

Sdělování onkologické diagnózy

Bc. Nataša Sochorová, Karla Krejčířiková

Urologická klinika FN, Olomouc

Moderní technická medicína vytvořila předpoklady prodloužit a zachránit život člověka i v případech, které dříve končily pouze smrtí. Stále více lidí tak tvoří skupinu chronicky nemocných. Všichni tito lidé se musejí psychicky i lidsky vyrovnat s faktem, že žijí a nadále budou žít svůj život, který se v rovině biologického fungování stal nějakým způsobem omezený, spoutaný. To není snadné nikdy a pro nikoho.

Klíčová slova: onkologická diagnóza, psychoterapie, krizová intervence.

Urolog, pro Praxi, 2009; 10(1): 41–42

Sdělit či nesdělit pravdu nemocnému o povaze jeho vážné nebo nevyléčitelné nemoci je otázka, která provází lékaře všech staletí a v budoucnu jistě bude i nadále zaměstnávat jejich mysl jako otázka závažná, opakovaně řešená.

Komunikace s pacientem o různých aspektech onemocnění je jednou z nejdůležitějších dovedností každého lékaře, onkologa obzvláště. Někteří lékaři v těchto situacích své pacienty o závažném onemocnění informují pouze částečně, nebo se informování nemocných zcela vyhnou. Jiní volí tzv. „milosrdnou lež“ a pacienta vědomě informují nepravdivě. Jako důvod neúplného nebo dokonce nepravdivého informování nemocných uvádějí „ohled“ na nemocného, jeho rodinu, popř. vlastní pocit neschopnosti některé skutečnosti s pacientem prohodit.

Informaci o zdravotním stavu podává pouze lékař, informace o stavu nemocného z ošetřovatelského hlediska mohou podávat sestry. Např. jak se nemocný vyspal, jestli jedl, jakou měl náladu a podobně. Zpět by měla být předána informace od rodiny. Zdravotní sestry se někdy nacházejí v nezáviděníhodné situaci, zvláště tam, kde lékař rodinu neinformoval. Někdy je účelné odkázat rodinu na příslušného lékaře, jindy je vhodné poskytnout alespoň dílčí informace. Sestry by měly být zdrženlivé a dobře vážit obsah sdělení, případně i význam svých slov.

Kdy diagnózu sdělit a nesdělit

- nesdělit v případě psychiatrického onemocnění pacienta,
- sdělit s ohledem na jeho celkový zdravotní stav,
- nesdělovat, pokud si to pacient nepřeje,
- o sdělení diagnózy si rozhoduje pacient sám.

Kde diagnózu sdělit a nesdělit

- nesdělit v místnosti vybavené přístroji, nástroji, skříněmi s léky,
- nesdělit při vizitě, na chodbě, ve spěchu,

- sdělit na nemocničním lůžku, bude-li pacient na pokoji sám.

Modifikované „Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy“

1. Informace o podstatě nemoci poskytují všem nemocným s maligním onemocněním, ale diferencovaně co do obsahu a způsobu podání.
2. Informaci o diagnóze podává vždy lékař. Pacient si může určit, kdo má být při sdělování diagnózy dále přítomen (např. členové rodiny, přátelé, další lékař, zdravotní sestra, psycholog). Informaci o nemoci a terapii podávej opakovaně, nestačí jednorázový rozhovor.
3. Informaci podej nejdříve pacientovi, potom dle jeho přání členům rodiny či jiným určeným lidem. Nemocný sám rozhoduje, koho a do jaké míry informovat.
4. S podstatou nemoci, vyšetřovacími a terapeutickými postupy seznam nemocného neprodleně, ještě před aplikací první léčby.
5. Zdůrazňuj možnosti léčby, ale neslibuj vyléčení.
6. Odpovídej na otázky, obavy a sdílené pocity ze strany pacienta i jeho blízkých. Věnuj čas naznačeným, ale nevyřčeným dotazům.
7. Informace o prognóze nemoci z hlediska doby přežití podávej uvážlivě, pouze na přímý pacientův dotaz. Nikdy neříkej konkrétní datum, spíše nastiň určitý časový rámec vycházející ze znalosti obvyklého průběhu daného onemocnění. Zdůrazni možné odchylky oběma směry od obvyklého průběhu.
8. Jednotnou informovanost zajisti důsledným předáváním informací mezi personálem navzájem (lékařská a sesterská dokumentace).
9. Ujisti pacienta o svém odhodlání vést léčbu v celém průběhu nemoci a komplexně řešit všechny obtíže, které mu onemocnění a jeho léčba přinesou.

10. Svým přístupem u nemocného probouzej a udržuj realistické naděje a očekávání.

Reakce na sdělení diagnózy

Každý člověk je jedinečný. Tato jedinečnost se projevuje i v citlivosti vnímat změnu a v otevřenosti přijímat podněty. Tudíž i na vyslovení diagnózy „zhoubný nádor“ každý reaguje jinak. Je takřka nemožné toto sdělení okamžitě přijmout, pochopit jej a uvěřit mu. Nemocný sice slova slyší, ale nemusí jim rozumět. Lidská psychika má kouzelnou moc porozumět slyšenému až tehdy, je-li na to připravena.

Pět fází podle

Elisabeth Kübler-Rossově

Negace, šok, popírání – „Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné.“ „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“

V tomto období přijímá nemocný informace výběrově. Tedy to, co nezapadá do jeho představ a co se neslučuje s jeho nadějemi, to „neslyší“ (nepřijímá). Nepamatuje si nic z toho, co mu vysvětloval lékař. Tvrdí, že s ním o jeho nemoci nikdo nemluvil. Nemocného je třeba vyslechnout, vše klidně a nejspíše opakovaně vysvětlovat, trpělivě odpovídat na jeho otázky. Postupně se člověk stahuje do ústraní. Přeje si být sám, aby se mohl sám se svým osudem vyrovnat.

Agrese, hněv, vzpoura – „Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ Zlost na zdravotníky, zlost na zdravé lidi.

Nemocný je plný negativních emocí, které velmi těžko ovládá. Zmítá se v pocitech křivdy, zlobí se na celé své okolí. Nic mu není vhod. Přitom si v koutku duše uvědomuje, že ti lidé, na kterých si vylévá zlost, za jeho onemocnění nemohou. Hněvivé výroky na adresu zdravých chápeme v kontextu jeho touhy žít a jeho zklamání, že nastala situace, která tolik změnila jeho život. Nesmíme to brát osobně.

Smlouvání, vyjednávání – Hledání zázračných léků, léčitelů, diet. Ochoten zaplatit za cokoliv. Činí velké sliby.

V této fázi nemocný již ví, že situace je jasně dána chorobou. Uvažuje o smyslu života, přemýšlí, jak naplnit čas, který ještě zbývá, zamýšlí se nad tím, co by ještě rád zažil. Smlouvá o čas. Častým přáním je dožít se promoce dítěte, svatby vnuka...

Deprese, smutek – Smutek z utrpěné ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach z účtování. Strach o zajištění rodiny

Zdravotní stav nemocného se zhoršuje, stále zřetelněji je konfrontován se skutečností, že směřuje ke smrti a že není vyhnutí. Je unavený zmařenou nadějí, vyčerpaný nepohodou těla a často psychicky zesláblý. Přichází hluboký smutek nad ztrátou zdraví, nových možností a další budoucnosti.

Ve fázi deprese mají své místo antidepressiva, ale nejlépe pomáhá přítomnost člověka, který je s nemocným, naslouchá mu a provází jej těžkým obdobím na konci života.

Smíření, souhlas – Vyrovnání, pokora, skončil boj, je čas loučení.

Nemocný akceptuje svůj zdravotní stav a situaci, v níž se nalézá. Snaží se o co nejlepší způsob života v rámci daných podmínek. Do stavu vnitřního míru, klidu a vyrovnanosti se zdaleka nemusí dostat každý. U nemocného může dojít k rezignaci, beznaději. Zde je důležité podporovat naději u doprovázeného, projevovat mu účast a být mu na blízku.

Přestože jsou fáze seřazeny tak, jak obvykle přicházejí, nemusí vždy nutně zachovávat tento sled. Naopak, často se stává, že se některé fáze vracejí, různě se prolínají a střídají, třeba i tři v jednom dni. Některé mohou zase úplně chybět.

Podobnými fázemi prochází i příbuzní, pečující osoba. Od nich se očekává, aby zůstali klidní, vyrovnaní. Musí pečovat hlavně o své vlastní potřeby, aby pak mohli klidu a rozvahy dosáhnout.

Velmi důležité je i rozpoznat rozdíly mezi přijetím a smířením se s nemocí a rezignací.

Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich

tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří jen na svůj osud rezignovali, tento výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího smíru. Tento výraz je velmi snadno odlišitelný od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového stadia přijetí pravdy.

Je rozumné, aby pacient nezůstával se svým onemocněním sám, aby svoje pocity sděloval a ne je skrýval. Nabízenou pomoc od rodiny a přátel přijal a vzájemně tak mohl nést velkou emoční zátěž na obou stranách.

Děti mají být informováni o nemoci v rodině adekvátně vzhledem k jejich věku a emoční zralosti. Když se vzájemně nemocný, rodina a přátelé podělí o diagnózu, vytvoří základy porozumění a důvěry.

Často na pracovištích, kde se tato závažná informace o nemoci sděluje pacientovi častěji, bývá členem týmu i psycholog. Ten s nemocným situaci probere a navrhne psychoterapii, je-li to potřeba.

Individuální psychoterapie – Pro tento druh psychotherapeutické práce se rozhoduje pacient tehdy, chce-li se věnovat a porozumět svým pocitům, které pro něj nejsou přijatelné (vina, hněv, agrese). Zprostředkovatel tohoto poznání je psycholog, který jej nehodnotí, ale pomáhá nemocnému najít cestu, jak tyto pocity uvolnit.

Skupinová psychoterapie – Sestavení lidí bývá zpravidla podle stejné diagnózy, způsobu léčby, podle věku atd. Skupiny mohou být jenom pro pacienty, ale mohou být i skupiny, kde je možná a žádoucí účast rodinných příslušníků. Skupina není sdružením sebelitujících se, nešťastných lidí, ale rovnocenných lidí, které spojuje zkušenost nemoci. Jen málokdo z okolí dokáže pochopit plnou hloubku sdělených pocitů, jako ten, kdo má podobný osud. Lze tedy vyjádřit všechny pocity, jimiž nemusí nemocný zatěžovat vlastní rodinu a má možnost projevit i skryté emoce bez obavy, že by ohrozil existující a fungující vztahy.

Krizová intervence – v průběhu léčby se může stát, že se nemocný dostane do velmi intenzivního prožívání pocitu beznaděje nebo

smutku. Tento stav je lehce rozpoznatelný lékařem, který zpravidla zavolá na pomoc psychologa, aby do tohoto ponurého prožívání pomohl vnést trochu světla. Po odeznění krizového stavu pak může následovat individuální psychoterapeutická práce.

Sdělení onkologické diagnózy není vyvrcholením vztahu lékaře s pacientem. Je pouze začátkem, otevřením prostoru pro dlouhodobou spolupráci. Na ní může lékař vyzbrojen odbornou znalostí a možnostmi moderní medicíny pacientovi účinně pomáhat snášet tíhu nemoci. Současně vytváří rámec k otevřené komunikaci mezi nemocným a jeho rodinou.

Ve zdravotnictví hrozí syndrom vyhoření při dlouhodobém vystavování stresu při kontaktu s onkologicky nemocným. Je dobré tomu předcházet, absolvovat různá psychologická cvičení, komunikační kursy, odpočinek...

Pokud není pohoda, klid a čiré vztahy mezi personálem, těžko se podaří vnášet klid a pohodu mezi nemocné či umírající. Vedoucí ošetrovatelského týmu (vrchní, staniční sestra) by měl dohlížet na atmosféru vládnoucí v kolektivu. Pro bezproblémovou komunikaci v rámci týmu může být vhodné zorganizovat psychologický seminář o komunikaci, o psychohygieně a prevenci vyhoření, o interpersonálních vztazích, o umění naslouchat apod.

Literatura

1. Haškovcová H. Spoutaný život. Praha: Nakladatelství Panorama 1985. ISBN 11-094-85.
2. Kutnohorská J. Etika v ošetrovatelství. Praha: Nakladatelství Grada Publishing, a.s. 2007. ISBN 978-80-247-2069-2 www.umirani.cz. Odborná konzultace: doc. PhDr. Kutnohorská J, CSc.

Bc. Nataša Sochorová

Urologická klinika FN

I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
sochorov@fnol.cz