

SONDA DO PSYCHOLOGICKÉ SITUACE ONKOCHIRURGICKÉHO PACIENTA

PROBE INTO PSYCHOLOGICAL SITUATION OF AN ONCOLOGICAL PATIENT IN SURGERY

JANDÍK P.

CHIRURGICKÁ KLINIKA FN HRADEC KRÁLOVÉ

Souhrn: Podpůrné psychologické aktivity u onkologicky nemocných představují součást multimodální onkologické péče. V praxi se jeví jako nezbytně nutné, jejich absence je nepřijatelná. Autor vychází z dlouhodobých zkušeností na klinickém pracovišti, kde je tradičně velká frekvence onkochirurgických pacientů se solidními nádory. Metodou dotazníku oslovil 100 pacientů se zhoubnými nádory kolorekta nebo prsní žlázy. Sdělení hodnotí jednotlivé aspekty psychologického supportu v určitých fázích onemocnění. Je prezentován vliv lůžkové stanice, operačního sálu a specializované ambulantní poradny. Výsledky průzkumu ukazují na rezervy v možnosti vytváření protistresových bariér. Jsou uvedeny některé závažné chyby verbálních produkcí zdravotníků při komunikaci s onkologickým pacientem.

Klíčová slova: psychologický support, onkochirurgický pacient, chyby, možnosti ve slovní komunikaci

Summary: Supporting psychological activities in oncological patients represent a part of multimodal oncological treatment. In our experience they appear absolutely necessary, their absence is unacceptable. The author builds on long time experience from a clinical department with high frequency of oncological patients with solid tumors. In form of an inquiry he addressed one hundred patients with colorectal and breast malignancies. This article evaluates various aspects of psychological support in certain stages of the malignant disease. Influence of inpatient department, operating room and specialized clinics are presented. The results of our inquiry show a lack in our efforts to generate anti-stress barriers. Several significant errors in verbal communication with the oncological patient are mentioned.

Key words: psychological support, oncological patient in surgery, errors and possibilities in communication

Úvod do problematiky

Zdraví je pro člověka přirozeným stavem, nemoc představuje opak. Naše populace je nyní celkem dobře informována o základních onkologických faktech. Tato ji významně stigmatizují /1/. Nádorová onemocnění provázejí život od jeho vzniku, takže by teoreticky nemělo jít o něco mimořádného /1,2/. Avšak stoupající incidence nádorových chorob a dlouhodobě nepříznivý trend křivky jejího vývoje způsobují, že stále více lidí má praktickou osobní zkušenost s maligním onemocněním, nebo se s malignitou setká ve svém bezprostředním okolí. Dále je tu skutečnost, že stále u většiny maligních chorob neznáme příčinu jejich vzniku. Jejich léčba je velmi náročná a komplikovaná, často s nejistými, či špatnými výsledky /6,7/.

Výskyt zhoubných nádorů v naší populaci představuje velmi důležitý ukazatel jejího zdravotního stavu /2/. Vývoj je nepříznivý především u solidních nádorů-kolorekta a prsní žlázy. V podvědomí většiny lidí je zakotveno magické a nesmírně stresující slovo „RAKOVINA“ jako reálné ohrožení, či dokonce ukončení jejich života /3,4,8/. Obava z reálné možnosti onemocnět zhoubným nádorem je dnes veliká. Stále častěji slyšíme od pacientů otázky, proč zrovna já jsem onemocněl nádorem, kde se stala v životě chyba, o co vlastně jde, jak k tomu došlo a kdo za to může? Stále více lidí si uvědomuje, že *zdraví sice není úplně vším, ale všechno ostatní bez zdraví, že je ničím* /5,7,8/.

Onkologická diagnóza se odrazí zásadním způsobem v psychice pacienta a zpravidla i jeho nejbližších. Je nutné s tímto faktem počítat a přizpůsobit tomu odpovídající kvalitu komunikace. Jde především o kvalitní verbální produkce a správné obratnosti při sdělení diagnózy a v jednotlivých fázích léčby, či v období dispenzarizace nebo terminálního stavu choroby /5/. Případné chyby v psychologickém supportu zhorší celkovou situaci našich pacientů zpravidla významným způsobem.

Vlastní pozorování

Formou anonymního dotazníku jsme oslovili 100 pacientů s maligním nádorem kolorekta nebo prsní žlázy. Dotazy směřovaly na základní aspekty ovlivňující psychologickou situaci našich nemocných. Odpovědi byly hodnoceny se záměrem na potencionální možnosti psychologické podpory.

a/ informovanost pacienta

- 92% dotázaných vyžadovalo úplnou informaci o chorobě – diagnóze a její prognóze, 8% takovou informaci znát nechtělo
- 94% chtělo být seznámeno se způsobem, možnostmi a pravděpodobnými výsledky léčby
- 85% vyžadovalo informaci o vyšetřovacích metodách, riziku jejich provedení a sdělení výsledků vyšetření
- 97% trvalo na základní informaci od ošetřujícího lékaře nebo přednosty kliniky, pouze ve 3% by preferovali informaci od nejbližších příbuzných
- 100% dotazovaných požadovalo sdělení formou ústní
- 73% potřebovalo informaci o diagnóze a léčbě nezbytně pro zajištění osobních záležitostí v rodině, zaměstnání a majetkových věcí (*Graf č. 1.*)

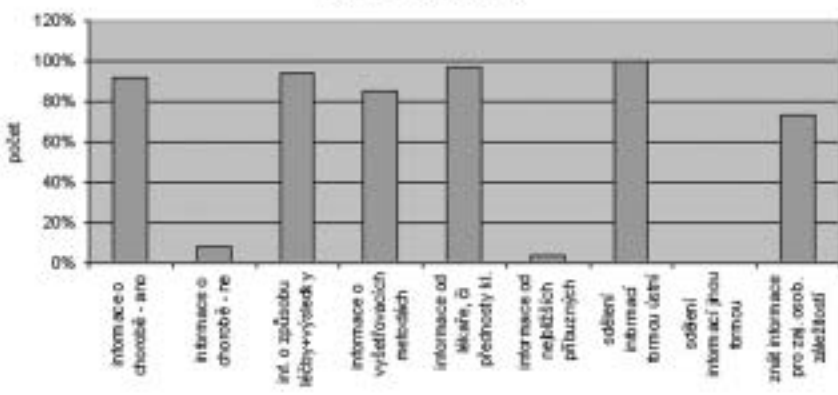
Všichni respondenti považovali základní i průběžnou informovanost za zásadní pro získání a udržení důvěry ve zdravotnické zařízení, zdravotníky a jako nezbytný předpoklad spolupráce v době léčby a dispenzarizace.

b/ soukromí

- 21% pacientů uvedlo, že na lůžkové části kliniky nebo v ambulantní poradně nemělo dostatek osobního soukromí, nebo toto bylo během jejich pobytu narušeno
- 67% vyžadovalo o všem podstatném soukromý rozhovor, 33% by u informace uvítalo přítomnost nejbližších příbuzných

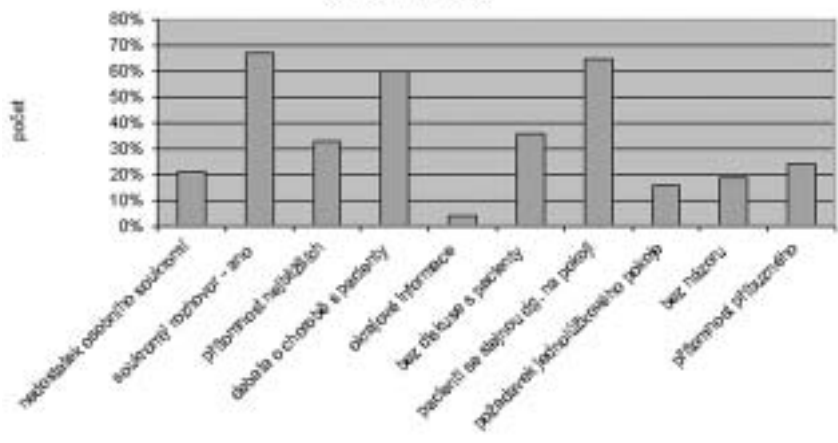
Graf č. 1.

Informovanost pacienta



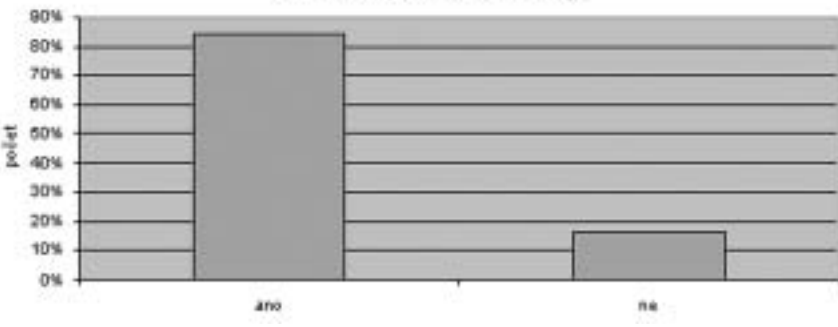
Graf č. 2.

Soukromí pacienta



Graf č. 3.

Volba ošetřujícího lékaře a sestry



- 60% dotázaných se o své chorobě podrobněji bavilo s dalšími pacienty, 4% jen okrajově, 36% takovou debatu odmítlo
- 65% by preferovalo být na pokoji se stejně postiženým pacientem, 16% by naopak volilo pokoj jednolůžkový, 19% nemělo vyhraněný názor
- 24% by využilo možnosti souběžné hospitalizace blízkého příbuzného (Graf č. 2.)
- Lze konstatovat, že pacienti jednoznačně preferují dodržování soukromí. O své chorobě vedou hovory za účelem získání co největšího množství informací. Je patrná i silná vazba na nejbližší příbuzné a požadování jejich přítomnosti.

c/ pacient-sestra-lékař

- jednoznačná preference odbornosti, slušnosti a přirozené komunikace
- požadavek na naslouchajícího, chápatícího zdravotníka
- jen 16% pacientů by nevyužilo možnosti volby ošetřujícího lékaře a sestry, absolutní většina volbu „svého lékaře a sestry“ vyžadovala (Graf č. 3.)

d/ operační sál

- 9% dotázaných uvedlo po příchodu na operační sál pocit duševního klidu – dočkali se chirurgického výkonu, operace pro ně znamenala předpoklad uzdravení

- 91% mělo strach a depresi z neznámého prostředí, dominovala obava z vlastního operačního výkonu
- 14% upozornilo na rušivé vlivy, které se na operačním sále a předšlaly za dobu jejich pobytu vyskytly /hluk, smích, křik atp./
- 23% registrovalo „nevhodný obsah“ konverzace zdravotnického personálu /dovolená, program víkendů, televize atp./ - shoda na pocitu odcizení a chybějící empatie zdravotníků vůči své osobě a nemoci
- 84% dotazovaných hodnotilo návštěvu anesteziologa před operací jako akt uklidnění s výrazným potlačením původní obavy z narkózy (Graf č. 4.)

Hodnotili jsme období pobytu pacienta v předšlaly a na operačním sále až do samého úvodu celkové anestezie. Všichni pacienti byli řádně premedikováni, přesto registrovali rušivé elementy a nevhodné verbální projevy.

e/ specializovaná onkochirurgická poradna

- 19% uvedlo malý časový prostor pro sdělení svého stavu a jeho změn
 - 22% avizovalo nedostatek soukromí a výhrady k lokalitě ordinace /průchozí místnost/
 - 37% reklamovalo delší čekací dobu na vlastní vyšetření
 - 52% pacientů registrovalo přítomnost určité sestry a lékaře,
 - 62% preferovalo objednání vyšetření na určitou dobu
- Podobné výhrady pacientů vůči složce ambulantní jako k lůžkové stanici. (Graf č. 5.)

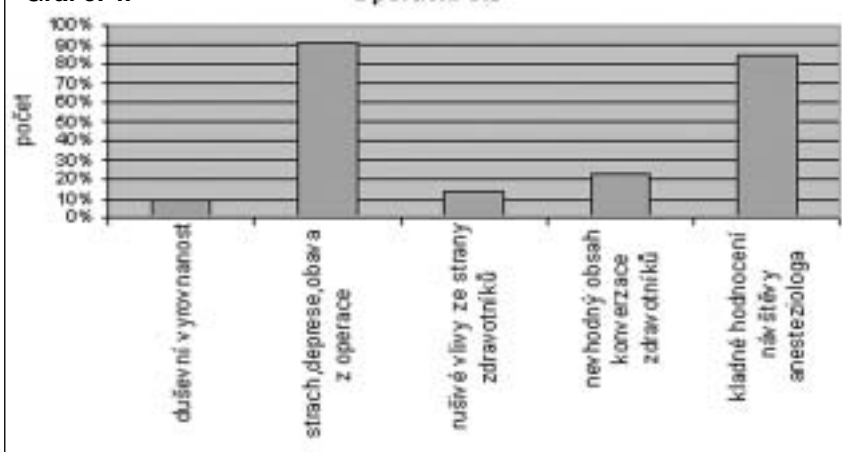
Diskuse

Maligní nádorová onemocnění významně stresují současnou lidskou populaci. Svým zdravotním a sociálně-ekonomickým dopadem se dotýkají nejen jedince samotného a jeho rodiny, nýbrž jsou problémem celé společnosti /2,6/.

Když nemoc přijde a dosud zdravý pacientem, leccos se změní. Diagnóza zhoubné nádorové choroby dopadne bezprostředně na psychiku pacienta i jeho blízkého okolí a psychiku podstatným způsobem změni. Navíc jako mýtus převládá názor o nevyčleptelnosti choroby a nutnosti blízké smrti /8/. Velkou roli hraje typ osobnosti pacienta. Stupeň změny psychologického stavu koreluje s celkovým stavem pacienta a ovlivňuje i úspěšnost /neúspěšnost/ onkologické léčby. Proto je psychologická podpora v onkologii nanejvýš potřebná. Je nutné ji provádět na všech liniích onkologické činnosti – prevenci, skrínungu, v době stanovení a sdělení diagnózy,

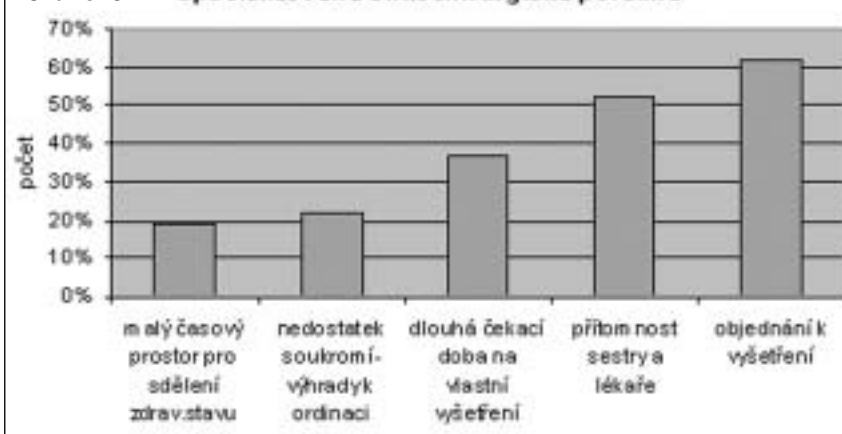
Graf č. 4.

Operační sál



Graf č. 5.

Specializovaná onkochirurgická poradna



v období vlastní terapie i remise choroby, dispenzarizace i v terminální fázi onemocnění /6,7,8/.

Postavení a práva pacienta, zdravotní sestry, či bratra a lékaře jsou vyjádřeny v příslušných kodexech. Je v nich zakotvena i požadovaná úroveň etiky a nutnost jejího dodržování /5/. Onkologická praxe však není jen pouhé dodržování kodexů. Denně prověřujeme nejen naši odbornost, ale i trpělivost a schopnost komunikace. Jsme nuceni často postupovat individuálně. Zpravidla nelze použít univerzální postupy.

Tím je situace pro zdravotníky náročnější. Mnohé může komplikovat komunikačně primárně obtížný typ osobnosti pacienta. Nesnáze bývají s typem hypochondrickým, podezřivým, hysterickým, úzkostlivým, či s jedincem uzavřeným – s primárním sklonem ke smutku /1,3,4/. Velkou úlohu má pacientova inteligence, vzdělání, celková orientace a věk. Pro zdravotníka může být nezdánka jednodušší komunikovat s rodinou, než s pacientem samým. Problematika je velmi široká, ale v odborném písemnictví se lze poučit a nalézt pomoc /5,6,7,8,9/.

Zdravotníci se dopouštějí v komunikaci řady chyb. Mezi nejčastější patří bagatelizace symptomů primární choroby, či její recidivy. Jindy jde o vnučování „reálných nadějí“ tam, kde to reálně není. **Samotné naděje na další život je nutné věnovat výraznou pozornost.** Především lékař sám na podkladě znalostí o chorobě up to date by měl vědět, co je naděje reálná,

částečně reálná a co pro danou chorobu a její stadium je již iracionální a nemožné /3,5/.

Zdravotnický pracovník onkologických oborů by měl znát principy diagnostických a léčebných metod a sám musí být přesvědčen o nutnosti a správnosti jejich aplikace. Lékař by si měl udržet dominantní pozici v linii lékař – sestra – pacient. Lékař a sestra by neměli vnášet příliš osobních pocitů, osobních zkušeností a slibů do komunikace s pacientem. Nesprávnými informacemi lze pokazit i do budoucna mnohé již na samém počátku. Stejně tak zásadní chybou je, když se zdravotníci psychologickému problému pacienta vyhnou tím, že se vyhýbají komunikaci, nemají dostatek empatie a někdy i taktu. Situace může být ovlivněna únavou a opotřebováním zdravotnického personálu /3/. Nermalou úlohu hraje dosud stále trvající nedůstojné postavení zdravotníka ve společnosti a pozice zdraví v její kategorii hodnot. Nutno také uvést, že rehabilitace změněné psychiky onkologického pacienta není jen věcí zdravotníků samých. Zúčastnit se jí musí též blízké a širší okolí, včetně specializovaných klubů a společenských institucí /klub stomiků, po operaci prsu atp./ Je zapotřebí, aby pacient našel motivaci k dalšímu čínorodému a -pokud to jde- plnému životu, byť někdy v nových podmínkách /3,4,7/.

Chybnými verbálními produkcemi a neobratností v komunikaci, či embargo na psychologický support onko-

logického pacienta, můžeme velmi lehce vytvořit prostor pro léčitele, šarlatány a podvodníky. Ti dodnes za své jednání a především „podnikatelské alternativní postupy“ nenesou praždnou odpovědnost a rizika, včetně odpovědnosti právní. Velká zdravotnická centra nabízejí úzce specializovanou a špičkovou onkologickou péči. Pokud se však nevěnují souběžně i ovlivňování změněné psychiky pacienta, může se stát, že iniciativu ze ně převezmou „jiní“ /7,9/.

V uvedeném pozorování našich nemocných jsem názorně uvedl, jak je onkologický pacient nesenzitivní. Špatně přijímá náš nezájem, nedostatek empatie a nedostatečný respekt své situace. Preferuje odborně zdatného, trpělivého zdravotníka se schopností mu naslouchat a s ním komunikovat /3,5,6,7/.

Závěr

Onkologická problematika v současné populaci je velice aktuální. Její řešení vyžaduje vysokou profesionální kvalitu a komplexní přístupy v oblasti diagnostické a léčebné. Jde o problematiku interdisciplinární. Součástí je i nezbytná psychologická rehabilitace pacienta se zhubným nádorem.

Je nezbytné dodržování etiky-mnoho záleží na dávce trpělivosti a schopnosti obou stran individuálně komunikovat. Chyby ovlivňují nepříznivě nejen psychiku pacienta, ale i jeho celkový stav a výsledek léčby.

Literatura

1. Riegel J.: Osobnost a emocionální problémy. Galén. 1978
2. Koutecký J.: Filosofie současné onkologické péče. Klin.onkol. 6,1989:163-168
3. Capponi V., Novák T.: Sám sobě psychologem.Grada. 1992
4. Murény J.: Moc podvědomí. Knižní klub. 1992

5. Haškovcová H.: Lékařská etika. Galén. 1994
6. Vorlíček J. a kol.: Paliativní medicína. Grada. 1998
7. Klener P., Vorlíček J.: Podpůrná léčba v onkologii. Galén. 1998
8. Haškovcová H.: Thanatologie. Galén. 2000
9. James Le Fanu: Vzestup a pád moderní medicíny. Academia. 2001