

SEZNANJENOST BOLNIKA Z DIAGNOZO IN ZDRAVLJENJEM

Matjaž Zwitter

Res je, da je bolnikov s pljučnim rakom mnogo, da so si večinoma sami krivi za bolezen in da je napoved izida bolezni le redko ugodna. Vse to pa nas ne bi smeloapeljati k neosebne ali podcenjujočemu odnosu.

Na kratko bomo spregovorili o bolniku kot osebnosti, poudarili bomo, da bolnikova krivda pri nastanku bolezni ne daje podlage za diskriminacijo in predstavili bomo glavna vodila za pogovor z bolnikom. Prispevek sem pripravil na osnovi svoje zdravniške izkušnje, ki pa bo, upam, zanimiva in uporabna tudi za druge zdravstvene delavce. V uvodu le še opomba, da zaradi tekočega stavka (in ne morda zaradi diskriminacije) govorim o zdravniku in bolniku, misel pa seveda velja tudi za zdravnico in bolnico.

1. Bolnik kot osebnost

Vsak pogovor je najprej pogovor dveh ljudi, šele nato pogovor med zdravnikom in bolnikom. Vsakdo si v letih izoblikuje svoj način pogovora. Sam najraje pogovor pričnem pri vprašanjih, ki za suho medicinsko odločanje niso pomembna. Kaj je po poklicu, od kod prihaja, kako in s kom živi - odgovori na ta vprašanja mi pomagajo k vtisu o bolnikovi osebnosti. Ko z bolnikom najdeva skupne znance, znane kraje ali podobne interese, nama to v veliki meri pomaga doseči zaupanje in ublaži napetost ob poznejšem pogovoru o zdravljenju.

Da naj bo bolnik ob pogovoru oblečen, najbrž ne bi bilo treba posebej poudarjati. Marsikje, tudi v ambulantah Onkološkega inštituta, je bila praksa dolga leta drugačna: da bi prihranili kakšno minuto, so številni zdravniki prvo besedo z bolnikom spregovorili, ko je bil ta že slečen do pasu.

Doc. dr. Matjaž Zwitter, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana

2. Pljučni rak, kajenje in krivda

Za devet od desetih bolnikov s pljučnim rakom velja, da so si bolezen prislužili sami. To dejstvo pa ne sme vplivati na naš odnos do teh bolnikov: kajenje pač ni zločin in če odmislimo naše neodobravanje kajenja, so kadilci povsem prijetni, prijazni ljudje. Tudi stroške zdravljenja so si kadilci z davki na tobak že vnaprej plačali. Nobene osnove torej ni za diskriminacijo kadilcev pri zdravljenju in kruto bi bilo pretirano poudarjanje krivde bolnika pri nastanku bolezni.

Povsem drugačen je položaj, ko se zdravnik pogovarja s svojci bolnika s pljučnim rakom, še posebej z mladimi. Tu ima zdravnik lepo priložnost, da jim jasno pokaže, kakšne tragedije

prinaša kadilska zasvojenost, kajti osebna izkušnja je mnogo učinkovitejša od časopisnih priporočil.

3. Diagnoza bolezni, pogovor o možnostih zdravljenja in prognoza

Najpomembnejši del pogovora je, razumljivo, namenjen medicinskemu problemu. Pri tem moramo vedeti, da so redki bolniki, ki ne bi že po svojih težavah in po medicinskih postopkih vsaj slutili, za katero bolezen gre. Prikrivanje diagnoze v prizadevanju, da bi bolnika obvarovali pred spoznanjem o rakavi bolezni, lahko zato v praksi izpeljemo le tako, da se z bolnikom sploh ne pogovarjamo. Ne gre torej za vprašanje, ali naj bolniku povemo, da ima raka, temveč ali naj se z bolnikom pogovarjamo.

Celotne informacije o bolezni ne moremo podati naenkrat. Postopno, kot bomo s preiskavami razkrivali naravo bolezni, bomo bolnika seznanjali z ugotovitvami. Ko smo diagnostični postopek pripeljali do točke, ko se že lahko odločamo o zdravljenju, pa je potreben daljši in poglobljen pogovor. Bolniku tedaj predstavimo možnosti zdravljenja in mu v razumljivem jeziku pojasnimo uspešnost, ter tudi nezaželene sopojava posameznih načinov zdravljenja.

Pogovor naj se ravna po naslednjih vodilih:

- Dober in sočustvujoč zdravnik je bolniku dostopen in si zanj vzame čas.
- Pogovor z bolnikom je proces in ne dogodek.
- Pogovor naj ne bo monolog, pač pa dvosmeren pretok informacij, misli in vprašanj. Pozornost moramo torej nameniti tudi poslušanju, ne le svojemu sporočilu.
- Jasno zastavljeno vprašanje terja jasen in iskren odgovor. Lagati se ni le nepošteno, ampak tudi kratkovidno. Bolnik bo namreč pravo informacijo lahko dobil drugod, predvsem pa mu bo resnico razkril poznejši razvoj bolezni. Resnica včasih boli, toda laž rani huje. Laž prizadene dostojanstvo bolnika in močno omaje zaupanje, ki naj bi bilo temelj odnosa med zdravnikom in bolnikom.
- Šala je prijetna popestritev pogovora, ni pa pravi odgovor na resna vprašanja.
- Z informacijo o bolezni bolnika ne smemo posiljevati. Res je, da zdravljenja ne moremo dobro izpeljati, če bolnik ni vsaj v osnovi poučen o priporočenih postopkih in njihovih ugodnih in neprijetnih ali nevarnih posledicah. Res pa je tudi, da se nekateri bolniki z zaupanjem popolnoma predajo zdravniku in se ogradijo s ščitom zanikanja bolezni. Pretirano vsiljevanje informacij bi ti bolniki upravičeno doživeli kot neprijetno in ogrožajoče.

- Bolniku skušamo predstaviti realne cilje zdravljenja. Kadar ozdravitev ni verjetna, bomo pozornost usmerili na lajšanje in preprečevanje težav, ki jih bolezen prinaša, torej na kakovost življenja. V vsakem obdobju bolezni je prostor za sočutno besedo in za upanje.
- Napoved bolezni je vedno negotova. Izkušen zdravnik se zato v pogovoru z bolnikom in s svojci ogiba pretirano točnih napovedi; zaveda se, da statističnih podatkov o preživetju ne moremo kar prenašati na raven posameznika. Ni torej napak, če zdravnik prizna, da prihodnosti ne zna napovedovati. Hkrati naj bolniku pove, da je izid bolezni v nemajhni meri odvisen tudi od njega samega. Primerna telesna aktivnost, opustitev kajenja, dobra telesna higiena, primerna prehrana, prav tako tudi ustrezno lajšanje bolečin in drugih bolezenskih tegob - vse to v veliki meri vpliva tako na dolžino kot tudi na kakovost bolnikovega življenja.