

SŁOWNICZEK XII KAMPANII SPOŁECZNEJ „HOSPICIUM TO TEŻ ŻYCIE”

ŻAŁOBA

Okres po śmierci bliskiej osoby, kiedy doświadczane są bolesne uczucia, takie jak żal, smutek, złość. Żałoba nierzadko jest tak silnym przeżyciem, że wyłącza osieroconą osobę z codziennego życia. Czas trwania żałoby jest różny, najczęściej trwa od sześciu miesięcy do dwóch lat. Poza aspektem przeżyć psychicznych, żałoba ma swój wymiar społeczny, kulturowy, religijno-duchowy, wiąże się z uczestnictwem w rytuałach, które stanowią ważny znak zmienionej rzeczywistości i pomagają w przechodzeniu żałoby.

OSIEROCENIE

Termin, który często bywa używany wymiennie z „żałobą”, jednak osierocenie jest konsekwencją straty bliskiej osoby, jest zarówno stanem jak i procesem, z jakim zmagają się osoba po śmierci bliskiego. Jest to stan braku tej ważnej osoby w świecie zewnętrznym, ale również jest to czas zmagania się z brakiem, stratą doświadczanymi w świecie wewnętrznym. Osierocony przechodzi przez proces testowania rzeczywistości, kiedy przekonuje się, że bliski NAPRAWDĘ nie żyje i doświadcza konsekwencji tej sytuacji, buduje na nowo swój świat wewnętrzny i zewnętrzną rzeczywistość.

FAZY ŻAŁOBY

Mówienie o fazach żałoby wiąże się z dużym uproszczeniem, konieczna jest świadomość, że każda żałoba cechuje się swoim indywidualnym przebiegiem, zależnym m.in. od cech osobowości żałobnika, jego wieku, charakteru relacji ze zmarłym. Upraszczając, najczęściej obserwuje się następujące fazy żałoby:

1. faza szoku, która charakteryzuje się niedowierzaniem, zaprzeczaniem rzeczywistości zaistniałej sytuacji; bywa, że przybiera postać zamrożenia, odrętwienia;
2. faza gwałtownych, często sprzecznych uczuć, takich jak rozpacz, ból, bunt, złość (na sytuację, na zmarłą osobę, bo odeszła), lęk; przeżywanie tych silnych emocji, choć bardzo bolesne, stopniowo przybliża żałobnika do uznania rzeczywistości, do uznania śmierci;
3. faza wyczerpania psychicznego i fizycznego, kiedy bolesne uczucia tracą na swej gwałtowności; w fazie tej następuje stopniowe przywracanie równowagi i podejmowane są próby znalezienia sensu w tym, co się wydarzyło;

4. faza, w której powraca zainteresowanie światem zewnętrznym, co wiąże się z uznaniem straty; pojawiają się plany na przyszłość i radość życia.

Czas trwania wymienionych faz może się różnić, a poszczególne etapy wzajemnie się przenikają.

ŻAŁOBA DZIECKA

Przeżywanie jej jest uzależnione od wieku dziecka i stopnia rozwoju emocjonalno-poznawczego. Uczucia są bardzo zbliżone do tych, które przeżywają dorośli. Są jedynie inaczej wyrażane – zazwyczaj nie w formie przekazu werbalnego lecz poprzez zachowanie. Dziecko do prawidłowego przeżywania żałoby znacznie bardziej niż dorosły potrzebuje akceptacji ze strony otoczenia. Strata bliskiej osoby może też silniej naruszyć poczucie własnej wartości oraz bezpieczeństwa w świecie.

POWIKŁANA/NIEPRZEŻYTA ŻAŁOBA

Termin określa taką sytuację wewnętrzną, w której osoba nie wyraziła swojej żałoby (nie pozwoliła sobie lub nie dostała takiego pozwolenia od otoczenia), co skutkuje poważnymi konsekwencjami dla dalszego funkcjonowania psychospołecznego. Taka osoba żyje w cieniu zmarłego, co sprawia, że nie podejmuje wyzwań, jakie niesie życie, bo nie uznała straty lub nie zakończyła żałoby. Najczęstszą konsekwencją takiej sytuacji jest depresja.

WSPARCIE EMOCJONALNE

Towarzystwo w przeżywaniu straty poprzez współodczuwanie, rozumienie i nazywanie pojawiających się stanów emocjonalnych. Pomaga przejść przez wszystkie fazy żałoby. Wspierająca postawa polega na dążeniu do zrozumienia świata wewnętrznego osieroconego bez uprzedzeń i osądzania.

WSPARCIE SOCJALNE

Pomaga zachować równe szanse w edukacji i rozwoju społecznym dzieci osieroconych. Odgrywa ważną rolę w budowaniu zdrowej samooceny, która po stracie opiekuna bywa poważnie zagrożona.

TERAPIA DZIECKA W ŻAŁOBIE

Stale regularne spotkania dziecka z wyszkolonym psychoterapeutą. Może okazać się

konieczna, jeśli dziecko przejawia wyjątkowe trudności emocjonalne i nie jest w stanie przyjmować pomocy od wspierającego otoczenia (np. nie wchodzi z nim w relacje lub regularnie niszczy dobrą więź).

HOSPICJUM

Termin hospicjum (z łac. *hospes* – gość) ma piękny źródłosłów. Przywołuje skojarzenia dobrej przystani, w której utrudzeni długą drogą wędrowcy mogą spotkać się z życzliwym przyjęciem i opieką. Pierwsze hospicja tworzono już na mocy uchwał soboru nicejskiego (IV w. n.e.) jako wyraz troski wspólnot miejskich o biednych i potrzebujących. W średniowiecznej Europie, poprzecinanej pielgrzymimi szlakami, powstało ich dużo więcej. Bowiemy czasy katedr były też czasami hospicjów, zazwyczaj działających przy klasztorach jako miejsca odpoczynku dla podróżnych czy chorych.

Autorką współczesnego modelu hospicjum jest Angielka Cicely Saunders, z której inicjatywy w 1967 roku powstało w Londynie Hospicjum św. Krzysztofa, otaczające wszechstronną opieką terminalnie chorych, a zarazem tworzące standardy postępowania dla pojawiających się coraz częściej kolejnych tego typu placówek na całym świecie.

Kiedy w walce z chorobą medycyna przegrywa i może jedynie uporczywie przedłużać życie, skazując chorych na cierpienie i samotność, opieka hospicyjna ofiarowuje im pomoc zespołu profesjonalistów z wielu dziedzin oraz wolontariuszy, wspólnie podnoszących jakość ostatnich dni swoich pacjentów, opiekujących się ich ciałem i ich duszą.

ZESPÓŁ HOSPICYJNY

Zespół hospicyjny ma charakter interdyscyplinarny – w jego skład wchodzi lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psychologowie, pracownicy socjalni, wolontariusze bez przygotowania medycznego oraz osoby duchowne. Ich rola polega na pomocy osobie ciężko chorej (najczęściej terminalnie) i jej rodzinie w pokonywaniu wszelkich niedogodności związanych ze stanem, w którym się znajduje. Głównym założeniem zespołu hospicyjnego jest wszechstronne wsparcie pacjenta, zarówno od strony medycznej, jak i duchowej, oraz podniesienie jego komfortu życia. Grafik zespołu wypełniają nie tylko uśmierzenie lub łagodzenie bólu czy eliminacja innych dokuczliwych dolegliwości fizycznych, ale także konkretne działania mające odciążyć bliskich, rozmowy błahe lub najważniejsze bądź po prostu obecność przy łóżku chorego.

OPIEKA PALIATYWNA

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia celem opieki paliatywnej jest aktywna, wszechstronna i całościowa opieka nad pacjentami w stanie terminalnym, cierpiącymi na nieuleczalne, postępujące choroby. Otacza ona niby płaszczem (z łac. *pallium* – płaszcz) zarówno nieuleczalnie chorych, jak i ich rodziny, a jej głównym celem jest poprawa jakości życia podopiecznych. Opieka paliatywna obejmuje zwalczanie bólu trudnego do opanowania i innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych oraz wspomaganie rodziny chorych tak w czasie trwania choroby, jak i w żałobie.

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

Opieka długoterminowa polega na określonym lub nieokreślonym czasowo świadczeniu usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i leczniczych oraz udzielaniu pomocy i wsparcia osobom przewlekle chorym bądź niepełnosprawnym. Może dotyczyć wszystkich, chociaż szczególnego znaczenia nabiera we współczesnych społeczeństwach, w których średnia wieku z roku na rok się wydłuża. Naturalny proces starzenia oraz wiele chorób o skrytym, powolnym przebiegu nieuchronnie prowadzi do ograniczenia samodzielności lub jej utraty (np.: miażdżyca, osteoporoza, choroba zwyrodnieniowa stawów czy otępienie).