1995:15–23.
5. Černigoj Sadar N. Nekatere značilnosti kvalitete življenja v različnih družinskih skupnostih. V: Rener T, Potočnik V, Kozmik V. eds. Družine, različne in enakopravne. Ljubljana: VITRUM, 1995: 107–19.
6. Čačinovič Vogrinčič G. Dopolnjene družine. V: Rener T, Potočnik V, Kozmik V. eds. Družine, različne in enakopravne. Ljubljana: VITRUM, 1995:15–23.

DRUŽINSKI CIKLUS

Danica Rotar-Pavlič

Uvod

Zdravnik splošne medicine usklajuje svoje diagnoze in ukrepe ob upoštevanju človekovega razvoja. Simptome in znake, ki jih opaža pri svojih bolnikih, ocenjuje glede na znanje o tem, kaj je normalno v določeni starosti. To je lahko različno na različnih stopnjah človekovega razvoja. Naravni razvoj bolezni je treba primerjati s pričakovanim razvojem posameznika, ki je zbolel. Posameznik se razvija znotraj družine, zato je pomembno poznati način, kako se ta razvija.

Razvoj družine od njenega začetka do konca imenujemo **družinski cikel** (1, 2). Ta je razdeljen na posamezne faze: nastajajočo družino, družino v polni funkciji in odmirajočo družino. Vsaka od njih zastavlja drugačne naloge. Če družini ne uspe izpolniti nalog v enem stadiju, to močno ovira njeno sposobnost, da bi obvladala naloge v naslednjem. Družine, ki zapuščajo eno stopnjo razvoja in se pripravljajo na novo, so zelo občutljive za spremembe. Stresno situacijo (npr. hudo bolezen staršev) bo stabilna družina lahko prenesla. Enak problem v času velikih sprememb lahko pomeni za družinske člane takšno breme, da ga ne zmorejo, in nastopi družinska kriza. Pogosto družinski člani v trenutkih krize iščejo pomoč svojega zdravnika. Včasih družinske težave odkrito priznajo, še pogosteje pa jih prikažejo kot telesne simptome, ki so zdravniku pogosto nerazumljivi.

Razumevanje življenjskega poteka posamezne družine in sočasno razumevanje individualnega razvoja družinskega člana lahko zdravniku pomaga, da oblikuje dobro hipotezo o težavah, ki so bolnika privedli, v ambulanto. Prav to širše razumevanje bolnikovega doživljanja bolezni je značilnost družinske medicine, vodi pa tudi k tvornejšemu bolnikovemu sodelovanju v zdravljenju (3).

Obdobja družinskega ciklusa

Kot vsak posameznik ali vsaka skupnost ima tudi družina svoj **življenjski cikel**, ki je sestavljen iz **obdobij** ali **stopenj**. Tomori (4) jih deli na:

- obdobje začetnega partnerstva,
- obdobje družine s prvorojencem oziroma prihod tretjega člana skupnosti,
- obdobje družine s šolskimi otroki,
- obdobje mladostništva,
- obdobje praznega gnezda.

Švab (5) deli celotni razvoj družine na tri faze:

- nastajajoča družina,
- družina v polni funkciji,
- odmirajoča družina.

Zdravnik si lahko pri svojem delu pomaga tudi z *Zrimškovo* (6) delitvijo:

- obdobje začetne družine dveh mladih ljudi, ki oba izhajata iz svojih družinskih okolij in še čutita pripadnost do njih,
- obdobje nosečnosti in pričakovanja,
- rojstvo prvega otroka in vzpostavitev novih odnosov: otrok–mati, otrok–oče, mati–oče,
- obdobje družine s predšolskimi otroki,
- obdobje družine s šolarji,

- obdobje družine s mladostniki,
- obdobje, ko prvi otrok zapusti družino,
- obdobje praznega gnezda,
- obdobje družine upokojencev, starostnikov in smrti enega od življenjskih tovarišev.

Na prvi pogled se morda zdi, da so takšne delitve umetne in pomenijo že preživete oblike družinskega življenja. S praktičnega stališča pa je delitev na posamezna družinska obdobja smiselna.

Najprej poglejmo, kako posamezno obdobje vpliva na **odprtost družine** (4). V obdobju partnerstva je navadno zelo povezana z okoljem. Krog prijateljev se razširi, neredko je eden od partnerjev še vključen v izobraževalni sistem, pogosta so dogovarjanja o urejanju stanovanjske problematike, potekajo tudi dogovori o delovnem mestu. Družina ima v tem obdobju navadno številne socialne stike. Po rojstvu otroka se ne vzpostavljajo samo novi odnosi v družinskem trikotniku, ampak se začne družina spreminjati tudi v svoji odprtosti navzven. Zaradi otrokovih potreb in spremembe v načinu življenja družine so stiki začasno omejeni, s tem pa je manj tudi zunanjih vplivov. Obdobje, v katerem odraščajo majhni otroci, je čas, ko bi se v družini morala krepiti notranja stabilnost. Nasprotno pa je takšna zaprtost v obdobju mladostništva oziroma v času, ko so skoraj vsi člani odrasli, škodljiva. Takrat namreč zapiranje v domači mir zavira vključevanje najstnikov v širše socialno okolje, kar razvoju mladostnikove osebnosti bolj škodi kot koristi.

Družina z vsakim prehodom preživlja svoje občutljivo obdobje, saj gre za težaven in zahteven proces, ki terja veliko prilagajanja vseh članov. Ni nujno, da so se ti sploh pripravljani prilagajati, saj morajo opustiti že znane, varne in preizkušene vzorce ter se odpraviti na novo, nepoznano in morda težavno pot. Ker se ob prehajanju z ene stopnje na drugo ne spreminja le odprtost družine navzven, je prav, da poznamo tudi druge prilagoditve, ki jih ponavadi doživlja družinska skupnost. Ob prehodih se namreč spreminjajo tudi:

- bližina in odnosi med posameznimi družinskimi člani,
- stopnja odvisnosti in samostojnosti posameznega člana ter njihova samopodoba,
- družinska pravila,
- družinski urnik,
- razporeditev v bivalnem prostoru.

Očitno je, da so družine v obdobjih prehodov precej obremenjene in zahtevajo veliko energije ter prilagajanja (5). Napredovanje z ene razvojne stopnje družinskega ciklusa na drugo je lahko za družino proces zorenja ali pa razgradnje. Ob vseh teh spremembah same družine kot sistema namreč ne smemo spregledati vloge posameznega člana in vplivov širšega socialnega okolja. Prihaja lahko do naslednjih konfliktov:

- Osebni razvoj posameznega člana ni vedno usklajen z razvojno stopnjo družine. Te neskladnosti so lahko prisotne celo pri več družinskih članih (npr. babica, ki je zaradi nege in vzgoje otrok zelo vključena vanjo, začnejo pestiti številne zdravstvene težave, ob tem pa družinski oče pomembno napreduje na delovnem mestu in je pričakovati, da bo veliko odsoten).
- Dodatne obremenitve, ki jih nepričakovano in nepredvidljivo prinaša življenje. Takšno situacijo ponazarjajo npr. prometne nesreče s smrtnim izidom oziroma invalidnostjo enega od družinskih članov, ali pa izguba delovnega mesta. Gre skratka za težje življenjske preizkušnje, ki kot »strela z jasnega« zarežejo v družinsko idilo in otežijo bivanje. Če je družina pri tem v obdobju prehoda, so posledice navadno hujše, zato jih brez podpore in razumevanja širše skupnosti (vrtec, šola, sodelavci drugega partnerja, zdravnik, sosedje, prijatelji ...) težko obvlada.

Za prijetno in nestresno življenje, reševanje vseh naštetih problemov in uspešno »napredovanje« z ene stopnje družinskega kroga na drugo, se morata partnerja najprej naučiti živeti drug z drugim.

Partnerstvo

Za dober partnerski odnos je najprej zelo pomembno, da smo sposobni ljubiti in imeti nekoga radi. Lahko se zgodi, da je eden od partnerjev (ali celo kar oba) še nedorasel okoliščinam, ki jih prinaša partnersko življenje, kar se pozneje kaže z vrsto težav – od ljubosumja in čustvene hladnosti do skrajnih oblik fizičnega in psihičnega nasilja. Zdravnik družinske medicine bo v začetnem obdobju opazoval in spremljal, kako sta partnerja »uglašena«, in bo del časa namenil tudi pogovoru o odnosu med njima.

Nekateri ljudje namreč stopajo v partnersko skupnost povsem nepripravljeni in nepoučeni. Pogosto imajo o življenju v partnerski skupnosti napačne predstave in prevelika pričakovanja. Najbolj nerealne so predstave, da v srečnem partnerskem razmerju ni nesporazumov.

Nesoglasja se porajajo tudi zaradi »dediščine«, ki jo ima vsak partner, t.j. zaradi različnih izkušenj, vrednot in navad, ki jih je prinesel v partnerski odnos. Vsak partner ima svojo osebno preteklost, ki vsebuje vzorce obnašanja v družini, iz katere izhaja. V skupnem bivanju s partnerjem izraža te svoje »korenine« nezavedno; manjši del take dediščine se ubesedi. Zato je nujno, da v pogovorih partnerja opredelita svoj odnos do izvornih družin in dajeta prednost novonastali skupnosti. Ta zakonitost je že zelo stara in prevladuje v številnih šalah o tastih in taščah ter njihovem vplivu (vmešavanju) v odločitve mladih parov.

Iskanje skupnih poti in usklajevanje dveh ljudi, ki sta šele na začetku družinskega cikla, zahteva nemalo časa in truda. Ljudje porabljamo čas za najrazličnejše stvari: za delo, konjičke, obiske, nakupovanje, gledanje televizije, rekreacijo. Koliko časa pa navadno posvetimo svojemu partnerju? Če je odgovor »bolj malo«, bi bilo dobro, da partnerski odnos prestavimo višje na lestvici vrednot. Partnerja naj torej ne čakata, da se bodo pojavile prve težave; raje naj si vsaj občasno posvetita polno pozornost (skupna večerja, okoliščine, podobne prvim zmenkom ...).

Ko razvijata partnerske odnose, naj bi vsak od njiju še naprej razvijal lastno osebnost in je ne popolnoma podredil zahtevam drugega partnerja. Povezava osebnega in družinskega razvoja je pomembna, saj je pogoj za uspeh.

Mladi odrasli ljudje, ki vstopajo v partnerski odnos, redkeje obiščejo zdravnika družinske medicine. Vprašanje o načinu urejanja rojstva je tudi za zdravnika družinske medicine dobra iztočnica za pogovor o partnerskih odnosih. Najbolje bi bilo, da bi se zdravnik z mladim parom pogovoril o odgovornostih, ki jih prinaša starševstvo, in jih prevzemata, ko sta se odločila za skupno življenje, vendar se to pri nas zgodi le redko. Če ju ni poznal še pred skupnim življenjem in jima takrat svetoval o kontracepciji, naj to stori takrat, ko se partnerja prvič oglasita v njegovi ordinaciji.

Nosečnost in pričakovanje

Pred spočetjem bi bilo idealno, da bi se partnerja pogovorila o svojih pričakovanjih o otroku. Nekatera vprašanja (družinske navade, vzgoja otroka) je dobro razčistiti prej, da ne bi prišlo do nesoglasij.

Ko zdravnik razlaga izvid o zanositvi, naj upošteva, da gre za dogodek posebne vrste. Nekaterim parom pomeni potrditev nosečnosti vrhunec mesecev ali celo let načrtovanja, drugim pa ravno nasprotno: novica o prihajajočem starševstvu jih preseneti. Če zaslutimo, da pomeni pozitiven izvid nosečnosti za partnerja stresno situacijo, ponudimo nekaj časa za razmislek in partnerja naročimo čez nekaj dni (5). Še največkrat so v te dogodke v zdravništvu vključeni izbrani ginekologi, zato je

zdravnik družinske ali splošne medicine le »administrator«, ki izdaja potrdila o bolniškem staležu in pošilja dokumentacijo na zdravniško komisijo (ZK) Zavoda za zdravstveno zavarovanje. Občasno izračunava termin poroda, ki ga zahteva ZK, če ga izbrani ginekolog v svojem izvidu ni navedel.

Čeprav smo v medicini pogosto bolj telesno usmerjeni, je prav področje čustvenega sveta tisto, ki ga v dobrem sodelovanju z bolnikom spremlja in ubesedi zdravnik družinske medicine. Med pogovorom v ambulanti bo zato posebej pozoren na posebna stanja in strahove, ki se lahko porajajo pri bodoči materi ali očetu. Prav je, da jih dobro pozna, in v primeru, ko ugotovi obremenjenost partnerjev, o njih spregovori ter jim pojasni, da tudi drugi bodoči starši občutijo enako.

Čustva in razpoloženje nosečnice so lahko naslednja:

- spreminjanje razpoloženja od vzhičenosti do joka in potrtosti,
- bojazen za zdravje otroka,
- skrb zaradi možnih bolečin med porodom,
- odpor do določene vrste pregledov in načina rojevanja,
- nezadovoljstvo zaradi telesnih sprememb.

O čustvenem svetu bodočih očetov se v medicini bolj malo pogovarjamo; njim tudi ni treba redno hoditi h ginekologu. Morda pa bo kdo izmed njih spregovoril o naslednjih občutkih, kot so:

- odrinjenost, ker si ne znajo razložiti, zakaj je partnerka spremenila svoje vedenje,
- neljubljenost in izločenost, če partnerka v tem obdobju izgubi željo po spolnosti,
- negotovost in nezadovoljstvo, ker se partnerka spreminja iz »ljubice« v »mater«.

Rojstvo prvega otroka

Povečanje družine z dveh članov na tri pomeni začetek novih odnosov, za katere v idealiziranem smislu velja, da naj bi starši uživali v novorojenčkovi prisotnosti. Nastane prvi družinski trikotnik, v katerem se vzpostavljenemu odnosu med partnerjema pridružita še povezavi mati–otrok in oče–otrok (2, 5). Sožitje, ki nastane med materjo in otrokom in ki ga mora oče v veliki meri podpirati, je življenjskega pomena. Je prva od mnogih zahtevnih nalog, ki se jih mora par naučiti. V neodvisnost mlade družine lahko v tem obdobju poseže ožje ali širše sorodstvo, ki po eni strani poskuša pomagati novopečenim staršem, po drugi strani pa lahko vsiljuje stare vzorce izvornih družin.

Po porodu otročnico obišče tudi patronažna ali babiška sestra, ki omogoči materi in otroku seznanjanje z osnovno nego novorojenca, mater pa pouči o osebni higieni.

Tedni po otrokovem rojstvu so za starše zaradi dojenčkovih potreb obdobje trdega dela in čas nočnih vstajanj. Mati pogosto izrabi trenutke otrokovega počitka, da zadrema še sama, potem pa spet skrbi zanj. Partnerju se lahko navkljub ponosu zaradi očetovstva zdi, da je odrinjen in izoliran. Dobro bi bilo, da bi zakonca vsaj nekaj trenutkov posvetila drug drugemu in ohranila medsebojno pozornost kljub vse večjim družinskim odgovornostim. Te se začnejo že v nosečnosti in se nadaljujejo ves čas družinskega življenja. Prihodnje zdravje družine je odvisno od tega, kako bo par sposoben opraviti to nalogo.

Kdaj se bo par ponovno odločil za dejavno spolno življenje, je odvisno od obeh partnerjev; navadno se to zgodi v nekaj tednih ali mesecih po porodu. Splošno veljavnega pravila ni. Težave lahko nastopijo, kadar je ženina želja po spolnosti še zmanjšana, njen partner pa v njej kar prekipeva. Prav je, da se partnerja o tem odkrito pogovorita, saj lahko molk vodi do napetosti, ki pozneje razraščajo v vedno večje konflikte.

Še pogostejše so težave v čustvenih odnosih, ker pride do njihove prerazdelitve med materjo, očetom in otrokom. Čustvena navezanost med materjo in otrokom utegne biti za moža boleča in obremenjujoča. Mladi očetje se pogosto počutijo prikrajšane za ljubezen svojih žena, ob tem pa nekateri nimajo nobene možnosti, da bi se zaradi svoje odrinjenosti komu potožili. Teh večinoma zapletenih čustvenih dogajanj zdravnik največkrat ne opazi, saj zaradi njih ljudje ne iščejo zdravniške pomoči.

Pogosti preventivni pregledi otroka dajejo zdravniku idealno priložnost, da oceni uspešnost družine pri izpolnjevanju zahtev na tej razvojni stopnji. Ko starši pripelejo otroka na prvi pregled, lahko ocenimo, kako sta se zakonca zmoгла prilagoditi tej spremembi, o čemer ju tudi povprašamo.

Nanovo razširjena družina mora ponovno izdelati odnose z izvornimi družinami. Tašče in tasti sedaj postanejo babice in dedki in pogosto zahtevajo večjo vlogo v življenju družine. Kot da bi bil novorojenec vstopnica za stara starša, ki sta bila tako dolgo ločena od svojih otrok. Z otrokom se družina ponovno poveže v rodbino, kar ima svoje prednosti in slabosti.

Ko otrok raste, postaja njegova prisotnost gibalo rasti in družinskega razvoja. Zgodnja navezanost se kmalu umakne in prepusti svoje mesto samostojnosti. Zdrava družina je sposobna to rast spodbujati in uživati tudi v prvih malčkovih trmoglavostih. Pri motnjah v družini opažamo, da nekatere matere to doživljajo kot tragedijo in poskušajo otroka še bolj navezati nase. Pogosto se zgodi, da rojstvo drugega otroka sovpade prav s tem obdobjem. Novi dojenček pogosto sproži reakcije ljubosumja pri starejšem bratcu ali sestrici.

Majhni otroci se intenzivno učijo tako, da posnemajo odrasle. Med drugim se navadijo reagirati na bolezen na enak način kot njihovi starši (npr. deklica se bo ob materi, ki jo pogosto boli glava, pritoževala nad glavobolom tudi ob prehladu) (2).

V tem obdobju so obiski v ambulantih pogosti. Otroci zbole vajo največ zaradi navadnih otroških bolezni, prehladov in njihovih zapletov. Starši pogosto ne razumejo, zakaj otrok dobiva vedno ena in ista banalna zdravila, ko pa je vendar pogosto bolan. Pogovor z materjo, v katerem bo lahko izrazila svoje dvome o pravilnosti zdravnikovega dela, pogosto razreši te stiske in prepreči nesoglasja. V tem obdobju pa odkrijemo tudi nekatere resne bolezni: astmo, otroško epilepsijo, sladkorno bolezen, kongenitalne anomalije, ki ob porodu niso bile očitne. Pomembno je paziti na znake ponavljajočih se uroinfektov. Najpogostnejši vzrok smrti otrok v tem obdobju so poškodbe: naključni padci in prometne nesreče. Nanje moramo starše posebej opozoriti, da lahko preprečijo družinsko tragedijo.

Morebitni prehod v vrtec je pomemben mejnik, ki pred otroka postavi problem odnosov do sovrstnikov. Če je edinec, je to prvo srečanje s sebi enakimi pogosto huda obremenitev, ki jo rešuje tudi z zatekanjem v bolezen. Pogosto traja kar nekaj mesecev, preden se otroci navadijo na družbo sovrstnikov.

To je torej tudi obdobje, ko se razvijajo stiki med družino in prvimi ustanovami – zdravstvom, vrtcem in še nekaterimi. Vsa opravila (navajanje na red in čistočo), ponovno poglobljanje stikov z izvornimi družinami ter zahteve zunanjih ustanov silijo družinske člane, da dodatno usklajujejo svoje potrebe in se ponovno opredeljujejo do svojih konjčkov, poklicnega dela ter dodatnih dejavnosti.

Šolarjeva družina

Ko prvi otrok vstopi v šolo, se mora družina soočiti z omejitvami, ki jih ta vnese kot predstavnica širše družbe (5). Družina se mora prilagoditi, da bo lahko sprejela nove spremembe. Za manjšinske družine (etnične, ekonomske, verske) je ta prehod lahko izjemno težaven. Lahko pomeni prvi otrokov stik z ljudmi, ki niso taki kot njegovi starši, oziroma mu je šolsko okolje lahko videti tuje in neprijazno.

Družina ima sedaj vse vloge, ki so potrebne, da bo lahko uspešno vzgajala svoje potomce. V prejšnjih obdobjih je družina prevzemala nove in nove naloge, sedaj pa je poudarek na vzdrževanju obstoječih odnosov. Na tej stopnji zlahka postane usmerjena v vzgojo otrok, hkrati pa partnerja zanemarita kvalitetne medsebojne odnose. Ta nevarnost je toliko večja, ker družina doživlja šolo tudi kot svojo vrednostno oceno. Otrok postane nekakšen »poslanec«, zastopnik, s katerim se družina na nov način preverja v širšem socialnem okolju. Vse bolj zahtevni učni programi in prepotrebne dodatne dejavnosti zahtevajo, da se družinski urnik zelo spremeni. Zato časa za partnerski odnos skorajda ne ostane. V tem razvojnem ciklusu družine je zadovoljnost z zakonom pogosto najnižja.

Šolarji so telesno najbolj zdrava starostna skupina, če kot merilo za zdravje vzamemo umrljivost. Največja grožnja za njihovo življenje so nasilne smrti, predvsem prometne nesreče. Med posamezniki enake kronološke starosti najdemo velike razlike. Z zdravniškega stališča pa je to obdobje pomembno tudi zato, ker se mladi lahko navzamejo negativnih navad, ki jih potem kot tveganje za njihovo zdravje spremljajo vse življenje ali pa usvojijo zdrav način življenja. (5).

Družina mladostnika

Številne družine, v katerih je teklo življenje sorazmerno mirno, se v tem obdobju včasih srečujejo s prav burnim dogajanjem, ki ga lahko povzamemo z naslednjimi značilnostmi:

- mladostnikovo osamosvajanje, upor in kljubovanje,
- ohranjanje ali upadanje duhovne in telesne prožnosti staršev,
- težave v spolnosti (ohranjanje vznemirljive spolnosti, pojav neskladnosti),
- kriza srednjih let.

Mladostnikovo osamosvajanje

To obdobje pomeni prehod iz otroške dobe v odraslo. Je precej daljše od same pubertete (proces pospešenega telesnega razvoja) (2, 5). Obdobje mladostnikovega duševnega dozorevanja (adolescenca) traja še nekaj let potem, ko se telesni razvoj konča, in je odvisno od osebnostnih in socialnih okoliščin. Razvoj osebnosti bodočega odraslega človeka lahko strnemo v pet glavnih področij:

- iskanje lastne identitete,
- spoznavanje svoje spolne vloge,
- osamosvajanje v odnosu do staršev in drugih odraslih,
- utrjevanje položaja med vrstniki,
- razvijanje ustvarjalnosti in odnos do dela.

Adolescentno obdobje je za družino nova preizkušnja. Če je družina do tedaj preživljala mirno obdobje, v katerem je oblikovala svoja načela in razvila svoje estetske, moralne in socialne norme, jo novonastala situacija preseneti. Ločitev od udobnosti otroštva je boleča, zato tudi mladostnik težko zatajuje željo po vrnitvi v varno okrilje. Prav zato izraža svoje neodvisnost tako intenzivno in vihravo. V kratkem času se utegne preleviti iz gorečega idealista v neusmiljenega cinika.

Tudi starši težko prenašajo trganje vezi in nekateri takoj prevzamejo samoobrambni položaj in mladostniku še otežijo osamosvajanje. Drugi starši izkoriščajo vsak otrokov neuspeh, da ga ponovno navežejo nase. Mladostnika ovijajo s čezmernim izražanjem naklonjenosti in ljubezni, vendar je takšna »radodarnost« škodljiva.

V puberteti se otrok ponavadi prvič sam oglasi pri zdravniku. To je obdobje, polno težav. Otrok, ki je bil doslej popolnoma odvisen od svojih staršev, ki so mu zagotavljali varnost in mu nudili avtoriteto, se zdaj trudi, da bi vzpostavil odrasle odnose z osebami okrog sebe. Zaradi tega ni prav, da ga ob obisku v ambulanti, ko prvič pride sam, še naprej tikamo kot tedaj, ko ga je pripeljala mati. Z lastnim vedenjem ob

obisku mu tudi sami damo vedeti, da ga obravnavamo kot odraslega. V tem obdobju imajo mladostniki veliko težav s telesom, ki so za njih zelo resne. Potenje, akne in zardevanje so težave, ki jih zelo motijo. Fantje imajo nočne polucije, zaradi katerih imajo nekateri močne občutke krivde. Velika napaka zdravnika je, če te težave banalizira, ker niso življenjsko ogrožajoče. S tem si zapravi vse možnosti, da bi s svojim bolnikom zgradil kakovosten odnos, ki naj bi trajal dolgo v zrelo obdobje.

Ohranjanje ali upadanje duhovne in telesne prožnosti staršev

Starši ponavadi v tem obdobju opažajo prve znake staranja in marsikateremu se zaradi ugotovitve, da ne morejo več tekmovati z mlajšimi, omaje samozavest. Najlažji prehod v srednja leta je pri tistih, ki so že prej zdravo živeli. Nekateri lahko prevzamejo zdrave življenjske navade, uživajo uravnoteženo hrano, se rekreirajo in nadzorujejo svoje uživanje alkoholnih pijač. Drugi imajo s spremembami velike težave; pritožujejo se zaradi težav z gibalno in večanjem telesne teže. Nekateri moške potrebe napredovanje plešavosti, ker mislijo, da so manj privlačni, zato tudi pri zdravniku iščejo sredstva za ohranjanje las. Nekateri odrasli rešujejo svoje težave tako, da se skušajo približati mladim in prevzamejo njihov način oblačenja, ali pa kupujejo športne avtomobile in motorje.

Zdravnik bo v teh psiholoških težavah najbolj v oporo kot svetovalec. Poudarjal bo pomembnost zdravih življenjskih navad in izvajal ukrepe primarne in sekundarne preventive. Za svetovanje bo izrabil vsako možnost tudi pri kurativnih obiskih.

Težave v spolnosti

Brez sprememb postane vsaka stvar v življenju dolgočasna. Glede tega niti spolnost ni izjema. Kadar se ta prelevi v rutino, so ljubezenske igre parov redkejšje, kar včasih ogrozi celotno razmerje. Zmanjšana želja po spolnosti je lahko tudi posledica nekaterih drugih dejavnikov (7):

- partnerja se ne pogovarjata več o svojih potrebah in jih ne prepoznata,
- partnerjeva nezvestoba.

Pogosto je posledica vseh navedenih motenj zatekanje v bolezen. Zdravnik se zato utegne srečati z enim izmed partnerjev, vendar dejanskih vzrokov za težave ne spozna, saj še vedno velja, da je spolnost tudi v ambulantah tabu tema. Pogosteje se sreča s tem problemom, ko sta partnerja že v ločitvenem postopku. Zelo pomembno je, kako se bo sporazumeval s svojim pacientom, saj se mora izogibati vprašanjem, ki bi lahko izzvali, občutke krivde.

Kriza srednjih let

Srednja leta so v življenju odraslih članov družine čas, ko razmišljajo o doseženih in nedoseženih ciljih. Neugodna bilanca lahko sproži krizo, ki jo spoznanje o minevanju mladostnega videza in spolne vitalnosti še poglobi. Stiske in strahu pred starostjo seveda ne doživljajo vsi, tisti pa, ki so se v njej znašli, izražajo simptome anksioznosti in depresije od blagih do hujših oblik.

Zoževanje družine

Ta stopnja se začne, ko prvi otrok zapusti dom, in se konča, ko ga zapusti zadnji (2, 5). Družina se mora odreči vezem, ki so z odvisnostjo vezale otroke in starše in jih zamenjati z zrelejšimi odnosi medsebojne povezanosti med odraslimi. V tem obdobju naj bi se tudi uspešno razrešil individualni razvoj otrok, ki naj bi našli lastno identiteto in postali odrasli.

Z zmanjšanjem družine pride nujno do drugačne prerazporeditve družinskih odgovornosti. Zakonca morata v tej razvojni stopnji nadaljevati z negovanjem medseboj-

nih odnosov. Ko starševske odgovornosti stopajo v ozadje in otroci drug za drugim zapuščajo družino, v kateri so odrasli, morajo starši razviti ali razširiti svoje interese, da bodo lahko napolnili čas, ki so ga včasih porabili za vzgojo.

Odgovornost staršev do njihovih večinoma še živih staršev postaja v tem času vse večja, saj se zdravje najstarejše generacije neizogibno slabša.

Prazno gnezdo

Odhod otrok pokaže, koliko vsebine je imela partnerska dvojica ob svojem starševskem odnosu v prejšnjih stopnjah ciklusa družine (5). Tisti starši, ki so v prejšnjih obdobjih družinskega življenja opustili vse dejavnosti, ki bi jih osrečevale zunaj družinskega okolja, se praznine nikakor ne morejo navaditi. Temu se nekateri izogonejo tako, da zaradi materialnega stanja še naprej vežejo nase novonastalo mlado družino. Tudi zdravniku, ki jim svetuje, naj mladoporočenca samostojno začneta svojo pot, pa četudi v podnajemniškem stanovanju, ne verjamejo.

Praznino navadno poglobi še upokožitev enega ali obeh partnerjev. Zapustitev delovnega mesta za nekatere pomeni umik iz življenja. Zrelima zakoncema se o preživljanju časa uspe pogovoriti; težava nastane takrat, ko je služba pomenila tudi prostor, kjer se je lahko človek umaknil drugemu partnerju ali enoličnemu domačemu okolju. Upokožitev takrat pogosto pokaže, da sta partnerja drug drugemu napoti. Pogosto zato izrabita tudi blage simptome kroničnih bolezni, ker je slabo voljo lažje opravičiti z boleznijo, kot pa priznati, da sta partnerja že dolgo časa živela drug mimo drugega. Nekateri zakonci v tem času ugotavljajo, da so »bili skupaj« le zaradi otrok in se jim novo okolje zdi skrajno puščobno. Razmišljajo o ločitvi.

V tem obdobju se zdravnik sreča z ljudmi, ki se dotlej nikoli niso oglasili v ambulanti, zdaj pa se javljajo, tudi zaradi krize, ki jo prinašajo zrela leta. Rutinskim pregledom se pridružijo vse pogostejše zdravstvene težave, ki so vse bolj ogrožajoče. Tudi svetovanje ob upokožitvi, redni ali invalidski, je pogosta zdravnikova naloga v tem starostnem obdobju.

Žensko v tem obdobju pesti še menopavza. Če je nanjo pripravljena, jo bo veliko lažje sprejela in jemala kot nekaj naravnega. V veliko pomoč bodo tudi pogovori s prijateljicami. Tiste, ki jih tudi sicer bremenijo težave v partnerskem odnosu (alkoholizem, partnerjeva nezvestoba), bodo simptome menopavze spreminjale v resno bolezensko stanje. Pogosta napaka zdravnikov splošne medicine je, da pacientko s takšnimi težavami, ki so fiziološke narave, obravnavajo kot bolnico in ukrepajo z napatitvami k specialistom ali z zdravili, čeprav to največkrat ni potrebno.

Ostarela družina in izguba partnerja

Ta stopnja se začne, ko gresta oba člana v pokoj, in se neha z njuno smrtjo (5). Glavna naloga tega obdobja je dajanje pomena preostalemu skupnemu življenju. Ostareli par to dosega tako, da še naprej neguje medsebojne odnose. Odnosi z rastočimi otroki in vnuki so pomembno gibalno življenja ostarelih ljudi, prav tako sodelovanje v zunanjih dejavnostih. Ostareli par se mora prilagoditi življenju z znatno manjšimi sposobnostmi. Glavne naloge se vrtijo okrog zagotavljanja finančne varnosti, ki je ostarela starša včasih ne dosežeta, zato lahko postaneta zelo odvisna od svojih odraslih otrok.

Smrt je pogosta tema pogovorov, saj zahteva življenja vse večjega števila prijateljev in sorodnikov. Ni prav, da se zdravnik te teme izogiblje. S smrtjo enega ostane preostali zakonec (običajno žena) v zadnjem stadiju življenja sam.

Res je sicer, da staranje spremlja vrsta sprememb v vseh organskih sistemih, vendar starost ni neizogibno povezana z boleznijo, porušenjem duha in telesa, osamljenostjo, senilnostjo, neproduktivnostjo, togostjo in brezposelnostjo. Naloge zdravnika splošne medicine so pri starostniku manj ambiciozne kot pri mlajših.

Diagnostika za vsako ceno ne sme biti v žarišču odnosa med zdravnikom in bolnikom. Polimorbidnost (2, 5), ki je pri starostnikih pravilo, zahteva, da ugotovimo glavno bolezen in zdravimo predvsem njo. Kompleksnost zdravstvene oskrbe starostnika rada privede v polipragmazijo. Enako pomembno pa je lajšati najhujše simptome in izboljševati zmogljivost. Zdravnik mora pri vsakem bolniku najti ravnovesje med tem, da vsako težavo jemlje za bolezen, ki ji je treba priti do dna, in tem, da za vsako težavo zamahne z roko in reče: »Kaj pa sploh še pričakujete v vaših letih?« Glavni cilj zdravstvenega varstva starostnika je čim dlje vzdrževati funkcijsko sposobnost in neodvisnost.

Kljub zdravstvenim težavam pa tretjega življenjskega obdobja ne smemo preveč medikalizirati. Raziskave namreč kažejo (8), da je družina tista pomembna postavka v življenju starega človeka, pri kateri lahko iščemo vire pomoči. Družina bo tudi v prihodnje ohranjala svojo instrumentalno in psihološko vlogo v starostnem varstvu. Pomembno je, da vse generacije ozaveščamo, kakšen je pomen vzajemnih medgeneracijskih odnosov in do katere stopnje lahko poteka vzajemna medgeneracijska pomoč, ne da bi bil pri tem ogrožen kateri od družinskih članov (8).

Sklep

Zdravniki se pri vsakdanjem delu pogosto srečujemo s simptomi in znaki, ki jih ne znamo dovolj dobro razložiti. Umestitev bolnikovih težav v družinski cikel je pogosto rešitev iz diagnostične zagate in poveča razumevanje skritih povezav.

Literatura:

1. Hennen BK. The family life cycle and anticipatory guidance. V: Shires DB, Hennen BK, Rice DI. Family medicine. New York: McGraw-Hill, 1987: 25–31.
2. Švab I. Družinski cikel. V: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F, eds. Splošna medicina. Načela in tehnike. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1992:
3. McWhinney I, A textbook of Family Medicine, New York: Oxford University Press, 1997: The Family in Health and Disease: 229–57.
4. Tomori M. Knjiga o družini. Ljubljana: EWO, 1994.
5. Švab I. Družinski cikel. V: Švab I, eds. Družina v družinski medicini (Zbirka PIP). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za splošno medicino, 1997: 19–32.
6. Zrimšek D. Principi družinske medicine, družinogram in profil: družinsko in problemsko usmerjena baza podatkov. Radovljica: Didakta, 1994.
7. Walker R. Srednja leta. V: Walker R. Spolnost in medčloveški odnosi. Ljubljana: DZS, 1997: 248–60.
8. Hojnik-Zupanc I. Star človek in družina. V: Rener T, Potočnik V, Kozmik V, eds. Družine, različne in enakopravne. Ljubljana: VITRUM, 1995: 15–23.

DRUŽINA IN BOLEZEN

Janko Kersnik

Družina na svoji poti jadra skozi številne zdravstvene težave svojih članov. Mnogo se jih pojavi zaradi motenj v družinskem delovanju, zato zdravnik družinske medicine pri delu z družinami opravlja naslednje naloge (1):

- Skrbi za ogrožene družine in jim nudi ustrezno podporo.
- Ob resnih boleznih se trudi dati čim bolj izčrpne informacije. Na koncu mora vedno vprašati, ali bi radi še kaj izvedeli.
- Z družino je v času krize, npr. med resno boleznijo, terminalno fazo in žalovanjem.
- Prevzame pobudo, kadar je potrebno (npr. ob odpustu iz bolnišnice). Neumestno je predvidevanje, da bodo ljudje vedno sami vedeli, kdaj morajo poklicati zdravnika.
- Skuša odkriti ogrožene družinske člane, t. i. skrite bolnike.
- Ponudi pomoč, ko je družina v krizi.
- Ne spušča se v vlogo rabsodnika v družinskih prepirih.

Za uspešno izpolnjevanje svojih nalog mora zdravnik družinske medicine poznati vpliv družine na bolezen in obratno, vpliv bolezni na družino.

Vpliv družine na bolezen njenih članov

Družina kot skupnost genetsko podobnih oseb

Večina družinskih članov si je genetsko podobna. Z družinsko anamnezo iščemo predvsem bolezni ožje in širše družine, ki pomenijo večje tveganje za nastanek bolezni (1). Mednje sodijo nekatere rakave bolezni, zgodnja srčno-žilna zboleznost in umrljivost, sladkorna bolezen, zvišan krvni tlak, genetske bolezni idr.

Družina kot skupnost oseb v istem okolju

Prenašanje bolezni

Družina večji del življenja preživi v določenem omejenem okolju, zato jo spremlja večja možnost širjenja bolezni, bodisi nalezljivih ali izhajajočih iz določenega življenjskega sloga (2). Kadar pri posameznem članu ugotovimo določeno nalezljivo bolezen, moramo preveriti tudi zdravstveno stanje preostalih. Med pomembnejšimi boleznimi, kjer je pogosto potrebno tudi zdravljenje preostalih članov, so škrlatinka, črevesne nalezljive bolezni, meningokokne okužbe, garje idr.

Skupni izvor bolezni

Sedeč življenjski slog ter z maščobami in sladkorji obilna prehrana večata verjetnost razvoja kroničnih nenalezljivih bolezni, kot so debelost, hiperlipidemija, hipertenzija, sladkorna bolezen. Tudi okužbe in zastrupitve s hrano in vodo se znotraj družine zaradi skupne priprave in uživanja širijo hitreje.

Vzorec iskanja zdravniške pomoči

Družinski vzorec vedenja med boleznijo se na zunaj najpogosteje kaže z iskanjem pomoči pri zdravniku družinske medicine, ki navadno pri posameznih članih lahko prepozna tovrstni »družinski slog«. Pri tem sta pomembna prag znosnosti in doje-manje resnosti, ki sta značilna za vsako družino posebej. Ko znaki in občutja dose-

žejo raven, ki je bodisi posameznik ali vsa družina ne prenašajo več (presežejo prag znosnosti), »napotijo« svojega »bolnika« na višjo raven – k zdravniku družinske medicine. Bolnikovo vedenje ob bolezni vpliva na odločitev, kaj bo kot posameznik ob storil zaznavi motnje (3).

Vedenje ob bolezni

Družina pomeni »trdnjavo«, v kateri vladajo določene nje lastne zakonitosti. Vplivi širšega okolja vstopajo v družino skozi sito družinskega vrednostnega sistema, ki članom daje določeno zaščito in občutek varnosti. Kadar je moteno zadovoljevanje potreb družinskih članov ali se poruši meja med okoljem in družino, se to pokaže na njihovem zdravstvenem stanju in njihovi sposobnosti skrbeti za bolne člane (2).

Ljudje imajo do svojih zdravstvenih težav zelo raznolik odnos in jim pripisujejo različno težo. Odzivanje na različne hujše dogodke v življenju se pri večini družinskih članov odvija po podobnem vzorcu, ki se pogosto prenaša iz roda v rod. Zdravniki pogosto vidimo družinsko pretiravanje zaradi pogosto banalnih zdravstvenih sprememb.

Na odločanje o načinu reševanja zdravstvenih težav vplivajo številni dejavniki, ki so pogosto iracionalni, zapleteni, zavajajoči in sorazmerno težko ugotovljivi. Posledica tega je, da nekateri ljudje, ki bi jim zdravstvena pomoč koristila, sploh ne poiščejo zdravnika. Odločitev o iskanju zdravstvene pomoči ni vedno v neposredni povezavi z resnostjo bolnikovih občutij in bolezenskih znakov (3).

Družina kot vir bolezni

Družina je pogosto vir bolezni zaradi neizpolnjenih pričakovanj njenih članov. Družinsko življenje in vloge postanejo del rutine, ki ne ustreza razvojni stopnji družine. Posledica tega so neizpolnjena pričakovanja zaradi odnosa z drugimi družinskimi člani ali nezadovoljstva ob neizpolnjevanju svoje vloge v družini.

Odnosi v družini kot vir bolezni

Družina se neprestano razvija. Posamezni člani gojijo do družine in njenih članov pričakovanja, ki pogosto niso izpolnjena. Stopnja izpolnjevanja je odvisna od sposobnosti sporazumevanja in sprotnega reševanja nastalih napetosti. Pretirano ukvarjanje z otroki, beg v delo, odvisnost, različne zaposlitve v prostem času, odsotnost od doma so zgodnji izraz nezadovoljstva z odnosi, ki z leti preraste v naveličanost, rutino in postane vzrok za različne duševne motnje. Tudi v družinah, ki gradijo na dobrih medsebojnih odnosih, se le-ti spreminjajo in potrebujejo stalno prilaganje. Obdobje odraščanja, odhod od doma in upokojevanje tudi v najtrdnjši družini povzročajo krizo, ki jo sama težko prebrodi, ne da bi vsaj en član ne imel zdravstvenih težav.

Nezadovoljstvo z izpolnjevanjem svoje vloge

Med razvojem družine se spreminja tudi vloga njenih članov. Na različni stopnji razvoja mora družinski član prevzeti drugačno vlogo, kot jo je imel dotlej. Ko se poročni obred konča, sta ženska in moški postavljena pred eno najglobljih sprememb v svojem življenju: iz družinskih članov, za katere je doslej skrbel nekdo drug, morata postati odgovorna oskrbovalca prihajajočih novih družinskih članov. Marsikdo se nikoli ne zmore vživeti v novo vlogo in se raje zateče v kakšno odvisnost. Moški nesprijaznjenost s svojo vlogo kažejo z umikom v delo, rekreacijo ali alkoholizem. Ženskam je v našem kulturnem okolju kaj takega nekoliko težje. Sprejeti morajo vlogo uspešne poslovnice, dobre ljubice in najboljše mamice. Večina žensk se na določeni postaji svoje materinske vloge zlomi. Prvi znaki odklanjanja materinstva

se lahko kažejo že med odraščanjem v obliki anoreksije in se nadaljujejo s težavami ob zanositvi. Mnogo pogosteje se nepripravljenost na materinsko vlogo kaže z različnimi paničnimi, anksioznimi in depresivnimi reakcijami in stanji. Preobremenjenost s svojo družinsko vlogo postane očitna pri večjem deležu žensk kot moških, ki iščejo pomoč zdravnika zaradi svojih duševnih stisk.

Vpliv bolezni na družino

Bolezen v družini povzroči stiske, spremeni razdelitev vlog in zahteva več virov (časa, denarja, prostora, opreme). Bolezen lahko družino utrdi ali pa razbije (2). Na njeno odzivanje močno vplivata njeno kulturno in versko ozadje (4). V pretirano zaščitniških družinah, kjer so meje med posameznimi člani zaradi močne povezanosti nejasne, lahko preuranjena vest o resni bolezni povzroči pretirano zanikanje, vendar jih z njo moramo soočiti, da se bo njihovo čustvovanje lahko normalno razvijalo. V razrahljanih družinah brez močnejše čustvene povezanosti lahko bolezen odrine družinske člane še bolj vsaksebi (4).

Družina je še vedno okolje, v katerem so odnosi med ljudmi vzpostavljeni najpogosteje (2). Motnje v družinskem delovanju navadno povzročata skrivnost in z njo povezana »zarota molka« zaradi zakonske nezvestobe, očetove odsotnosti, neuspeha v šoli, odvisnosti (alkoholizma), nasilja, zlorabe in prisotnosti »neprijetne« bolezni (2). Zlasti skrivanje resnice o zdravstvenem stanju določenega člana, ko se družinski člani igrajo slepe miši, pogosto paralizira družino in ji onemogoča izrabiti vse notranje sile za obvladovanje novega stanja (2).

Vpliv na duševno stanje

Na duševno stanje vseh družinskih članov najbolj vplivajo bolezen in drugi vzroki za moteno družinsko delovanje. Vsaka sprememba povzroči krizo, ki jo mora prebroditi posameznik in družina kot celota (4). Duševne motnje se pojavljajo kot prilagoditvene motnje na stres in kot posledica dolgotrajnih psihofizičnih obremenitev zaradi dolgotrajne bolezni. Na zunaj se kažejo kot anksioznost, depresija, motnje čustvovanja, somatoformne motnje, psihosomatične bolezni, panični napadi, samomor in številne oblike vedenjskih motenj (2).

V družini s kroničnim bolnikom moramo zato vedno iskati prikritega bolnika, ki je navadno glavni oskrbovalec nam poznanega bolnika (5).

Sprememba v delovanju družine

Izločitev bolnega

Bolezen spremeni utečeno delovanje družine: zmanjšajo se sredstva za preživljanje, povečajo se stroški, spremeni se urnik in prerazporedijo se vloge. Zlasti pomembna je sprememba vloge za glavnega hranilca ali po hierarhiji najvišjega v družini. Ta se praviloma noče sprijazniti s podrejeno vlogo bolnega, zato pogosto prikriva resnost svojih težav. Bolni je izločen iz igre in njegovo mesto prevzamejo drugi (4).

Zahteve bolnega

Bolnik praviloma postane zahtevnejši do svoje okolice, kot je bil kot zdrav član. Čeprav sam niti ne zahteva večje pozornosti, že sama prisotnost bolnega pritegne večjo pozornost drugih, ki morajo svoje delovanje prilagoditi njemu. Če zboli otrok, mora eden od staršev ostati doma; v tem času ne opravlja svojega rednega dela in se mora odpovedati nekaterim drugim običajnim dejavnostim. Pogovori med člani niso sproščeni zaradi zaskrbljenosti v zvezi z bolnikom in zato, da ga ne bi pretirano vznemirjali.

Umirajoči član družine

V družini z umirajočim članom so potrebe bolnega še veliko bolj dramatične za družinske člane. Oteženo je medsebojno sporazumevanje, ki ga pretirano zanikanje in nezmožnost sprizajznjenja s kruto resnico še bolj otežita.

Skrb za bolnega

V našem okolju skrb za bolnega navadno prevzame družina (5). O zmožnosti oskrbe bolnika v krogu družine poleg njegovega zdravstvenega stanja, zdravljivosti in ozdravljivosti bolezni pomembno vpliva tudi zmožnost družine za prevzem skrbi zanj. Dolgotrajna skrb za bolnega povzroča poleg sprememb v delovanju družine tudi različne duševne motnje pri vseh družinskih članih.

Glavni oskrbovalec

Vsak bolnik zaradi svojega stanja navadno potrebuje oskrbovalca (5). To je oseba, ki prevzame njegovo stalno oskrbo na domu. Oskrbovalec je lahko družinski član, sorodnik, sosed ali kdo drug. Njegova vloga je, da v celoti ali pretežno prevzame nekatera opravila, ki bi jih sicer opravljal bolnik (oskrbovanec) sam: pomoč pri vseh ali nekaterih osnovnih življenjskih dejavnostih, povezovanje z drugimi izvajalci oskrbe in nadzor nad bolnikovim izvajanjem predpisanega zdravljenja, kadar je zaradi bolezni tako prizadet, da tega ne more opravljati sam. Glavni oskrbovalec je najbolj obremenjen družinski član in pri njem se pogosto pojavlja izgorelost. Čeprav v stikih z zdravstveno službo navadno daje vtis gotove, trdne osebe, je prav glavni oskrbovalec pogosto skriti bolnik.

Pomočniki

Glavnemu oskrbovalcu morajo pomagati še drugi družinski člani, sorodniki ali prostovoljci (5). Oskrbovancu in oskrbovalcu nudijo nujno oporo pri posameznih prvinah oskrbe na domu. Zlasti pomembna je družabna podpora v obliki pogovorov in obujanja spominov, ki prispevajo k bolnikovi miselni čilosti. Oskrbovanec, ki ima okoli sebe krog pozornih ljudi, se bo čutil sprejetega in potrebnega kljub temu, da je morda popolnoma betežen in nemočen.

Kadar najožje okolje ne zadošča ali je zdravstvena težava prezapletena, je treba vključiti zunanjo pomoč socialne službe, prostovoljnih organizacij in prostovoljcev.

Zdravstvena oskrba

Oskrbovalci bolnega člana družine prevzamejo tudi del zdravstvene oskrbe: nadziranje jemanja zdravil, spremljanje zdravstvenega stanja in znaten del zdravstvene nege (5). Večji del opravil bremeni glavnega oskrbovalca. Včasih zaradi posebnih izkušenj ali usposobljenosti del odgovornosti prevzame kak drug oskrbovalec. S tem razbremeni zdravstveno službo in zdravstveno oskrbo približa bolniku. Zdravnik družinske medicine obdobjno obiskuje bolnega na domu bodisi na lastno pobudo ali na klic oskrbovalcev. Za izvajanje nekaterih zahtevnejših oblik zdravstvene nege po potrebi vključi tudi patronažno sestro.

Zdravnik v družini

Značilnosti odnosa zdravnika do družine so naslednje (2):

- Sprejemanje družine take, kot je.
- Stalna posredna prisotnost v družini, kar pomeni, da se družina lahko zateče k njemu po pomoč, ko ga najbolj potrebuje.
- Povezanost se kaže s poglobljenimi odnosi med zdravnikom in družinskimi člani (6).

- Vzajemnost odnosov se kaže tako, da se v medsebojnih stikih bogatita in razvijata oba: družina in zdravnik.

Zdravnik družinske medicine kot zunanji pomočnik mora oceniti zmožnosti družine pri reševanju njenih težav in ji pomagati (7, 8):

- da se na ustrezen način seznanj s posameznikovo težavo,
- da bo bolnik težavo umestil v okolje svoje družine, da se bo naučil živeti z njo,
- da se bo naučil reševati jo v okviru svojih zmožnosti.

Zdravnik v tej vlogi nastopa kot zdravilo:

- Njegova vloga katalizatorja učinkuje zdravilno.
- S poslušanjem vseh družinskih članov jim omogoči, da »prezračijo« svoje stiske in se pri tem sprostijo.

Z večjim sporazumevanjem lahko uspešno zmanjša zaskrbljenost in tako pomaga družini, da lažje vključi svoje sile pri spopadanju z lastnimi težavami.

Pri tem se mora zavedati, da vsak ukrep vpliva na posameznega družinskega člana in hkrati na družino (2).

Literatura:

1. McWhiney RI. Beyond diagnosis. An approach to the integration of behavioral science and clinical medicine. *NEJM* 1972; 287: 384–7.
2. Hennen BK. The family as the unit of care. V: Shires DB, Hennen BK, Rice DI eds. *Family medicine. A guidebook for practitioners of the art*. Second edition. New York: McGraw-Hill, 1987: 16–24.
3. Kersnik J. Bolnik in zdravnik pred posvetom. V: Švab I, eds. *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom*. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine, 1995. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995: 7–16.
4. Aguilera DC. Crisis intervention. Theory and methodology. Seventh edition. Baltimore: Mosby, 1994: 1–333.
5. Kersnik J. Kaj moramo poizvedeti na hišnem obisku pri starostniku. *Zdrav Var*, 1997; 36: 303–8.
6. Kersnik J. Sodelovanje med bolnikom in zdravnikom. V: Švab I, eds. *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom*. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine 1995. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995: 33–40.
7. Švab I. Družina v zdravju in bolezni. V: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F, eds. *Splošna medicina. Načela in tehnike*. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1992: 62–71.
8. Kersnik J. Ocenjevanje družine na hišnem obisku. V: Švab I, eds. *Družina v družinski medicini*. Zbornik 14. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Zbirka PiP. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino, 1997: 43–60.

Priporočena literatura:

1. Shires DB, Hennen BK, Rice DI. *Family medicine. A guidebook for practitioners of the art*. Second edition. New York: McGraw-Hill, 1987.
2. Tomori M. *Knjiga o družini*. Ljubljana: EWO, 1994.
3. Švab I, eds. *Družina v družinski medicini*. Zbornik 14. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Zbirka PiP. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino, 1997.

OCENJEVANJE DRUŽINE

Janko Kersnik

Družina kot temeljna celica večine sodobnih družb igra pomembno vlogo pri nastanku in obravnavi bolezni, zato je naloga zdravnika družinske medicine, da oceni njeno delovanje in jo obravnava v celoti ali le njenega posameznega člana. Ocena združuje sistematično zbiranje, urejanje in uporabo podatkov o družini. Zdravniku pomaga razumeti zdravstvene težave v določeni družini in njen način, kako jih sama rešuje pri svojih članih oziroma načrtuje njihovo oskrbo, kadar potrebujejo pomoč drugega družinskega člana. Pri tem si pomaga s prostim opazovanjem, strukturiranim zapisom družinskega drevesa, risanjem družinskega kroga, izpolnjevanjem družinskega APGAR-ja in z drugimi pomagali.

Opazovanje družine

Zdravnik družinske medicine mora izrabiti vsak stik s posamezniki in še posebej s celotno družino za ugotavljanje lastnosti in posebnosti, ki bi mu utegnile pomagati pri obravnavi družinskih članov (1). Opazovanje družine in pogovori s posameznimi člani mu pomagajo ustvariti sliko in neredko odgovoriti na tri bistvena vprašanja (2, 3):

- Kaj (kdo) v družini dobro vpliva na zdravstveno stanje posameznika in celotne družine?
- Kaj (kdo) v družini slabo vpliva na zdravstveno stanje posameznika in vse družine?
- Kakšno vlogo imajo posamezni člani, kakšna je njihova medsebojna povezanost (neprenašanje) in kdo je glavni oskrbovalec bolnega (ali potencialno bolnega) člana?

Zdravnikova ocena je seveda obarvana subjektivno in jo je težko ponoviti. Pomembna pomanjkljivost različnih meril za ocenjevanje družine je, da pretežno slonijo na mnenju enega izmed družinskih članov. Prosto opazovanje pa ima prednost, da lahko zdravnik opazuje družinske člane tudi med »igranjem« njihovih vsakdanjih vlog v družini. Tako je mogoče veliko lažje oceniti delovanje družine in medosebne odnose.

Tabela 1 lahko služi kot opomnik, na katera vprašanja želi zdravnik dobiti odgovore, če hoče obravnavati problem, za katerega meni, da je njegov vzrok v družini (4).

Tabela 1.

Priporočena vprašanja za preverjanje delovanja družine

1. Koliko je družinskih članov?
2. Kdo živi v družini?
3. Na kateri stopnji družinskega ciklusa je družina?
4. Kakšne probleme jim povzroča ta stopnja?
5. Kakšne stresne obremenitve je družina preživela v preteklosti (smrti, ločitve, finančne krize ipd.)?
6. Ali je družina te stresne okoliščine zadovoljivo rešila?
7. Ali obstajajo v družinski anamnezi alkoholizem, pretirano jemanje zdravil, delinkvenca?
8. Kdo ima v družini glavno besedo in kako sprejemajo pomembne odločitve?
9. Kaj vsak od staršev pričakuje od posameznega otroka (vsakodnevne dolžnosti in prihodnja pričakovanja)?
10. Kaj vsak otrok pričakuje od posameznega starša?
11. Ali so ta pričakovanja realna?

12. Kaj mora vsak od družinskih članov storiti, da bi si pridobil pozornost?
 13. Kolikšna je strpnost do različnih interesov v družini?
 14. Kakšni so cilji, interesi in vrednosti v družini?
 15. Ali vsi družinski člani sodelujejo pri doseganju teh ciljev?
 16. Kakšna je izobrazba staršev in kakšno je finančno stanje družine?
 17. Ali so sorodniki družini v pomoč? Ali jim povzročajo težave?
 18. Ali imajo družinski člani veliko prijateljev?
 19. Kako pogosto družinski člani uporabljajo zdravstveno službo?
 20. Je način njene uporabe smotrni ali ne?
-

Bolnik v ambulanti

V našem okolju je posvet v ambulanti prevladujoča oblika stikov med bolnikom in zdravnikom družinske medicine. Čeprav dela v časovni stiski in nima vpogleda v bolnikovo domače okolje, zdravnik tudi v takih okoliščinah lahko najde kazalce močnega družinskega delovanja; vendarle si bo lahko v družinsko drevo vrisal bistvene podatke in ugotovil povezanost med posameznimi družinskimi člani. Oceni pogostnost obiskov in slabo opredeljene težave, ki so največkrat zelo številne (1, 5).

Hišni obisk

Hišni obisk je poleg srečanj ob bolnišnični postelji ena redkih priložnosti, ko ima zdravnik družinske medicine možnost, da se sreča z vsemi ali vsaj večino družinskih članov hkrati. Dodatna prednost hišnega obiska je »naravnost« družinskega okolja (6, 7).

Bolnik ali družina pokličeta zdravnika takrat, ko se je ravnovesje v njihovem družinskem sistemu porušilo do tolikšne mere, da čutijo potrebo po zunanjem posredovanju. Družina je nastalo neravnovesje zaznala in ga morala priznati tudi navzven. Zdravnik družinske medicine je v našem kulturnem okolju za družino sprejemljiv zunanji posrednik, zato želja po hišnem obisku pomeni tudi obliko klica na pomoč (8). Hišni obisk ponuja zdravniku družinske medicine izjemno možnost za opazovanje delovanja družine. Spozna jo v stanju, ki ga pogosto imenujemo »družinska igra«. To je obdobje, ko družinski člani opravljajo utečene družinske vloge, ne da bi zaradi vdora tujca (zdravnika) pravzaprav morali igrati igro za zunanji svet. Z neposrednim opazovanjem družine v tem manj »previdnem« obdobju se zdravniku ponuja izjemna priložnost za zaznavanje motenj v družinskem delovanju.

Družinska medicina pripisuje hišnim obiskom poseben pomen iz več razlogov (7). Eden najpomembnejših izidov hišnega obiska je ocena družine in njenega delovanja, ki jo je mogoče narediti le z neposrednim opazovanjem med obiskom na domu (9). Vsak bolnik živi v svojem svetu vrednot, želja in pričakovanj, obdan z neposrednim družinskim in širšim delovnim in družbenim okoljem. Zato lahko zdravnik na hišnem obisku še bolj kot v ambulanti poleg zdravstvenega stanja spoznava širši družbeni okvir bolezni.

Zdravnik vstopa v družino kot začasni družinski član. Njegova vstopnica v družino je bolezen družinskega člana (6). Zaradi začasnosti svoje pripadnosti določeni družini lahko ohrani potrebno razdaljo, s katere ocenjuje družinski ustroj, delovanje in stopnjo v družinskem ciklusu. Kljub temu ne more ostati popolnoma neprizadet, prav tako se pod vplivom njegove prisotnosti spreminja tudi družina. Na hišnem obisku se še bolj kot v drugih oblikah stikov zdravnika z bolniki uresničuje podmena, da že zdravnik sam deluje kot zdravilo.

Različne oblike hišnih obiskov opravljamo v stanju različne zdravstvene prizadetosti bolnika in družine ali obeh. To ima za posledico tudi različne možnosti za opazovanje družine.

- Med nujnim hišnim obiskom ostaja le malo časa za opazovanje preostalih članov družine in oceno celotnega družinskega stanja. Zanima nas predvsem trenutna zmožnost vključevanja članov družine v reševanje nastale težave.
- Hišni obisk pri novonastali bolezni zahteva od zdravnika skrbno obravnavo. Poleg reševanja strokovnih vprašanj je pomembno ugotoviti zmožnost neposrednega bolnikovega okolja za oskrbo na domu. Med kontrolnim pregledom zdravnik preverja, ali se dejanske razmere v družini ujemajo z njegovimi pričakovanji.
- Med zdravljenjem na domu zdravnik:
 - Spremlja družino v času oskrbe.
 - Preverja psihofizično stanje oskrbovalcev, zlasti glavnega med njimi.
 - Ugotavlja spremembe v zdravstvenem stanju in zmožnosti okolja za oskrbo pri spremenjenem zdravstvenem stanju.
 - Spodbuja oskrbovanca in oskrbovalce.
 - Posreduje, kadar pride do iztirjenja ravnovesja.

Kljub številnim možnostim opazovanja družine je morda najpomembneje to, da se mora zdravnik najprej zavedati izjemne prilagoditve, ki mu jo daje obisk družine v njenem najbolj ranljivem obdobju – med boleznijo, v za družino najbolj naravnem okolju – doma.

Spoznavanje družinskih zakonitosti na hišnem obisku

Zdravnik naj bi na hišnem obisku proučil (6, 7):

- ustroj družine (število in imena, kje živijo, vlogo posameznih družinskih članov, njihove bolezni, pomembne dogodke v družini, izobrazbo, zaposlitev, finančno stanje);
- delovanje družine (ali delajo in živijo z enakimi cilji, kdo živi v skupnem gospodinjstvu, povezanost in odbojnost med družinskimi člani, vpliv sorodnikov, povezanost z okolico, krog prijateljev in znancev);
- v katerem delu družinskega ciklusa se nahaja družina (kakšne težave imajo zaradi tega);
- vpliv družine na zdravstveno stanje posameznih družinskih članov;
- vpliv bolezni na družino (samopomoč, slog uporabe zdravstvene službe);
- vlogo in naloge posameznih članov (predvsem to, kdo je glavni oskrbovalec v primeru bolezni, kdo sprejema odločitve).

Oborožen s temi podatki bo lažje odločal o reševanju trenutnih psihosocialnosomatičnih težav in si oblikoval podobo družine za prihodnja ukrepanja.

Družinsko drevo

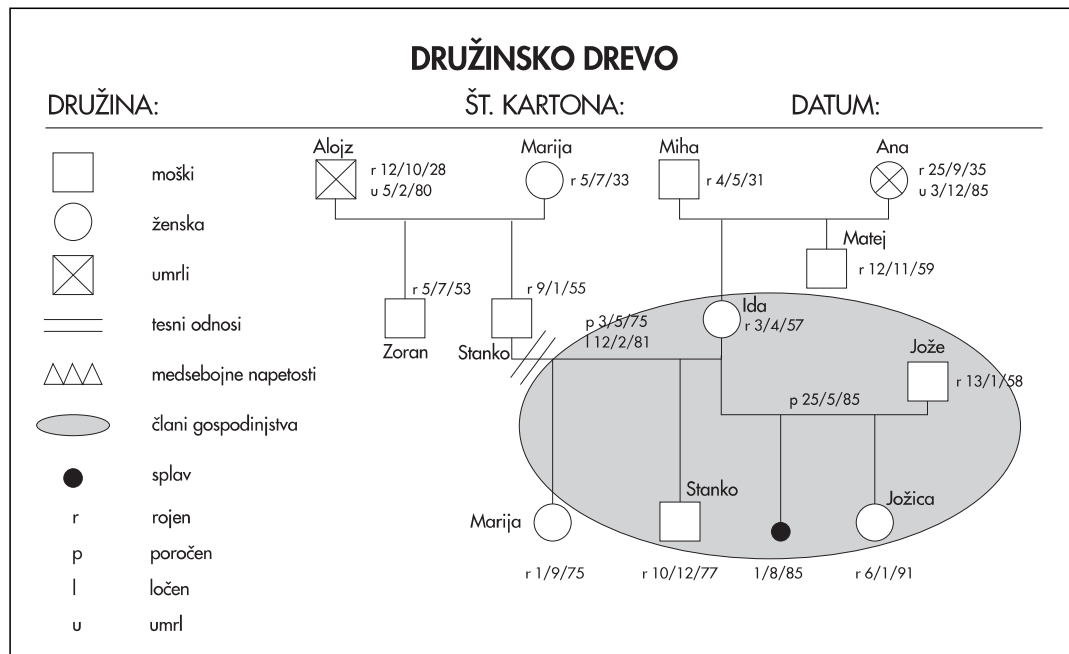
Družinsko drevo (angl. genogram) je ob uporabi standardiziranih znakov zanesljiv slikovni prikaz družinskega ustroja in delovanja (slika 1) (7, 9, 10). Zdravniku omogoča, da shrani z opazovanjem podatke zbrane v enotno obliko, ki jo lahko s pridom uporabi tudi čez čas. Podatki so razumljivi tudi drugim zdravnikom ali sodelavcem, ko obravnavajo družino.

Družinsko drevo ponazarja družinske člane, njihove sorodnike, povezave med njimi, odnose in pomembne dogodke (npr. smrt, ločitev, odhod otrok od doma) ter bolezni, ki nas zanimajo zaradi dednosti (npr. podedovana hiperholesterolemija), njihovega prenašanja med člani družine (npr. klicenosec) ali vpliva družinskih navad (npr. debelost).

Družinsko drevo lahko zdravniku pomaga sestavljati eden izmed njenih članov. Dopolnjuje ga s podatki preostalih članov, lastnim opazovanjem in podatki patronažne sestre ali socialnega delavca.

Slika 1.

Primer družinskega drevesa, kjer je mati ločena in drugič poročena. V družini živi tudi otrok iz prvega zakona. V drugem zakonu se je po enem splavu rodila deklica. Ob prikazanih odnosih si lahko predstavljamo možne zdravstvene težave, ki se pri tem porajajo pri posameznih družinskih članih.



Družinski krog

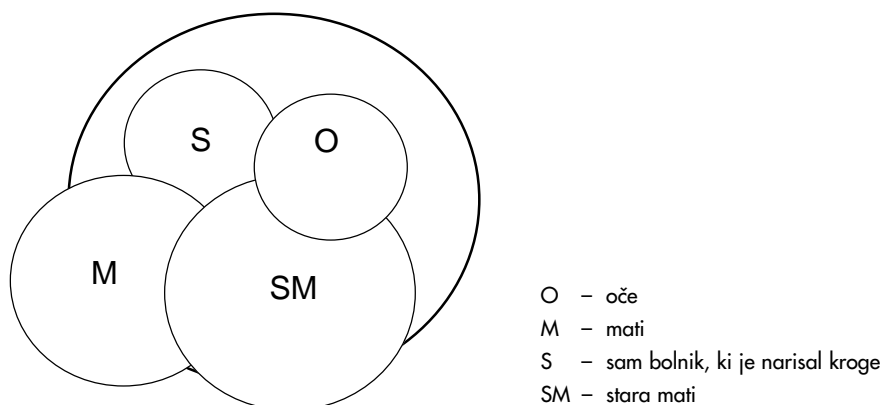
Družinski krog je slikovni način ugotavljanja družinskih odnosov, ki ga zdravnik opravi pri posameznem članu. Iz rezultatov sklepa na njegov odnos do drugih družinskih članov.

Družinski zdravnik nariše večji krog in da bolniku navodila: *Kot družinskega zdravnika me zanimate vi, vaša družina in vse, kar vam je pomembno. Ta krog naj vam pomeni vašo današnjo družino. Z manjšimi krogi narišite sebe in vse ljudi v družini ter vse druge, ki so vam pomembni. Ljudje so lahko v krogu ali zunaj njega, se medsebojno stikajo ali pa so daleč narazen. Lahko so veliki ali majhni – odvisno od njihovega pomena ali vpliva. Če so še kateri drugi ljudje v vašem življenju pomembni za vas, jih vključite v risbo. Vsak krog označite z začetnicami imena. Ni niti pravih niti napačnih krogov.*

Bolnik nariše v krog, ki predstavlja družino, manjše kroge, ki predstavljajo njega, druge družinske in nedružinske člane, ki se vpletajo v delovanje družine (9, 10, 11). Vrisani manjši krogi so lahko v večjem krogu ali zunaj njega, se ga dotikajo, ali pa ne (slika 2).

Slika 2.

Družinski krog: v večji krog, ki ga nariše zdravnik, mora bolnik vrisati družinske člane z manjšimi krogi, ki so lahko v njem ali tudi zunaj njega.



Bolnik nato sliko razloži. Na podlagi razlage zdravnik oceni odnose v družini. Metoda je težko standardizirati, zato jo drugi zdravnik brez razlage težko uporabi.

Družinski APGAR

Družinski APGAR je standardiziran vprašalnik o družinskem delovanju (APGAR I) in podporni vlogi družine (APGAR II). Izraz družinski APGAR nastane iz začetnic angleških besed (**a**daptacija/prilagoditev, **p**artnership/partnerstvo, **g**rowth/razvoj družine, **a**fekcija/čustvena sprejetost, **r**esolution/rešitev). Pet družinskih dejavnosti ocenimo z 0, 1 ali 2. Normalno delovanje družine prinaša od 8 do 10 točk, moteno delovanje od 4 do 7, močno moteno družinsko delovanje pa od 0 do 3 točke. Družinski APGAR I (slika 3) pomaga ugotoviti bolnikovo zadovoljstvo z družinsko vlogo, odgovori v družinskem APGAR-ju II (slika 5), ki ga lahko imenujemo tudi prijateljski APGAR, pa poudarjajo bolnikov odnos s posameznimi družinskimi člani ali drugimi osebami, ki so mu v oporo. Zdravnik lahko spozna osebe, ki jih lahko vključi v podporo, kadar je potrebno (10).

Slika 3.

Prvi del standardiziranega vprašalnika družinski APGAR služi za oceno delovanja bolnikove družine, kot ga vidi anketirani bolnik. Ocenjujemo s točkami: skoraj vedno – 2, včasih – 1 in nikoli – 0. Seštevek 8 do 10 točk govori za normalno, 4 do 7 za moteno in 1 do 3 za močno moteno delovanje družine (prirejeno po 11).

DRUŽINSKI APGAR I			
Pri vsakem vprašanju obkrožite samo en odgovor!	Skoraj vedno	Včasih	Skoraj nikoli
Zadovoljen/a sem, da se lahko obrnem na družino po pomoč, kadar me kaj teži.			
Zadovoljen/a sem z načinom, kako moja družina govori o zadevah z mano in kako deli probleme z mano.			
Zadovoljen/a sem, da moja družina sprejme in podpira moje želje, da se oprimem novih dejavnosti in usmeritev.			
Zadovoljen/a sem, kako moja družina izraža naklonjenost in kako odgovarja na moja čustva, kot so žalost, jeza in ljubezen.			
Zadovoljen/a sem z načinom, kako preživljam čas s svojo družino.			

Vprašalnik je bil sestavljen tako, da nam pomaga bolje razumeti vas in vašo družino. Če želite, vam lahko razložimo vsako posamezno vprašanje. V pripombah lahko navedete dodatne podatke ali pripombe na vprašanja. Prosimo, poskusite odgovoriti na vsa vprašanja.

Družina so osebe, s katerimi navadno živite. Če živite sami, potem so vaša družina tisti, s katerimi vas vežejo močnejše čustvene vezi.

Slika 4.

Drugi del standardiziranega vprašalnika družinski APGAR pove, katere osebe v bolnikovi družini ali v njegovi okolici nam lahko pomagajo, kadar je pomoč potrebna (prirejeno po 11).

DRUŽINSKI APGAR II						
Ime	Sorodstvo	Starost	Spol	RAZUMEVANJE		
				Dobro	Še kar	Slabo

Kdo živi pri vas doma (dom je tisti kraj, kjer živite vi z vašim soprogom/soprogo, otroki, partnerjem, starši, prijateljem)? Vpišite imena teh oseb in sorodstveno razmerje z vami (partner /neporočen/, soprog/a, otrok, starši, stari starši).

Ime	Sorodstvo	Starost	Spol	RAZUMEVANJE		
				Dobro	Še kar	Slabo

Če ne živite s svojo družino, vpišite osebe, na katere se najpogosteje obrnete po pomoč. Vpišite njihova imena in razmerje z vami (družinski član, prijatelj, sodelavec, sosed). V stolpcih *razumevanje* označite samo en predalček od treh možnih, ki najbolj ustreza odnosu, kako se razumete z osebo, ki ste jo vpisali.

Razvili so še številne druge vprašalnike, ki pa jih je pri vsakdanjem delu zaradi dolžine pogosto težko uporabljati. Zato se razen pri raziskovalnem delu niso uveljavili. Prosto opazovanje tako še naprej ostaja najpomembnejša metoda za zbiranje podatkov o družini.

Ocena možnosti oskrbe bolnika na domu

Kadar je v družini bolnik, za katerega bodo morali delno ali v celoti skrbeti drugi, mora zdravnik oceniti možnosti neposrednega okolja za oskrbo bolnika na domu.

Ocena zmožnosti neposrednega okolja za oskrbo bolnika na domu

Najpomembnejša je ocena zmožnosti neposrednega okolja za oskrbo na domu (9):

- Vsak bolnik zaradi svojega stanja navadno potrebuje oskrbovalca. To je oseba, ki prevzame stalno skrb za njegovo oskrbo na domu. Oskrbovalec je lahko član družine, sorodnik, sosed ali kdo drug. Njegova naloga je, da v celoti ali pretežno prevzame nekatera opravila, ki bi jih sicer opravljal bolnik (oskrbovanec) sam: pomoč pri vseh ali nekaterih osnovnih življenjskih dejavnostih, povezovanje z drugimi izvajalci oskrbe in nadzor nad bolnikovim izvajanjem predpisane zdravilne terapije, kadar je zaradi bolezni tako prizadet, da tega ne zmore opravljati sam.
- Glavnemu oskrbovalcu morajo pomagati še drugi člani družine, sorodstva ali prostovoljci. Oskrbovancu in oskrbovalcu so v nujno oporo pri posameznih prvinah oskrbe na domu. Zlasti je pomembna družabna podpora v obliki pogovorov in obujanja spominov, ki prispevajo k bolnikovi miselni čilosti. Oskrbovanec, ki ima okoli sebe krog pozornih ljudi, se bo čutil sprejetega in potrebnega kljub temu, da je morda popolnoma betežen in nemočen.
- Kadar je najožje okolje nezadostno ali kadar je zdravstvena težava prezapletena, je treba oceniti tudi možnosti zunanje pomoči, ki jo vodijo socialna služba, prostovoljne organizacije in prostovoljci.

Pri ugotavljanju zmožnosti bolnikovega okolja si lahko pomagamo s preprosto tabelo (tabela 2). Potreben je dober pregled nad celotno oskrbo. Zelo pomembna, vendar žal pogosto zanemarjena je družabnostna podpora, ki jo potrebuje bolnik. Kljub številnim možnostim različnih prostovoljcev je še vedno najpomembnejši prispevek oskrbovančeve družine. Če slednja odpove na tem področju, njene vloge ne more nadomestiti nihče drug. Bolni član družine (zlasti bolnik) bo kljub najboljši možni zdravstveni oskrbi in tehnično dovršeni oskrbi, ki jo nudijo oskrbovalec in njegovi pomočniki prej ali slej pristal v domu starejših občanov. Zato je poleg oskrbovalčeve skrbi in psihološke podpore pomembno tudi delo z družino, da bo zmogla svojo naravno nalogo: sprejeti medse bolnika in mu to tudi pokazati, tako da se bo počutil sprejetega.

Tabela 2.

Tabela za preverjanje zmožnosti okolja za oskrbo na domu

	Prehrana	Osebna nega	Družabnost	Zdravljenje	Nadzor*
DA/NE					
oseba					

* Stalen nadzor je nujno potreben samo pri močno telesno ali duševno oslabeledih.

Zdravnik ali patronažna sestra si z njo pomagata pri preverjanju, ali ima bolnik urejeno prehrano, osebno nego in oblačenje, izvajanje predpisanega zdravljenja, primerno družabnostno podporo in ustrezen (stalen) nadzor, kadar je telesno ali duševno tako oslabeled, da tak nadzor potrebuje. Pri vsaki dejavnosti si zdravnik zapiše tudi ključnega oskrbovalca.

Ocena možnosti zdravstvene oskrbe na domu

Ko zdravnik oceni bolnikovo zdravstveno stanje in okoljske možnosti za sprejem bolnika doma, mora oceniti tudi možnosti nudenja zdravstvene oskrbe na domu (9). Izvedljivost zdravljenja na domu je lahko vprašljiva, kadar je njegov zdravnik družinske medicine dalj časa odsoten in tudi v določenih organizacijskih okoliščinah, ki ne spodbujajo hišnih obiskov ali jih celo zavirajo. Oceniti moramo tudi možnost sodelovanja patronažne sestre pri zdravljenju na domu, ki povezuje zdravniško in socialno oskrbo. Zdravstveno nego pretežno opravljajo patronažne sestre, zato mora zdravnik pred njihovo vključitvijo natančno poznati njihove možnosti in poti sporočanja med posameznimi izvajalci.

Znaten del zdravstvene oskrbe (nadzorovanje jemanja zdravil, spremljanje zdravstvenega stanja) in znaten del zdravstvene nege lahko (in ponavadi tudi je tako) prevzame navadno glavni oskrbovalec. Včasih zaradi posebnih izkušenj ali usposobljenosti ta del odgovornosti prevzame kak drug oskrbovalec. S tem razbremeni zdravstveno službo in zdravstveno oskrbo približa bolniku.

Sklep

Zdravnik družinske medicine mora izrabiti vsak stik za dopolnjevanje podobe o družini določenega bolnika. Raziskovalci so razvili številne metode, vendar se mora zdravnik zanesti predvsem na svojo moč opazovanja. Podatki, zbrani v družinskem drevesu, ki naj bi postal stalna sestavina zdravstvenega kartona v družinski medicini, mu omogočajo boljši pregled nad ustrojem in delovanjem določene družine. V obilici dela ni mogoče podrobno spoznati vsake družine, kar pa niti ni nujno. Zbiranje podatkov o družini naj ne bo samo sebi namen. Podatki o družini morajo zdravniku olajšati diagnostiko zdravstvenih težav posameznih družinskih članov in načrtovanje njihovega zdravljenja. Zdravnik družinske medicine se mora še posebej zanimati za podatke družin, kjer iz drugih kazalcev (somatizacija, psihosocialne težave, pogosti obiskovalci, pogosto bolni otroci, pogosta odsotnost z dela idr.) lahko sklepa na moteno delovanje družine.

Literatura:

1. Švab I, Kersnik J. Vsebina posveta v ambulanti. V: Švab I, ur. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. Zbornik. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine 1995. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995:25–32.
2. Saultz JW. Incorporating a family sistem approach into clinical practice. V: McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Family oriented primary care. New York: Springer Verlag, 1989: 30–4.
3. Švab I, Kersnik J. Družinska medicina in družina. V: Švab I, ur. Družina v družinski medicini. Zbornik 14. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Zbirka PiP. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino, 1997: 1–18.

4. Kersnik J. Ocenjevanje družine na hišnem obisku. V: Švab I, ur. Družina v družinski medicini. Zbornik 14. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Zbirka PiP. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino, 1997: 43–60.
5. Kersnik J. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v ambulantni zdravnik splošne medicine in v dežurni ambulant. V: Brinšek B, Stamos V, uredniki. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji. Zbornik predavanj. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1996: 92–104.
6. Urlep F. Hišni obisk. V: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F, uredniki. Splošna medicina. Načela in tehnike. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1992: 133–9.
7. Kersnik J, Švab I. Hišni obisk. Med Razgl, 1996; 35: 397–403.
8. Šučur M, Šučur Ž. Kučni poseti, liječenje, rehabilitacija, njega i pomoć u kući. V: Budak A, ur. Organizacija rada i iskustva iz prakse opće medicine. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, 1990: 119–36.
9. Kersnik J. Kaj moramo poizvedeti na hišnem obisku pri starostniku. Zdrav Var, 1997; 36: 303–8.
10. Smilkstein G. Assesment of family function. V: Taylor RB. Family medicine. New York: Springer Verlag, 1983: 74–84.
11. Kersnik J. Problemsko usmerjena dokumentacija v splošni medicini. Med Razgl, 1994; 33: 223–240.

Priporočena literatura:

1. Kersnik J. Ocenjevanje družine na hišnem obisku. V: Švab I, ur. Družina v družinski medicini. Zbornik 14. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Zbirka PiP. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino, 1997: 43–60.
2. Smilkstein G. Assesment of family function. V: Taylor RB. Family medicine. New York: Springer Verlag, 1983: 74–84.

DRUŽINA IN KRONIČNI BOLNIK

Nena Kočavar-Guček

Beatus ille homo qui sedet in sua domo.

(latinski pregovor)

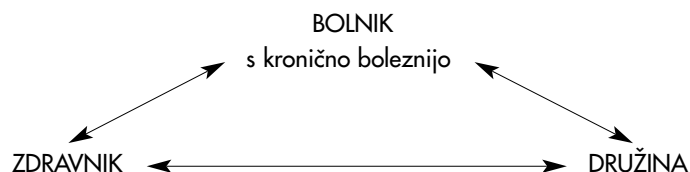
Uvod

Glede na svojo osnovno značilnost – trajanje – vpliva kronična bolezen ne le na bolnikovo življenje, temveč tudi na življenje njegovih bližnjih. Pogosti stiki z bolnikom in poznavanje njegove družine omogočajo družinskemu zdravniku, da predvidi, omili ali celo prepreči posledice kronične bolezni za njene člane. Vsaka družina ima svoje poglede na to, kaj je bolezen in kakšen je primeren odnos do nje. Odnos med družino in kronično boleznijo je dvosmeren: kronična bolezen vpliva na družino in ta s svojimi značilnostmi prav tako na pojav in potek kronične bolezni. Bolezen enega družinskega člana je preizkušnja zrelosti vseh in družinskega sistema v celoti. Vključevanje in upoštevanje družine (če v tem pojmu povezujemo osebe, ki so človeku emocionalno in bivanjsko pomembne in sestavljajo osnovni socialni sistem, v katerem živi) ni zanikanje posameznika ali zavračanje njegove individualnosti, temveč je razširitev dimenzij, v katerih ga vidimo in pojmujeemo njegovo življenjsko stvarnost (1).

Družina lahko odločilno vpliva na potek bolezni in zdravljenja, na bolnikovo vedanje in sodelovanje v procesu diagnostike in terapije, s tem pa tudi na končni izid strokovnih prizadevanj.

Kronični bolnik, njegova družina in bolnik sestavljajo triado, ki je v vseh fazah kronične bolezni trdno povezana (shema 1). Sporazumevanje med vsemi sodelujočimi v triadi je ključno za uspešen proces zdravljenja in ohranjanje kakovosti življenja kroničnega bolnika in njegove družine.

Shema 1. **Terapevtska triada bolnik–družina–zdravnik**



Osnovna triada pri pojavu kronične bolezni v družini je t. i. terapevtska triada zdravnik–bolnik–družina. Shema 1 prikazuje vplive, ki tečejo v vseh smereh. V primerjavi z akutnimi boleznimi ali poškodbami so pri kronični bolezni povezave in odnosi med zdravnikom, bolnikom in njegovo družino trajnejši in bolj dinamični.

Kaj je kronična bolezen?

Krize, med katere spada tudi pojav kronične bolezni, pomenijo za družino stres in terjajo nove oblike prilagajanja. Le tako se lahko obdržita kontinuiteta družine in evolucija njenih članov (2).

Bolezen lahko odločilno poruši družinsko ravnovesje in preizkusi prožnost ter prilagodljivost posameznika in celotnega družinskega sistema (1).

Kronična je tista bolezen, ki je v človekovem življenju navzoča najmanj 6 mesecev na leto vsaj tri leta (3). Med kronične bolezni ne štejemo ponavljajočih se simptomov (npr. napadov kihanja) niti ponavljanih (npr. glivičnega vnetja v medprstju na nogah).

V ambulantni družinskega zdravnika so kronične bolezni prevladujoči del vsakdanje prakse (4, 5).

V družino vnašajo velike spremembe, posamezniku pa pomenijo bolečo anatomsko ali funkcionalno prizadetost; neredko je vidna tudi stigmatizacija okolice (6). Ljudje imamo v splošnem različen odnos do različnih bolezni: za vidne anomalije sta značilna odpor in strah, srčne bolezni vzbujaajo usmiljenje, gibalne omejitve pa pomilovanje (7).

Ista kronična bolezen se lahko pri bolnikih razlikuje tako po resnosti kot po simptomih. Tudi pri istem bolniku se klinična slika lahko v raznih obdobjih spreminja. Za večino teh bolezni velja, da jih (za zdaj) ne znamo ozdraviti, lahko pa jih obvladujemo, spremljamo, blažimo.

Pri večini bolezni omogočajo zdravila življenje in delo v okviru družine zunaj bolnišnic. Kronične bolezni vplivajo na kakovost ali dolžino življenja ali na obe in terjajo doživljenjsko ravnanje po zdravniških navodilih (6).

Z daljšanjem človeške življenjske dobe se bomo s kroničnimi boleznimi srečevali še pogosteje.

Faze zdravljenja

V posameznih fazah zdravljenja se dogajanje nekoliko razlikuje. Gre za dolgotrajen proces, saj so pri večini bolnikov bolezni doživljenjske.

Zdravnikova vloga je v posameznih fazah zdravljenja kronične bolezni različna. Nikdar se ne sme toliko ukvarjati z boleznijo in njenimi znaki, da bi ob tem pozabil na bolnika.

Slednji ima težave predvsem s samo boleznijo, poleg tega je zaskrbljen zaradi službe, družine, stroškov zdravljenja in podobnega. Zdravljenje ni le spopad z boleznijo, ampak mora obsegati tudi toplino, razumevanje in zdravnikovo sočutje tako do bolnika kot njegovih bližnjih (8). Čeprav je v žarišču strokovne pozornosti motena funkcija, bolni organ ali bolezensko odzivanje organizma na različne patogene vplive, se mora zdravnik poglobiti v posameznikove posebne bolezenske prizadetosti in zanj značilne obrambne sposobnosti in varovalne dejavnike (1). Svoje znanje in strokovne posege naj bi družinski zdravnik usmerjal v odpravljanje prvih in razvijanje slednjih.

Soočanje s kronično boleznijo

Soočanje se začne neposredno ob postavitvi diagnoze. Pojav ali izbruh kronične bolezni prinaša čustvene odzive; vsak bolnik ima lahko različne občutke. Imeti čustva je normalno in zdravo. Eno ali več od naštetih čustev lahko doživi bolnik ali kateri koli od družinskih članov (9).

Za družino je – kakor tudi za bolnika – pomembna subjektivnost. Povsem nekaj drugega je, če zboli tisti, od katerega so odvisne življenjske razmere vseh družinskih članov, in je vse do te bolezni vsem drugim nudil čustveno oporo ali jim dajal merila za smiselnost, vrednost in prizadevanja, ali oni, za katerega so se vsi drugi že tako čutili dolžni skrbeti. Še zdaleč ni vseeno, v katerem njenem obdobju, fazi razvoja in stopnje povezanosti jih je doletela bolezen enega od družinskih članov. Odločilno je lahko tudi to, v kakšnih drugih stresih, preizkušnjah in obremenitvah je družinski sistem v času, ko eden od družinskih članov zboli (glejte poglavje Družinski cikel) (1).

- Zanikanje je prva stopnja privajanja na novo stanje. Ta čustvena reakcija lahko traja pri različnih ljudeh različno dolgo. Preveč dolgo vztrajanje v tem stanju ni zdravo, zanikanje (»Saj to ne more biti res!«) je treba opustiti.
- Jeza je tako za bolnika kot za njegove bližnje zelo značilno čustvo pri soočenju z boleznijo. Nekateri družinski člani bodo morda ugotovili, da so jezni na bolnika. Tako za bolnika kot za njegove bližnje je zelo pomembno, da se zavedajo lastne jeze, ki naj jo usmerijo proti bolezni, ne proti bolniku. Za to obdobje so pri bolniku značilna razmišljanja v smislu: »Zakaj se to dogaja ravno meni? Kaj sem storil(a), da sem si to zaslužil(a)?« Izražanje lastnih čustev bo pomagalo sproščati jezo brez znašanja nad komer koli. Zdravnik bo kroničnemu bolniku in njegovim svojcem pomagal ubesediti čustva jeze in jih razumeti, pa tudi razrešiti.
- Občutek krivde se poraja tako pri bolniku kot pri družinskih članih »Ko bi le ...« ali »Obljubim, da bom prenehal(a) ...« je začetek, ki pomeni psihološki proces pogajanja. Kdo je kriv? Pošten in pravilen odgovor je: NIHČE. Nihče ni odgovoren za nastanek te bolezni.
- Strah je čustveno stanje, ki je v soočenju z novonastalo kronično boleznijo pogosto predvsem v začetnem obdobju. Spoznanje, da je bolezen moč voditi, spremljati ali ublažiti njene znake, bo zmanjšalo tudi občutek strahu.
- Depresija je drugo najpogostejše čustvo. Žalost in potrnost je način ograditve od zunanjega sveta, način za postavljanje novih vrednot in ureditev čustev. Zdravnik mora še posebej pozorno spremljati možnosti ali znake razvoja te motnje.
- Sprememba obnašanja je lahko posledica tako čustvenih kot telesnih sprememb (npr. uremije pri ledvični odpovedi, občutja po izgubi uda itd.). Adolescenti so za take spremembe še posebej dovzetni, saj je razvoj osebnosti v adolescenci zelo intenziven in hkrati občutljiv proces, saj lahko kronična bolezen zapusti v oblikovanju mladostnikove osebnosti trajne posledice (7). Sporazumevanje v družini kroničnega bolnika se zožuje na tiste, ki so povezani s samim zdravljenjem in obvladovanjem težav. Družina postopoma izgublja manevrski prostor, ki ga je bila vajena in ga je potrebovala. Mnoge skupne in prijetne dejavnosti je treba omejiti ali opustiti. Lahko se spremeni družinsko gmotno stanje. Tema družinskih pogovorov se spremeni, sprejemljivost in zanimanje za dogajanje zunaj družinskih meja se zmanjšata. Tako dogajanje povzroča spremembe pri kroničnem bolniku in njegovih bližnjih. Spremenijo se lahko tudi družinski miti, te sicer nespremenljive polresnice o posameznikih v družini (glejte poglavje Družina kot sistem).

Prebolevanje vseh opisanih faz lahko terjajo določen čas, ki ga ni smiselno krajšati (10). Za enak čustveni proces različne družine potrebujejo različno dolgo obdobje. Pojav bolezni lahko bistveno vpliva na družinski življenjski cikel ali ga celo zavre (11). Če npr. materina možganska kap in njena nepomičnost sovpadata s hčerinih porodom, bo breme bolne matere za hčerino mlado družino še bolj hromeče in bo lahko poglobilo družinsko krizo.

V tem obdobju lahko družinski zdravnik bistveno pripomore k uspešnejšemu in krajšemu prilagajanju. Njegova vloga bo predvsem postavljanje diagnoze in pomoč bolniku in družini, da se bodo seznanili z boleznijo.

- Diagnostika kronične bolezni je pogosto v domeni družinskega zdravnika (npr. arterijska hipertenzija), mnogokrat pa jo diagnosticira specialist druge stroke in bolnika napoti nazaj k njemu. Namen zgodnjega odkrivanja bolezni je uspešnejše zdravljenje. Brez dvoma je zdravljenje kronične bolezni uspešnejše v začetnih fazah (12).

Vsak diagnostični postopek moramo opraviti z namenom, da bo bolniku pomagal razjasniti stanje, omogočil nove možnosti zdravljenja, to pa bo preprečilo možnost smrti (8).

Izvedbo in namen preiskav mora zdravnik pojasniti vnaprej, rezultate pa v luči kronične bolezni.

Poznamo sistematičen način zgodnjega odkrivanja s presejanjem, ki ima veliko prednosti, pa tudi etičnih dilem (13).

- Razlagalna vloga zdravnika pogosto pripomore k izobraževanju bolnika in njegove družine (9).

Družinski zdravnik si mora vedno vzeti dovolj časa za razlago izvidov in za odgovore na vprašanja kroničnega bolnika in njegove družine.

Obširnejše poznavanje bolezni, njenega poteka in možnih zapletov daje družini boljši pregled nad dogajanjem in zmanjšuje občutek nemoči. Zdravnik lahko v tako izobraževanje vključi tudi drugo medicinsko osebje (npr. medicinsko sestro, dietetika). Bolniku in njegovim bližnjim lahko ponudi poljudno literaturo, informacije po drugih medijih in priskrbi tudi naslove ustreznih društev (npr. društvo bolnikov z osteoporozo, diabetikov, dializnih ali srčnih bolnikov itd.). V takih neformalnih društvenih okoljih doživljajo bolniki in družina identifikacijo s podobno prizadetimi ljudmi in izvedo praktične, povsem življenjske izkušnje tako rekoč »iz prve roke«, si pridobijo pozitivne zglede in dvignejo raven optimizma.

Sprejemanje kronične bolezni

Dejstva kronične bolezni je sprva gotovo težko sprejeti. Postati morajo pravzaprav del bolnikovega življenja – in s tem tudi njegove družine. S podporo in učenjem se bolnik sčasoma vendarle privadi novemu načinu življenja. Bolnikovo sprejemanje bolezni sestavlja več med seboj prepletenih vsebin (8):

- Izobraževanje mora postati stalen proces. O bolezni naj bo bolniku na voljo čim več podatkov. Naj ima občutek, da lahko sam skrbi zase (npr. s primerno dietno prehrano pri sladkornih boleznih, s samokontrolo tlaka pri arterijski hipertenziji), da pozna prednosti zdravil in zdravljenja. Tako bo imel boljši pregled nad potekom bolezni.
- Sporazumevanje je odločilno za primeren odnos do kronične bolezni in uspešno prilagoditev. Pogosto se družbeni stiki in tudi prijateljstva zaradi bolezni spremenijo. Telefonski klici postajajo redkejši. Zaradi telesne ali duševne utrujenosti kot posledice kronične bolezni se bolnik pogosto odvrne od prijateljev. Vendar družina in prijatelji niso nikoli bolj potrebni kot prav v tem času. Svoja čustva in misli naj bolnik deli z družino, prijatelji, pa tudi z družinskim zdravnikom.

Družinski zdravnik mora v tej fazi napraviti načrt dolgoročnega zdravljenja, ki se lahko začne, ko je faza prilagajanja popolnoma končana.

Za vsak začetek zdravljenja je pomemben *informiran pristanek* (14). Brez popolnega bolnikovega sodelovanja zdravljenje ne bo uspešno. Vzemimo si dovolj časa za pogovor z njim in za odgovore na njegova vprašanja. Pri kronični bolezni je tak pristanek še posebej pomemben, saj bo zdravljenje najverjetneje doživljenjsko, morda bo imelo stranske učinke in bo v njem potrebno sodelovanje družinskih članov (npr. nadzor nad jemanjem zdravil, pomoč pri razgibavanju, spremstvo na preglede ali posege v bolnišnico itd.).

- Če bolnik želi, lahko skličemo sestanek družinskih članov oziroma *t. i. družinsko konferenco*. Povabimo vse člane in jih seznanimo z načrtom zdravljenja. Dovolimo, da vsi izrazijo svoja čustva. Ker so drugi družinski člani, ki zdaj delujejo kot celota, manj odvisni od zdravnika kakor bolnik, bodo morda izražali tudi konfliktna čustva ter dvome v zdravnika in njegove ukrepe (10). Zdravnik mora biti dobro pripravljen in suveren, prepričan o svojem znanju in njegovih mejah, ker jih bodo svojci raziskovali globlje in vztrajneje kakor kateri koli bolnik. Zdravnik naj spoštuje bolnikove želje, se z njim pogovarja o morebitnem »skri-

vanju« diagnoze, mu pomaga ubesediti čustva in želje. Nerazrešena ali prikrita čustva bodo kalila dobre odnose v terapevtski triadi in ovirala proces zdravljenja. Povedati pa je treba toliko, kot je nujno potrebno. Zdravnik naj pusti družini nekaj optimizma, poudari naj pozitivne družinske dogodke v prihodnosti (npr. vnukova matura, pričakovano rojstvo v družini).

- Dolgoročni načrt zdravljenja mora predvideti prilagoditve na vseh področjih: spremembe v bolnikovem življenjskem slogu, spremljanje kazalcev razvoja bolezni, sposobnost za delo, ukrepanje ob zapletih (12).

Ogibajmo se dolgoročnim napovedim in poudarjajmo ukrepe, s katerimi bo mogoče izboljšati kakovost življenja. Sestanek družinskih članov je idealna priložnost za sporazumevanje vseh (tudi tistih, ki niso bolniki istega zdravnika) in za izdelavo programa (družinskega drevesa) (10). Takrat je mogoče identificirati ranljivejše, dovzetejše, tiste, ki bodo potrebovali pomoč. Ponuja se tudi priložnost, da se zdravnik seznanji z »laičnim napotitvenim sistemom« (15) oz. z »neformalnim zdravstvenim svetovalcem« (10) v družini. »Zavezništvo« s takšnim vplivnim družinskim članom lahko podpre zdravnikove odločitve v kritičnih trenutkih bolnikovega zdravljenja.

- Zdravnik in bolnik se morata dogovoriti o načrtu in zastavljenih ciljnih zdravljenja. Želje družinskih članov o zdravljenju so sicer manj pomembne, a jih kljub temu ne bi smeli spregledati brez tehtnega premisleka. Zdravnik je dolžan upoštevati predvsem bolnikove želje, četudi so v nasprotju z željami svojcev.
- Zdravljenje, ki ga bomo uvedli, naj bo najučinkovitejše in za bolnika najbolj sprejemljivo. Uvajanje zdravljenja je zapleten postopek, zlasti če gre za zdravlila, pri katerih je možnih veliko stranskih učinkov (npr. kemoterapija pri rakavih boleznih).
- Zdravnik mora prepoznati kontaktno osebo v družini kroničnega bolnika. »Skrbnik« je družinski član, ki bo skrbel za bolnika v domačem kraju; navadno se javi sam ali pa ga izbere družina. Največkrat je to odrasla ženska srednjih let (10), bodisi žena, snaha, sestra. Le redke družine so tako razseljene ali odtujene, da znotraj njih ni mogoče najti skrbnika. V takih primerih prevzame skrb za bolnika najbližja oseba – sosed, prijateljica. To bo tudi kontaktna oseba, s katero bo zdravnik največkrat sodeloval. Družinski člani se v vlogi skrbnika lahko tudi menjavajo in o tem sproti obveščajo zdravnika.

Prilagoditev (adaptacija) na kronično bolezen

Glede na načrt dolgoročnega zdravljenja, ki ga sestavi družinski zdravnik, so potrebne številne spremembe.

- *Spremembe življenjskega sloga* so posledica vsake kronične bolezni. Morda bo potrebno samo redno jemanje zdravil (npr. pri kroničnem limfocitnem tiroiditisu), spremembe pa so lahko tudi zelo zahtevne (npr. dajanje insulina slepemu bolniku s sladkorno boleznijo).

Pogosto se v zvezi s kronično boleznijo (pa tudi nasploh) žal izogibamo pogovoru o spolnosti. Pri nekaterih boleznih (npr. angini pektoris) je pogovor o intimnem življenju nujno potreben. Tovrstna vprašanja vpletamo v vsakdanje pogovore s kroničnimi bolniki, saj je spolnost sestavni del zadovoljujočega in zdravega življenja.

- *Prilagoditev bivalnega okolja* je pri nekaterih kroničnih boleznih zelo zahtevna. Trajno zdravljenje s kisikom na domu potrebuje primeren prostor za generator. Za bolnika s kronično odpovedjo ledvic na peritonealni dializi je nujen dovolj velik skladišni prostor za material za menjave na domu. Bolnika z gibalnimi težavami je najbolje preseliti v pritličje. Alzheimerjeva bolezen povzroča tako hude težave, da bolnik nikakor ne more živeti sam. Skrbnik ga lahko vzame na svoj dom, ali pa tega zapusti in se preseli k bolniku.
- *Spremljanje kazalcev*, ki kažejo na razvoj bolezni, je pomembna dolžnost družinskega zdravnika (12). Bolnik in njegova družina naj bodo temeljito seznanjeni,

katere kazalce, kako pogosto in kje jih bo treba spremljati (npr. pri sladkorni bolezni reden dnevni nadzor glikemije, obisk pri diabetologu enkrat letno, pregled očesnega ozadja enkrat letno itd.).

- *Sposobnost za delo*; o njej odloča zdravnik. Glede na zdravstveno stanje se odloči za začasno delanezmožnost (bolniški stalež) ali za predstavitev invalidski komisiji, ki lahko ugotovi trajno omejeno delazmožnost ali trajno delanezmožnost. Sprožiti mora tudi postopek za dodelitev dodatka za tujo nego in pomoč bolnikom, ki potrebujejo pomoč svojcev ali koga drugega v napredovalih fazah bolezni (12).
- *Ukrepanje ob zapletih in poslabšanju*. Potrebna bo prilagoditev terapije, napotitev k specialistu ali v bolnišnico.

Vloga družinskega zdravnika je v tej fazi najbolj vsestranska: izkazati se mora kot dober diagnostik in terapevt, pa še kot organizator in usklajevalec. Pogosto mora razširiti svojo skupino, vključiti še psihologa, socialnega delavca, delovnega terapevta, patronažno sestro, šoferja oz. prevoznika, psihoterapevta, negovalko.

Spremljanje kroničnega bolnika in njegove družine

V tem obdobju sta zdravnikovi vlogi predvsem *svetovanje in usklajevanje*. Poleg strokovnega znanja potrebuje predvsem večino in spretnost sporazumevanja. Informacije bodo tekle v obe smeri, od družinskih članov k zdravniku in nazaj.

V dogovoru s skrbnikom bo napravil *razpored*:

- obiskov v ambulanti družinskega zdravnika,
- laboratorijskih in instrumentalnih preiskav,
- pregledov pri specialistih ustrezne klinične stroke,
- hišnih obiskov.

Možnosti stikov med zdravnikom, bolnikom in družinskimi člani morajo ostati odprte, tudi v obliki neobveznega poročanja ali posvetov po telefonu.

Kronično zdravljenje neredko spremljajo *stranski pojavi* zdravljenja z zdravili. Bolnik in svojci jih prenašajo neprimerno lažje, če so nanje pripravljeni. Družina lahko bolnika čustveno podpira in ga motivira za zdravljenje. Kljub temu lahko stranski pojavi tako poslabšajo kakovost bolnikovega življenja, da močno vplivajo na njegovo sodelovanje v zdravljenju: zaradi slabosti in bruhanja odkloni nadaljnjo kemoterapijo; ker je po antiepileptikih zaspan, jih ne jemlje več.

Poleg bolezni je pri učinku zdravljenja treba upoštevati tudi njegove psihološke posledice (12, 16).

Zdravnik naj skuša z blaženjem stranskih pojavov bolniku ohraniti kakovost življenja in mu olajšati vsakdanjik. Upoštevati mora tudi njegove želje o nadaljevanju zdravljenja, posebej če gre za terminalno bolezen. Bolnik mora med zdravljenjem obdržati občutek, da družinski člani in zdravnik *skrbijo zanj in ne za njegovo bolezen*. Pogosto se dogaja, da skrbnik v preveliki pokroviteljski vnemi bolnika povsem prekrije, mu odreka vsakršno avtonomnost. (Žena, ki je prihajala v ambulanto s svojim možem, prizadetim po možganski kapi, a še prisebnim in pogovorljivim, je dosledno odgovarjala na zdravnikova vprašanja namesto moža. »Gospod Pečnik, kako vam kaj služijo noge?« »A veste, da je že pred zajtrkom oddrsal na balkon, pa tudi brez palice do stranišča, no pa ...« pohiti gospa, še preden gospod sploh dobro zajame sapo za odgovor. Še enkrat jo poskusi prehiteti pri naslednjem vprašanju, potem pa se vda v usodo). Podobno je s starši, ki spremljajo govorno povsem neprizadete najstnike. Zaradi neposrednosti, pa tudi zaradi spodbujanja bolnikovega občutka lastne vrednosti je nujen neposreden stik zdravnika z bolnikom tudi v primeru kronične bolezni in dokler se le da. Pri sporazumevanju bo treba uporabiti diskretnost in spretnosti diplomacije, da ne bo nihče prizadet. Naj bo v teh primerih zdravnik sam z bolnikom.

Preventiva zdravja družinskih članov zaseda v obravnavi kroničnega bolnika prav posebno mesto. Ne glede na to, ali je bolnikov izbrani zdravnik tudi izbrani zdravnik drugih družinskih članov, nudi obravnava bolnika v družini priložnost za preventivno obnašanje in promocijo zdravja. Ogibati se moramo t. i. tiraniji zdravja (10), ostati moramo na ravni svetovanja in ne ukazovanja. Ukrepi naj bodo nevsiljivi, pa vendar tehtni. Npr. kadilci v družini kroničnega bolnika s pljučnim rakom bodo najverjetneje sami od sebe prenehali kaditi.

Smrt ali bolezen partnerja ali družinskega člana lahko zmanjša telesno odpornost preživelih svojcev (15). Tovrstne študije so odprle nova področja raziskovanja.

Psihoimunologija (16) in *psihonevroimunologija* (17) širita naše znanje na teh področjih. Ramsey meni, da odnosi v družini in funkcioniranje družine vplivajo na glavne regulativne mehanizme v telesu, npr. na živčevje, imunski in endokrini sistem. Ti zapleteni mehanizmi bodo morda postali nova znanstvena veja družinske medicine (18, 19, 20).

Sklep

Kronična bolezen zaznamuje družinsko dogajanje. Je dolgotrajno bolezensko stanje z nepredvidljivim potekom in neznanim, morda usodnim izidom.

Kronična bolezen dolgoročno prizadene bolnika in njegovo družino. Vloge, življenjski slog in miti se bistveno spreminjajo. Družinsko okolje je bodisi vir bolezni ali pa bistveno prispeva k zdravljenju. Družinski zdravnik ima edinstveno vlogo pri spremljanju kroničnega bolnika v njegovem družinskem okolju. Z izobraževanjem, svetovanjem, podporo, zdravstvenimi ukrepi in napotitvami k ustreznim specialistom, sam ali s pomočjo zdravstvene skupine bolniku in njegovi družini pomaga reševati težave.

Glede na svoj notranji ustroj in dinamiko se družine različno odzivajo na kronično bolezen svojega člana.

Triada bolnik-zdravnik-družina je lahko terapevtska le, kadar družinski zdravnik poleg strokovnega znanja obvlada tudi spretnosti sporazumevanja in organizacije. Te lastnosti mu omogočajo, da zdravljenje kar najbolj prilagodi bolnikovim željam in potrebam. Psihoimunologija in psihonevroimunologija, ki raziskujeta vpliv družinskih odnosov na zdravje posameznika, sta morda novi znanstveni veji družinske medicine.

Evolucija družine v tretjem tisočletju in nadaljnje raziskave na področju družine in kroničnih bolezni prinašajo nov izziv za zdravnike družinske medicine.

Literatura:

1. Tomori M. Zakaj naj bi zdravnik poznal bolnikovo družino. Zbornik seminarjev za splošne zdravnike.
2. Možina M, Stritih B. Prispevek psihoterapije in novih družbenih gibanj v razumevanju družine. Ljubljana: Tangram, 1994: I–XVI.
3. Tušek Bumek. Kronične bolezni. *ISIS* 1999; 11: 39–40.
4. Debeljak A. Pljučni rak. V: Mr. Mrevlje F, Preželj J, Kocijančič A. Obravnava bolnika s kronično internistično boleznijo v ambulanti zdravnika splošne medicine. 37. Tavčarjevi dnevi Ljubljana, 1995: 45–50.
5. Švab I. Preventiva v splošni medicini. Sekcija za splošno medicino SZD, 1996.
6. Kocmur M. Kaj je dobro vedeti o shizofreniji. Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani, 1997: 1–12.
7. Tomori M. Mladostnik kronični bolnik. *Med Razgl* 1983, 22, supl 1: 163–0.
8. Jezeršek P. Uvod v klinično delo. V: Kocijančič A, Mrevlje F. *Interna medicina*. Ljubljana: EWO, 1998: 7–10.
9. Missouri pre-dialysis education program. Baxter Health Comporation. Missouri, 1985.

10. Baird MA, Grant WD. Families and health. V: Taylor RD, David AK, Johnson TA Jr, Phillips MD, Scherger JE. Family medicine. 4 th Ed. New York: Springer Verlag, 1994: 10–5.
11. Trampuž D. Etika in delo z družino. V: Delo z družino. Ljubljana: Slovensko društvo za družinsko terapijo, Psihiatrična klinika, 1996.
12. Švab I in sod. Vodenje kliničnega bolnika v družinski medicini. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske/splošne medicine SZD. Ljubljana, 1999.
13. Švab I. Etični pogled na preventivo. V: Švab I (ed). Preventiva v družinski medicini. Zbornik 13. učnih delavnic za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1996: 53–8.
14. Dolenc A. Medicinska etika in deontologija. Ljubljana, 1993.
15. Švab I, Kersnik J. Družinska medicina in družina. V: Švab I. Družina v družinski medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1997: 1–17.
16. Tiarks C, Fuller J, Kerr D. Loss of diabetic control in elderly patient. Proctitioner, 1997; 241: 432–8.
17. Schleifer SJ, Keller SE, Stein M. Bereavement in immune functioning. V: Ramsey C, editor. Family Systems in Health. New York: Guilford Press, 1989.
18. Weiner H. Perturbing the organism: The biology of stressful experience. Chicago: University of Chicago Press, 1992.
19. Lock A, Ader R, Besedovsky H, Hall N, Solomon G, Strom T. Foundations of Psychoneuroimmunology. New York: Aldine Publishing, 1985.
20. Ramsey C, editor. The science of family medicine. V: Family systems in medicine. New York: Guilford Press, 1989.

Priporočena literatura:

1. Baird MA, Grant WD. Families and health. V: Taylor RB, David AK, Johnson TA Jr, Phillips DM, Scherger JE: Family medicine. 4 th Ed. New York: Springer Verlag, 1994: 10–15.
2. Možina M, Stritih B: Prispevek psihoterapije in novih družbenih gibanj v razumevanju družine. Ljubljana: Tangram, 1994: I–XVI.
3. Skynner R, Cleese J. Družine in kako v njih preživeti. Ljubljana: Tangram, 1994.
4. Švab I, Kersnik J. Družina in družinska medicina. V: Švab I. Družina v družinski medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino, SZD, 1997: 1–17.
5. Tomori M. Knjiga o družini. Ljubljana: EWO, 1994.

NAČELA PALIATIVNE OSKRBE V DOMENI DRUŽINSKEGA ZDRAVNIKA

Igor Švab

Uvod

Paliativno vodenje bolnika je ena ključnih nalog zdravnika družinske medicine. Paliativna oskrba je v delu zdravnika družinske medicine tako pomembna, da ta oblika dela posebej izpostavlja predlog nove definicije dela zdravnika družinske medicine (1). Terminalni bolnik je namreč eden najtežjih problemov v ambulanti, saj zahteva ne samo medicinsko ukrepanje, ampak tudi osebno obravnavo in ustrezno organizacijo dela. Iz epidemioloških podatkov zdravstvene statistike vemo, da zdravniku umre povprečno 20 ljudi na leto, od tega 7 zaradi raka. Vsaj polovica povprečno jih umre doma, torej v okolju svojih domačih, kar pomeni, da je vodenje teh bolnikov prepuščeno zdravniku v osnovni zdravstveni dejavnosti. Domača oskrba pogosto traja dolgo časa. Gre torej za problem, ki ni samo zahteven, ampak tudi obsežen.

Potrebe po znanju in veščinah

Paliativna obravnava bolnika pomeni za zdravnika družinske medicine izziv, ki zajema več področij njegovega dela.

Ustrezno klinično znanje

Za obravnavo takega bolnika je ustrezno klinično znanje zelo pomembno. Zdravnik se pogosto srečuje z najrazličnejšimi kliničnimi izzivi, ki jih postavlja sama bolezen oz. njeni zapleti. Praviloma gre za bolnike z zapletenimi in najresnejšimi zdravstvenimi stanji, nič manj zahtevnimi od tistih, ki jih obravnavajo na bolnišničnih oddelkih. Znanje zastareva, zato je potreba, biti na tekočem z najnovjšimi dognanji stroke, zelo pereča. Če je bil v preteklosti problem dobiti ustrezno informacijo, je problem sedanjosti, da jih je preveč. Zdravnik, ki dela na tako širokem področju, praktično ne zmore slediti vsem primarnim dokumentom, ki obravnavajo probleme, ki jih sicer obravnava. Znanstveno utemeljena medicina zastavlja zdravniku pomemben izziv: informacije, ki so mu na voljo, mora znati oceniti tako, da loči kakovostne od slabih. Rešitev so pregledni članki ali še boljše priporočila, najboljše taka, ki so nastala na osnovi strokovnega mnenja več strok (2). Žal smo v Sloveniji na tem področju šele na začetku, pa kljub temu bistveno dlje kot na nekaterih drugih področjih (3).

Organizacija dela

Z razvojem skupinskega zdravljenja bolezni se je tudi v osnovni zdravstveni dejavnosti pojavila vrsta profilov, ki obvladajo nekatera področja zdravstvene oskrbe enako dobro, pogosto celo boljše od zdravnika. Zlasti pomembno je sodelovanje s patronažno sestro, ki je sposobna prevzeti celotno zdravstveno nego, saj je zanjo posebej šolana. V sklopu zdravstvenih domov obstaja še vrsta drugih zdravstvenih strokovnjakov, ki so s svojim znanjem sposobni pomagati v zdravljenju terminalnega bolnika. V zadnjem času se vse bolj pojavljajo še druge, tudi laične organizacije, ki so sposobne razrešiti marsikateri bolnikov problem. Zdravnikova naloga ni več ta, da v celoti rešuje vse probleme, ampak da predvsem usklajuje skupinsko delo in izrabi vse možnosti, ki so mu na voljo.

Pomembna ni samo koordinacija dela znotraj delovne skupine, temveč tudi sodelovanje s specialisti drugih strok in z bolnišnicami. Pomembno je, da si bolnika v

terminalni fazi ne podajamo od enega specialista do drugega kot vroč kostanj, ampak je jasno razvidno, kdo je pri njem za kaj odgovoren, kakšne so njegove možnosti in pristojnosti. Najbolj specialistična oskrba ni vedno najboljša.

Spoštovanje človeškega dostojanstva in sporazumevanje z bolnikom

Zdravnik družinske medicine se bolj kot kateri koli drug zdravnik mora zavedati, da zdravi bolnika ne kot objekt, ki mu daje zdravila in pri njem izvaja določene medicinske postopke, ampak kot osebnost, ki si zasluži spoštovanje tudi v zadnjem obdobju življenja. Zdravi bolnika, ne pa bolečino; zdravi osebo z imenom in priimkom. Za bolnika ni pomembno samo to, da ga odrešimo bolečin, temveč tudi, da še vedno v največji možni meri ostane gospodar svoje usode in da ima nanjo tudi ob koncu življenja čim večji vpliv (4).

Na ta vidik zdravstvene oskrbe se nanaša veliko ukrepov. Predvsem je pomembno zdravnikovo zavedanje, da bolečine ali npr. izčrpanost zaradi terminalne faze bolezni ne pomenijo stanja, ko bi lahko drugi odločali v bolnikovem imenu, pa najsi so njihove želje še tako dobronamerne. V praksi je to pogosto hud problem. Umirajoči bolnik pomeni zdravniku pogosto boleč opomin na omejene možnosti njegovega delovanja, pogosto vzbuja dvom, ali je pravočasno in pravilno ukrepal takrat, ko se je bolezen šele začela. Zdravnik v soglasju s svojci začne bolnika obravnavati kot nesposobnega za odločanje, ker mu je tako lažje. To je ena največjih napak, ki jih lahko naredimo v skrbi za terminalnega bolnika.

Podpora družinskim članom

Zdravniki v družinski medicini se zavedajo, da z bolnikom trpi celotna njegova družina, zato imajo zaradi družinskih članov pogosto več težav kot s samim bolnikom. V zadnjem času je vse več pozornosti posvečene zdravju negovalcev. Podpore je treba dati zlasti tistim, ki bolnika ves čas negujejo, poskrbeti za morebitne očitke krivde (5), kar ni vselej lahko. Že tako močno obremenjene negovalce pogosto dodatno bremenijo še občutki krivde, ki jih je treba znati izvabiti k priznanju in se nanje ustrezno odzvati. Z družinskimi člani se je treba znati pogovoriti in oceniti njihovo morebitno ogroženost. Noben obisk na domu terminalnega bolnika se ne bi smel končati, ne da bi se zdravnik vsaj okvirno pozanimal, kolikšno breme pomeni negovanje hudo bolnega njegovim domačim in kako ga prenašajo.

Težave in možnosti reševanja

Prva težava, s katero se srečuje mladi zdravnik družinske medicine, je njegovo relativno neznanje o povsem kliničnih vidikih paliativne medicine. Programi medicinskih fakultet so prepolni podatkov o diagnostiki in zdravljenju včasih zelo redkih bolezni, precej manj časa pa je namenjenega paliativnemu ukrepanju. Največ znanja si lahko pridobijo s stalnim strokovnim izpopolnjevanjem in obiskovanjem zdravniških srečanj.

Druga težava je splošno prepričanje, da je zdravnika nevredno, če se ukvarja z organizacijo dela. Vendar je slednje ravno tako strokoven problem kot klinično znanje; pogosto je še tako veliko klinično znanje nesmiselno, če ga nismo sposobni vpeljati v prakso. Žal se pri nas še vse prevečkrat dogaja, da se za vse težave, ki nastanejo na tem področju, zadovoljimo kar s pogostim in priljubljenim kritiziranjem oblasti v taki ali drugačni obliki.

Tretja težava izvira iz občutka, ki ga zdravnikom vcepljajo njihovo šolanje in tudi njihovi bolniki. Gre za prepričanje o lastni vsemogočnosti in poklicanosti, da so samo oni sposobni rešiti bolnikove težave. Nevajeni partnerskega odnosa pogosto ne znamo sprejeti ponujene možnost drugih služb in organizacij, ki zelo uspešno razrešujejo nekatere težave terminalnega bolnika.

Pomembna težava je tudi naše sporazumevalno neznanje, ko se je treba pogovoriti z bolnikom in njegovo okolico. Bolnik z usodno prognozo v nas pogosto izzove občutke strahu ali vsaj nelagodja, zaradi česar raje pobegnemo v varno zavetje klinične nerazumljivosti. Bežimo pred pojasnjevanjem težav tako bolniku kot njegovi okolici. Namesto da bi bolnik zadnje mesece svojega življenja preživel čim bolje, ustvarimo okoli njega zaroto molka in polresnic, v kateri trpijo vsi – bolnik (ki ni neumen in se zaveda resnosti svoje bolezni), njegova družina (ki trpi, ker se ob vsakodnevnih stikih z bolnikom spreneveda) in končno še njegov zdravnik.

Reševanje naštetih problemov je celostno, vendar je glavni temeljni kamen ustrezno izobraževanje študentov, specializantov in že uveljavljenih zdravnikov. V Sloveniji smo pred leti uvedli predmet družinska medicina v šesti letnik študija. V študijskem letu 1999/2000 smo ga razširili s posebnim sklopom, namenjenim umirajočemu bolniku (6). V posebnem seminarju poskušamo študente naučiti ne samo kliničnega vidika te oblike zdravljenja, temveč tudi veččin sporazumevanja in organizacije dela. Prve analize kažejo, da so študenti novost zelo dobro sprejeli, in pričakovati je, da se bo naše sodelovanje na tem področju še okrepilo. Pravo rešitev na diplomski ravni pa bi verjetno prinesla uvedba problemsko usmerjenega učenja (7) s posebnim sklopom, namenjenim paliativnemu zdravljenju.

Z uvedbo specializacije iz družinske medicine in temu ustreznega podiplomskega študija je pričakovati, da se bo stanje na področju izobraževanja izboljšalo. V okviru nove specializacije iz družinske medicine predvidevamo podiplomski študij, ki bi obsegal tudi učenje, kako voditi terminalnega bolnika in kako pomagati njegovim svojcem ter preprečiti izgorelost zdravstvenega osebja.

Sklep

Zdravnik družinske medicine se ob svojem stiku s terminalnim bolnikom zaveda, da ne zdravi samo njegovih telesnih težav, temveč ga obravnava v okolju, kjer bolnik živi. Zaradi tega se mora soočiti s problemi, ki terjajo klinično ukrepanje, pa tudi nujnost osebne obravnave bolnika in ustrezne organizacije dela. Zaradi tega je vsak terminalni bolnik nov, vedno drugačen izziv. Pestrost je ena izmed ključnih značilnosti družinske medicine. Zaradi nje je ta stroka tako zahtevna, a tudi tako lepa.

Literatura:

1. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice – time for a new definition. *Br Med J* 2000, 320: 354–7.
2. Jacox A, Carr DB, Payne R. Management of cancer pain: adults. 1994. Rockville, Agency for Health Care Policy and Research, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
3. Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization, 1996: 1–63.
4. Faulkner A. ABC of palliative care: communication with patients, families and other professionals. *Br Med J* 1998; 316: 130–2.
5. Ramirez A, Addington–Hall J, Richards M. ABC of palliative care: the carers. *Br Med J* 1998; 316: 208–11.
6. Švab I, Bulc M, Kolšek M et al. Družinska medicina. Ljubljana: Katedra za družinsko medicino, 1999: 1–59.
7. van Weel C, Crebolder HFJM. General practice and medical education: experience from the Netherlands. *Brit Gen Pract*, 1993; 490–1.

DRUŽINA Z UMIRAJOČIM BOLNIKOM

Vlasta Vodopivec-Jamšek

Uvod

Zdravnik družinske medicine pri svojem delu spremlja bolnike med odkrivanjem bolezni in zdravljenjem, nekatere pa tudi med umiranjem. Slednje zajema obdobje človekovega življenja od končane diagnostične obdelave, s katero smo ugotovili neozdravljivo bolezen ali poškodbo, ki bo v kratkem povzročila smrt, do smrti (1). Čeprav sta huda bolezen in smrt del našega življenja, tako bolniku kot njegovi družini vselej prinašata veliko stisko.

Včasih so ljudje več umirali doma, v krogu družine. Današnji čas pa smrt odrinja na rob zavesti in življenja. Med ljudmi vlada prepričanje, da je družba dolžna poskrbeti za umirajočega. Zato so v svetu razvili posebne centre daleč stran od družine. V resnici pa je bolnik vedno prva skrb družine in potrebuje naklonjenost ljudi, ki ga imajo radi. Veliko ljudi si želi umreti doma, vendar se večini ta želja ne izpolni (2).

Umirajoči bolnik in družina

Na bližajočo smrt se vsak človek odziva na osebni način. Bolnikovi odzivi so seveda odvisni tudi od spremljajočih bolezenskih dejavnikov. Umirajočega bolnika lahko spremljajo bolečina, neugodje, strah, osamljenost, skrb za družino, prijatelje in negotovo prihodnost.

Določeni odzivi se pri hudo bolnih in umirajočih večkrat ponavljajo. Negotovosti na začetku ugotavljanja bolezni sledi obdobje stresa, ko bolnik odklanja ali celo zanika resnico. Pri večini je prisotno nihajoče razpoloženje med strahom in navidezno sproščenostjo. Bolnik v tem obdobju precej hitro preide v jezo, odpor in depresijo; sledi mu sprejetje, ko vidi svoj položaj in je pripravljen sprejeti posledice. Vsi odzivi pa se pri hudo bolnem in njegovih svojcih nenehno prepletajo in ponavljajo brez pravega reda (3).

Družina z umirajočim bolnikom se znajde v hudi stiski in je zelo ranljiva. Družinski člani so obremenjeni zaradi številnih novih opravkov, ki jih prinese huda bolezen. Še bolj jih obremenjuje negotovost, kako naj se pogovarjajo in ravnajo s takšno osebo. Čeprav je umiranje del našega življenja, sta družina in zdravnik postavljena pred številne preizkušnje v zvezi z umirajočim (4).

Bolezen pogosto vsaj začasno terja spremembe v odnosih med družinskimi člani. V tem času se spremeni tudi meja med družino in zunanjim svetom. Družino obiskujejo zdravnik, patronažna sestra, socialni delavec in prostovoljci različnih društev, ki želijo pomagati neozdravljivo bolnemu in njegovi družini. Zunanji svet tako vdira v intimnost družine s posegi, pomočjo in zanimanjem (5).

Bližajoča se smrt je stres za družino, ker ogroža njihovo skupno prihodnost (6). Bolezen, ki vodi v smrt, ruši družinsko ravnovesje, preizkuša prožnost in prilagodljivost posameznika in celotne družine (7).

Odzivi družine ob umirajočem bolniku

Spremembe, ki nastopijo pri katerem koli družinskem članu, se kažejo na vsej družini in spremenijo njeno delovanje (8). V družini, ki svojim članom običajno nudi čustveno oporo in sporazumevanje, pomaga pri prilagajanju na spremembe, omogoča razvoj osebnosti in oblikuje pravila svojega delovanja, se ob pojavu hude bolezni spremeni marsikaj. Družinske vloge se zamenjajo: pogosto se dogaja, da čustveno

oporo bolj potrebuje tisti, ki jo je prej dajal drugim; spremenijo se vzorci odločanja in obnašanja; lahko je celo ogrožen razvoj nekaterih družinskih članov. Ko se življenje izteka, je še posebej težko stati ob strani bolniku. Ob umirajočem so družinski člani postavljeni v nove vloge in so prisiljeni reševati probleme, ki jih prej niso.

Kako bo družina obvladala hudo bolezen in smrt, je v veliki meri odvisno od:

- narave bolezni,
- postopnega ali nenadnega začetka bolezni,
- prejšnjih izkušenj z boleznijo in izgubo,
- časa bolezni glede na obdobje družinskega razvoja,
- položaja in vloge umirajočega člana družine,
- zunanje podpore družini (2).

Bolj ko je družina čustveno odvisna od umirajočega člana, težje dopusti njegov odhod. Tudi starost umirajočega in njegova vloga v družini zelo vplivata na njen odziv. Smrt v starejših letih na splošno lažje sprejmemo, otrokova smrt pa je verjetno najhujša tragedija v življenju.

Nenadna smrt zaradi nesreče ali samomora drugače vpliva kot postopna predvidljiva smrt zaradi počasi napredujoče terminalne bolezni. Pri slednji je družina vpletena v dnevno nego umirajočega in ima veliko priložnosti za pogovor o preteklosti, sedanjosti in prihodnosti. V nekaterih družinah je bližajoča se smrt zadnja priložnost za ureditev starih nesoglasij. Obdobje umiranja je lahko možnost za poglobljen pogovor in rešitev družinskih težav, nastalih v preteklosti, in je priložnost, ki pomaga spoznati, kaj je v življenju bistveno.

Nekateri značilni odzivi družine ob umirajočem bolniku

Združevanje

Hude bolezni in smrt močno vplivajo na družino in preizkušajo njene prilagoditvene sposobnosti. Večkrat se že odrasli otroci ob nenadni hudi bolezni začasno vrnejo v primarno družino, ki tako pridobi moč, da bo lažje prebrodila grozečo izgubo (9). Združevanje je zelo pomembno za premagovanje strahu in občutkov izgube.

Povečana anksioznost

Znano je, da se v družinah z umirajočim bolnikom tesnoba (anksioznost) poveča. Družinski člani se z njo spopadajo na različne načine. Prvi je lahko tolažnik, drugi črnogled, tretji pa ves čas nekaj ureja. V nekaterih družinah se v obdobju hude bolezni veliko pogovarjajo, ker člani potrebujejo bližino drug drugega. V drugih pa se posamezniki raje umaknejo v samoto, da sami pri sebi prebrodijo težavni položaj (10).

Razvoj psihičnih ali telesnih simptomov pri svojcih

Ob umirajočem bolniku lahko tudi drugi družinski člani razvijejo bolezenske simptome. Bližina smrti je za nekatere tako pogubna, da prikrivajo svoja čustva, ki pri svojcih včasih nihajo od želje, da bi bolnik že umrl, do občutka krivde zaradi takšnih misli ali hotenj, narediti karkoli, samo da bi bolnik živel čim dlje. Če pa teh čustev niso sposobni svobodno izraziti in jih deliti z drugimi člani, lahko sami razvijejo bolezenske simptome. Stiska zaradi prtajenih čustev se včasih pokaže pri trpečem svojcu v obliki bolezni s podobnimi simptomi, kot jih ima umirajoči bolnik. To dogajanje lažje zazna zdravnik, ki od zunaj opazuje družino, kot člani znotraj družine. Družinske članke lahko opozori, naj trpečega razbremenijo skrbi in se več pogovarjajo.

Zdravnik, družina in umirajoči bolnik

Veliko zdravstvenih problemov, s katerimi se zdravnik srečuje v ordinaciji in na domu, ne more razumeti, kaj šele rešiti brez upoštevanja bolnikovega okolja (11).

Zdravnik veliko lažje rešuje stiske in probleme umirajočega bolnika, če pozna njegove svojce, ki so mu pripravljene stati ob strani. Bližajoča se smrt družinskega člana je preizkušnja zrelosti za vse preostale in tudi družinski sistem v celoti.

Poznavanje družinskih razmer in delovanja družine je prav tako pomembno kot klinične sposobnosti za ugotavljanje in vodenje bolezni (12). Seveda mora zdravnik pri vstopu v družino in njen intimni svet spoštovati družinsko ranljivost in pri svojih posegih izbirati načine, ki družino najmanj prizadenejo.

Umirajoči bolnik zdravnika sooči z njegovo lastno minljivostjo in minljivostjo vseh, ki jih ima rad. Porajajoči občutki mu pomagajo, da na primeren način sporoči bolniku in svojcem slabo novico o pogubni bolezni, in da lažje razume njihova čustva. Zdravnik se mora pri načrtovanju zdravljenja zavedati, da umirajoči najbolj potrebuje dvoje: da ni osamljen in da ga ne boli. Seveda potrebuje tudi dobro nego in odnos, v katerem z njim do konca ravnamo človeško in dostojanstveno.

Zdravnik družinske medicine je lahko bolniku s terminalno boleznijo in njegovi družini v veliko pomoč in oporo, če poleg drugega strokovnega znanja dobro obvlada večšine sporazumevanja pri sporočanju slabe novice, načrtovanja zdravstvene oskrbe, sporočanja o smrti ljubljene osebe in svetovanja v obdobju žalovanja.

Sporočanje slabe novice

Slaba novica je lahko vsako sporočilo, ki povzroči stisko pri bolniku in njegovi družini. Vendar za večino zdravnikov pomeni slaba novica najslabši izid kake poškodbe ali bolezni (invalidnost, huda kronična bolezen, smrt ljubljene osebe). Še pred 25 leti je McIntosh odsvetoval, da bi rutinsko sporočali diagnozo raka kar vsem bolnikom (13). Tako stališče je postalo v današnjem času povsem nesprejemljivo. Raziskave zadnjih dveh desetletij so namreč pokazale, da večina bolnikov želi biti seznanjena z diagnozo rakastega obolenja, hoče izvedeti, kakšne so možnosti ozdravitve in kakšni so stranski učinki zdravljenja (14, 15). Izziv torej ni, povedati ali ne povedati diagnoze hude bolezni, pač pa, kako tako slabo novico primerno sporočiti.

Sporočanje slabe novice je težka naloga. Zahteva primerno okolje, čas, aktivno poslušanje, sposobnost življenja v bolnikovo stisko in poštenost, saj na vsa vprašanja ne vemo odgovorov.

Kodeks medicinske deontologije Slovenije zdravnikom nalaga dolžnost seznanjanja bolnika o njegovem stanju, vendar s poudarkom, da morajo to storiti le v njegovo dobro. Kadar bolniku grozi smrt, je zdravnikova dolžnost, da o tem obvesti njegovo družino, če se bolnik sam ni odločil drugače (16).

Družinski zdravnik, ki pozna bolnika in družino, razume družinske težave in potrebe, lažje najde pravi način sporočanja (4). Pri tem so mu lahko v pomoč naslednja priporočila:

- Vzame naj si čas za odkrit pogovor z bolnikom o diagnozi, zdravljenju in napovedi poteka bolezni. Nikar naj ne prikriva resnice. Čeprav je resnica boleča, je pogosto osvobajajoča. Bolniku lahko vlije veliko voljo do življenja in v njem prebudi skrite moči, da se bo bojeval za vsak dan življenja.
- Odkriti mora, koliko bolnik že ve o bolezni in koliko želi še izvedeti. Nikoli naj mu ne pove več, kot želi izvedeti.
- Poskuša naj odkriti, kakšna so bolnikova čustva, strahovi in skrbi ob novici.
- Če bolnik želi, naj skliče družino in postopek brez pretirano pesimističnih ali optimističnih napovedi ponovi. Dovolj, da vsi izrazijo svoja čustva.
- Pusti ljudem upanje. Skupno naj odkrijejo razlog za optimizem, npr. upanje na smrt s čim manj bolečinami ali bližajoče se rojstvo v družini. Svojcem in bolniku naj zdravnik nikoli ne napoveduje, kako dolgo bo še živel.
- Ne sme pristati na prikrivanje resnice, če jo od njega zahteva družina ali bolnik. Velikokrat svojci menijo, da bo bolnika resnica strla. Zato molčijo in mu

- prikrivajo svoja čustva. Bolnik pa prav dobro ve, kako je z njim, a se boji govoriti s svojci, da jih ne bi vznemirjal. Tragično tišino lahko dober zdravnik razreši s primerno razlago. Potem lahko odkrit pogovor med člani družine odstrani pregrade, ki so nastale zaradi morečega molka.
- Zdravnik se nauči prepoznati znake zanikanja pri družinskih članih in bolniku. Nekateri ljudje nočejo sprejeti dejstva o pogubni bolezni – zanikanje je njihov obrambni mehanizem. Zdravnik nikoli ne sme pristati na spodbujanje neresničnih pričakovanj.
 - Predlaga ponovno srečanje za razjasnitev vprašanj, ki se bodo porodila, ko bo začetni stresni odziv mimo.

Načrtovanje zdravstvene oskrbe za umirajočega bolnika

Načrtovanje zdravstvene oskrbe vse udeležence sooči z resnico bližajoče se smrti in s problemi v zvezi z medicinsko oskrbo. Umirajoči prav gotovo ne potrebuje zahtevnih in agresivnih preiskav ali aktivnega zdravljenja ogrožajoče bolezni. Vse to lahko naredi bolnika še bednejšega in prinaša družini še več stisk in trpljenja. Prav gotovo umirajoči najbolj potrebuje učinkovito lajšanje bolečine z zdravili, ki jih jemlje redno, in ne čaka na neznosno bolečino. Potrebuje tudi prisotnost njemu dragih oseb, ki mu bodo v vsestransko pomoč in oporo.

Pogajanje o zdravljenju je lažje, če zdravnik pozna bolnika in njegovo družino že od prej. Dobro je, če zdravnik ve, kdo v družini nudi bolniku oporo v krizni situaciji in kdo je tisti, s katerim se bo posvetoval o zdravljenju. Z etičnega stališča je najbolje, da bolnik že prej izrazi željo o omejitvi terminalnega zdravljenja, kot pa da tako odločitev pozneje sprejme družina ali zdravnik sam. Svojci pogosto nasprotujejo omejitvi zdravljenja v terminalnem obdobju, ker si to predstavljajo kot omejitev nege in skrbi za bolnika. Potrebna je razlaga, da bo bolnik deležen vsega, kar potrebuje.

Po predhodnem pogovoru z bolnikom zdravnik skliče vse družinske člane, za katere bolnik želi, naj bodo prisotni na družinskem sestanku. Pri posvetovanju na družinskem sestanku so zdravniku v pomoč naslednja priporočila:

- Pogovor začne z manj zahtevnimi vprašanji o medicinski oskrbi in nadaljuje z bolj občutljivimi temami.
- Predstavi medicinske probleme v zvezi z možnostmi za zdravljenje, uspeh ali neuspeh oz. da bi zdravljenje povzročilo dodatno bolezen.
- Poskusi z vprašanji dognati, kakšne in koliko informacij želim bolnik in družina. Način, kako bo te informacije predstavil, močno vpliva na odločitev, zato mora biti čim bolj jasen.
- Bolniku in družini pomaga pretehtati dobre in slabe strani načrtovanega zdravljenja. Pri tem ga vedno vodijo bolnikove osebne želje.
- Aktivno posluša in ohrani čustveno stabilnost. Zaveda se, da je družina v stresni situaciji.
- Dopusti nekaj neiskrenosti. Če pride do nasprotovanj med svojci, se izogiba pristranosti v svojih stališčih.
- Sporoči svojo pripravljenost pomagati, ne glede na odločitve.
- Prepozna ranljive družinske člane, ki bi utegnili razviti pridružene simptome, ter jim s pogovorom in prerazporeditvijo nalog poskuša pomagati.

Če ima bolnik motnje zavesti in zdravniku njegova volja o omejitvi zdravljenja ni znana že od prej, preide skoraj vsa odgovornost na družino. Za svoje so odločitve o omejevanju zdravljenja izjemo težke. Običajno potrebujejo pomoč zdravnika, ki naj upošteva naslednja priporočila:

- Prva je skrb za bolnika, njegovo udobje in nego.
- Na posvet naj skliče vse družinske člane in pogovor vodi ob bolnikovi postelji.

- Prepoznati mora družinsko bolečino in priznati resnost odločitve.

Nekateri ljudje niso sposobni odločati o omejitvi zdravljenja, ker jo enačijo z opustitvijo zdravljenja. Zaradi lastnih občutkov strahu, jeze, zanikanja, žalosti ali krivde včasih zahtevajo agresivno zdravljenje ali pa pričakujejo, da se bo zdravnik odločil namesto njih. Občutki in mnenja se lahko sčasoma spreminjajo, zato se s svojci večkrat pogovorimo in jim dovolimo, da povedo svoje spremenjene misli.

Sporočanje o smrti ljubljene osebe

Sporočilo o smrti ljubljene osebe je neprijetna in stresna naloga. Nekoliko lažje je, če je smrt pričakovana. Pri tem naj zdravnik upošteva naslednja priporočila:

- Vest je najbolje sporočiti v neposrednem stiku, kajti obveščanje po telefonu ali z brzojavko ima nekatere pomanjkljivosti.
- Najbližje je treba spodbujati, naj bodo navzoči v času smrti.
- Svojci so ob izgubi ljubljene osebe zelo občutljivi za način sporočanja, zato je treba poskrbeti za kar največje spoštovanje do pokojnika in družine.
- Družini je treba čim prej sporočiti vest o smrti.
- Sporočati je treba čuteče, vendar brez milejših izrazov. Svojem izreče sožalje in ne uporablja besed »Žal mi je.«, ker zvenijo kot opravičilo.
- Družini da priložnost, da se poslovijo od umrlega.
- Pojasni vzrok smrti in najbližjim odgovori na morebitna vprašanja. Aktivno poslušaj in dopusti, da pridejo na dan tudi močnejša čustva. Svojem rutinsko ne daje pomirjeval.
- Družini zagotovi svojo pomoč in se dogovori za nadaljnja srečanja.

Svetovanje v obdobju žalovanja

Izguba ljubljene osebe pomeni eno najhujših stisk v življenju in žalovanje je ob tem normalna reakcija. Vsak človek in vsaka družina imata svoj način žalovanja. V vseh kulturah so za žalovanje razvili obrede, ki pomagajo svojem prebroditi izgubo. Važno je, da ima človek priložnost za žalovanje ter da tega čustva v sebi ne zatira. Družinski člani se v obdobju žalovanja družijo in si s tem dajejo moč in podporo. Stiska žalujočih je še veliko večja, če se počutijo osamljene. V primeru nerešenih družinskih problemov pa je lahko tudi smrt staršev v starejših letih pot v resno depresijo pri že odraslih otrocih. Po smrti namreč ni več priložnosti, da bi odpustili ali bili deležni odpuščanja. Žalujočim družinskim članom ostanejo le občutki krivde in jeze.

Svetovanje v obdobju žalovanja je tudi ena izmed nalog družinskega zdravnika. Velikokrat je vse, kar žalujoči potrebuje, to da prikimamo njegovi žalosti. Pomembno je, da ločimo normalno žalovanje od oteženega. Normalno žalovanje označujejo razumsko in čustveno zavedanje izgube, občutki krivde, stresa, jeze in sovraštva. Žalovanje je tipično ciklični proces, kjer so omenjeni občutki ves čas prisotni, ali pa nekateri v določenem obdobju prevladujejo. Običajno žalovanje poteka v določenih značilnih obdobjih.

Akutno obdobje se začne z vestjo o smrti in pomeni čustveni pretres. Traja približno dva tedna.

Depresija, telesna občutja in znaki so prisotni v drugem obdobju, ko prizadeti razgleda o spominih na umrlega. V tem času postanejo žalujoči zaprti sami vase, ker ugotovijo, kaj smrt ljubljene osebe pomeni za njihovo življenje. Proces traja približno tri do šest mesecev.

Tretje obdobje je sklepno. Na tej stopnji telesni znaki in pretirano ukvarjanje z umrlim pojenjajo. Začne se načrtovanje prihodnosti, svojci se ponovno udeležujejo dejavnosti, ki so bile pred smrtjo bližnjega pomemben del njihovega življenja.

Sklepno obdobje se običajno zaključi eno leto po smrti, ko je večina žalujočih pripravljena na nadaljevanje normalnega življenja.

Zdravnikovi predlogi za pomoč žalujočim članom družine:

- Načrtuje srečanje z družino nekaj tednov po smrti, na katerem bo stekel pogovor o smrti in morebitnih obdukcijskih izvidih.
- Družinske člane spodbuja, naj obujajo spomine, se pogovarjajo o dobrih in slabih lastnostih umrlega ter govorijo o okoliščinah v zvezi s smrtjo.
- V prvem letu poskuša ublažiti znake žalovanja, kot so obdobja joka, izguba energije in pretirano ukvarjanje s spominjanjem na pokojnega.
- Zasleduje zdravstveno stanje ovdovele osebe, ker ta pogosteje zapade v bolezen. Ovdovelega nekaj tednov po smrti povabi na kontrolni pregled.
- Spodbuja družino, naj si poišče pomoč pri tistih, ki so doživeli podobno izgubo (skupine za samopomoč).
- Zasleduje zdravstveno stanje družinskih članov, če se pri njih pojavijo znaki neresenega žalovanja, kot so:
 - podaljšana in resna depresija, ki traja 12 do 18 mesecev,
 - podaljšana socialna osamitev,
 - čustvena otopelost,
 - nesposobnost jokanja,
 - govorjenje, kot da je umrli še živ,
 - prisotnost prisilne prezaposlenosti brez občutka izgube,
 - prisotnost številnih telesnih pritožb,
 - globoka identifikacija s pokojnim in podaljšano pridobivanje simptomov, ki so pripadali bolezni umrlega,
 - izjemna jeza, ki je lahko naperjena proti zdravniku,
 - pretiravanje z uživanjem alkohola in zdravil,
 - družinske težave,
 - težave pri delu ali v šoli.

Podaljšani znaki žalovanja so nevarni in lahko zahtevajo napotitev k psihiatru.

Sklep

Izguba ljubljene osebe je brez dvoma težko obdobje za vsako družino, vendar ima lahko tudi pozitivne učinke na družinske odnose. Pri žalovanju se družinski člani zblížajo in zgradijo povezave, ki jih prej ni bilo. Izguba ljubljene osebe ne omogoča družini le spominjanja na »dobre stare čase«, ampak pomaga graditi nove mostove za prihodnost (17).

Literatura:

1. Košir T. Umirajoči bolnik. V: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. Splošna medicina: načela in tehnike. Ljubljana: Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev, 1992: 153–9.
2. Asen KE, Tomson P. Family solutions in family practice. Lancaster: Quay Publ Lim, 1992: 183–98.
3. Klevišar M. Spremljanje umirajočih, Ljubljana: Družina, 1994.
4. Vodopivec-Jamšek V. Sporazumevanje pri terminalni bolezni. V: Švab I, ur. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine 1995. Zbirka PiP. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995: 65–71.
5. Tomori M. Zakaj naj bi zdravnik poznal bolnikovo družino. V: Čebašek-Travnik Z, ur. Delo z družino. Zbornik prispevkov s seminarja Delo z družino, 1996: 7–13.
6. McWinney IR. The Family in Health and Disease. V: McWinney IR. A textbook of family medicine. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1997: 229–57.
7. Hennen BK. Family Structure and Function. V: Shires DB, Hennen BK, Rice DI. Family medicine.

- New York: McGraw, 1987: 8–15.
8. Tomori M. Knjiga o družini. Ljubljana: EWO, 1994.
 9. Patterson MJ, Garwick WA. Levels of Meaning in Family Stress Theory. *Family Process* 1994; 33: 287–304.
 10. Jordan RJ, Kraus RD, Ware SE. Observations on Loss and Family Development. *Family Process* 1993; 32: 425–440.
 11. Saultz JW. Incorporating a family sistem approach into clinical practice. V: McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. *Family oriented primary care*. New York: Springer Verlag, 1989: 30–4.
 12. Kersnik J, Švab I. Hišni obiski. *Med razgl*, 1996; 35: Suppl 3: 397–403.
 13. McIntosh J. Patients' awareness and desire for information about diagnosed but undisclosed malignant disease. *Lancet*, 1976; ii: 300–303.
 14. Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Information and participation preferences among cancer patients. *Ann Intern Med*, 1980; 92: 832–6.
 15. Meredith C, Symonds P, Webster L, Lamont D, Pyper E, Gillis CR in sod. Information needs of cancer patients in west Scotland cross sectional survey of patients' views. *BMJ* 1996; 313: 724–6.
 16. Dolenc A. *Medicinska etika in deontologija*. Ljubljana, 1993.
 17. Vodopivec-Jamšek V. Družinski pristop pri terminalni bolezni. V: Švab I, ur. *Družina v družinski medicini*. Zbornik 14. učnih delavnic za zdravnike splošne/družinske medicine 1997. Zbirka PiP. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1997: 61–71.

Priporočena literatura:

1. Klevišar M. *Spremljanje umirajočih*, Ljubljana: Družina, 1994.
2. McWinney IR. *The Family in Health and Disease*. V: McWinney IR. *A textbook of family medicine*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1997: 229–57.
3. Vodopivec-Jamšek V. Družinski pristop pri terminalni bolezni. V: Švab I, ed. *Družina v družinski medicini*. Zbornik 14. učnih delavnic za zdravnike splošne/družinske medicine 1997. Zbirka PiP. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1997: 61–71.