

## O pomenu pogovorov med zdravnikom in bolnikom z rakom\*

UDK 614.253.8:616-006-036

**POVZETEK.** Članek skuša na osnovi anketnih podatkov analizirati strukturo komuniciranja med zdravniki in bolniki z rakastimi obolenji. Glavna ugotovitev ankete je, da bolniki, ki niso imeli dovolj priložnosti za pogovor z zdravnikom, kažejo manj optimizma, manj zaupanja v uspeh zdravljenja, so bolj pasivni pri terapiji in imajo slabši odnos do terapevtskega tima.

V drugem delu članka avtor analizira vzroke popačenega komuniciranja pri zdravnikih.

**IMPORTANCE OF COMMUNICATION BETWEEN THE CANCER PATIENT AND HIS DOCTOR.** *In keeping with the data obtained by a questionnaire the author undertakes to study the structure of communication between the medical staff and the cancer patients. The main finding of the enquiry was that the patients lacking opportunity to talk with their doctor showed less optimism and willingness to cooperate in treatment. They were more sceptical as regards the outcome of treatment and assumed a less approving attitude toward the therapeutic team. The second part of the paper deals with the causes of the misconceived communication in physicians.*

Na bolnike z rakom moramo gledati kot na ljudi, ki so doživeli posebno hud stres. Zaradi tega so potrebni skrbne psihološke pomoči, in sicer ves čas svoje bolezni.

Med oblikami take pomoči je posebno pomemben pogovor med zdravnikom oziroma medicinsko sestro in bolnikom. Pri tem nimam v mislih kakšnih visoko specializiranih psihoanalitskih razgovorov, pač pa preprost, topel pogovor, ki naj bolniku zmanjša njegove neposredne bojazni in skrbi. Mentalnohigienski pomen takih razgovorov je posebno velik v fazi diagnosticiranja, pred kirurškimi posegi in po njih in končno — če je bilo vse zdravljenje zaman — tudi v terminalni fazi.

Za mnoge bolnike pomeni že sama diagnoza »rak« čustveno katastrofo. Kako bo kdo to novico sprejel, je odvisno od številnih dejavnikov, npr. od strukture njegove osebnosti, od izobrazbe, reakcije svojcev. Toda, tudi zdravnik lahko veliko prispeva k omilitvi prvega šoka.

Podatki kažejo, da se 85 % bolnikov, ki slišijo, da imajo raka, prvi hip hudo prestraši, da pa se jim strah — ob primernem odnosu zdravnika — poleže

---

\* Vsi številčni podatki v članku so iz ankete, opravljene meseca maja 1979 na skupini 100 bolnikov, hospitaliziranih na Onkološkem inštitutu v Ljubljani.

navadno po nekaj dneh, najkasneje pa ob začetku terapije. Med tistimi bolniki, ki so imeli dovolj priložnosti za izčrpen pogovor z zdravnikom (v naši skupini je bilo takih 77), jih je 83 % že kmalu potem, ko so zvedeli za svojo diagnozo, ocenjevalo svoje trenutno zdravstveno stanje kot dobro oziroma zadovoljivo, 74 % pa jih je verjelo, da bodo ozdraveli in da se bo vse skupaj dobro končalo.

Povsem drugače je bilo v skupini bolnikov, ki niso imeli možnosti za pogovor z zdravnikom; med temi bolniki jih je ocenilo svoje zdravje kot zadovoljivo le 65 % in le 26 % jih je upalo v ozdravitev.

O tem, ali naj bolniku povemo, da ima raka, so zdravniki različnega mnenja (Gerard-Marchat 1961). Po podatkih naše ankete želi 64 % bolnikov izvedeti točno diagnozo, čeprav bi bila še tako huda in usodna (npr. da bodo živeli le še nekaj mesecev), 19 % se jih glede tega ne more opredeliti, 17 % bolnikov pa take diagnoze noče slišati.

Če bolnik izrecno zahteva od zdravnika, da mu pove diagnozo, potem je zdravnik praviloma dolžan to storiti (v praksi je tako, da nekako 40 % bolnikom zdravnik spontano pove diagnozo, nadaljnjim 30 % pa na njihovo željo). In vendar kaže od tega tudi kdaj odstopiti; na primer pri bolnikih, ki so kazali zadnje čase depresivne ali psihotične epizode in pri tistih, katerih prognoza je precej slaba, je treba vedno pomisliti, koliko jim bomo povedali in kdaj. Zlato pravilo je tudi, naj zdravnik ne pove več, kot bolnik vpraša ali želi izvedeti.

Toda, še pomembnejše kot »ali« povedati je, »kako« povedati. Med tistimi bolniki, ki jim je zdravnik povedal diagnozo, se ni niti eden pritoževal nad njegovo pretehtano odkritosrčnostjo, pač pa se jih je 17 % pritožilo nad načinom, kako jim je to povedal. Glavna pritožba je bila — in to je zelo pomembno — da jim hkrati z diagnozo ni dal dovolj upanja in poguma ali pa so opazili pri njem za trenutek določen terapevtski nihilizem. Bolniki zaznavajo z neverjetno natančnostjo, če zdravnik in medicinske sestre ne izražajo vere in prepričanja, da se bo »stvar vendarle dobro končala«. Tak odnos zanesljivo povečuje čustveno stisko bolnika, zmanjšuje njegovo pripravljenost za zdravljenje, povečuje agresivnost do zdravnika ali pa povzroča druge terapevtske zaplete. Iz naše ankete razberemo, da je 95 % tistih, ki jim je zdravnik dal upanje, izjavilo, da zdravniku povsem zaupa, zdravniku pa, ki tega ni storil, povsem zaupa le 74 % bolnikov.

Izkušnje kažejo, da je treba bolnikom z ugodno prognozo še posebno prepričljivo povedati, da rak ni sinonim za smrt, da rak in rak nista isto, da obstajajo številne novotvorbe, dalje, da je prognoza v veliki meri odvisna od lokacije bolezni, starosti bolnika itd., saj so med ljudmi glede tega še vedno razširjeni napačni pogledi. Prav zaradi izrazito neugodne valence, ki jo ima diagnoza rak med ljudmi, kaže razmisliti, ali ne bi namesto besede rak v pogovoru z bolniki raje uporabljali čim pogosteje diagnozo »tumor«. V očeh ljudi je tumor nekaj bolj lokaliziranega in oprijemljivega in jim daje več upanja, »da se ga bodo znebili« (Achté in sod. 1970).

Kot smo omenili, pogovor med zdravnikom in bolnikom ni važen le v diagnostičnem obdobju. Če kdo, potem potrebuje prav bolnik z rakom stalen in osebni stik vsaj z enim zdravnikom. Pogovor med zdravniki in bolniki na bolniških oddelkih je odločno premalo, kar kaže tudi anketni podatek, da si 81 % bolnikov želi več takih pogovorov. Zanimivo je, da se jih 61 % želi pogovarjati z zdravni-

kom le o svoji bolezni in zdravljenju, 39 % pa tudi o vseh drugih problemih, ki jih mučijo.

Poleg osebnih pogovorov z zdravnikom si želijo bolniki na oddelku tudi pogovorov. Več kot 63 % bolnikov bi rado sodelovalo tudi v skupinskih razgovorih na oddelku, v katerih bi sodelovali še zdravniki, medicinske sestre in drugi bolniki. Zanimivo je, da 60 % anketiranih bolnikov ne želi številnejših pogovorov s svojci o stvareh, ki jih trenutno mučijo.

In koliko časa dnevno naj bi se zdravnik pogovarjal s hospitaliziranim bolnikom z rakom? Če povprašamo o tem bolnike same, vidimo, da se želijo pogovarjati z zdravnikom povprečno 2 do 4 krat na dan, po 5 do 10 minut, ali dvakrat na dan po 15 minut ali enkrat po 30 minut.

V sedanjih kadrovskih in prostorskih pogojih si tako intenziven mentalno-higienski pristop k bolnikom z rakom komaj lahko predstavljamo. Zato pa ne bi smelo biti ovir za skupinske pogovore. Z njimi sicer ne moremo — in niti ne želimo — nadomestiti osebnega stika med bolnikom in zdravnikom, ki ga zdravi, lahko pa s temi pogovori vendarle zelo omilimo duševne stiske in probleme bolnikov. Prav tako lahko po tej poti omilimo ali preprečimo druge negativne reakcije bolnikov (in svojcev) na bolezen, hospitalizacijo ali bližajočo se smrt, npr. željo po invalidizaciji ali analgetikomanijo (Cobb 1959, Alby 1961, Senescu 1963). Če se opremo še na tisti del izsledkov naše ankete, ki kaže, da so bolniki, ki nimajo priložnosti za korenit pogovor z zdravnikom, bolj črnogledi glede izida bolezni, bolj zaskrbljeni nad svojim stanjem, bolj dovzetni za nasvete laikov, dalje bolj odklonilni do zdravnika in terapije, na oddelku bolj pasivni in pripravljani hitreje razviti hospitalizem, kot tisti, ki so imeli priložnost za razgovor, to pomeni, da lahko s takim načinom posredno — in to ugodno — vplivamo na ves proces zdravljenja.

Vseh slabosti v sedanjem komuniciranju med zdravnikom in bolnikom z rakom vendarle ne moremo pripisati zgolj »objektivnim« pogojem. Prav lahko si zamišljamo, da komunikacijo z bolnikom in s tem celotne rehabilitacije izkrivljajo v posameznih primerih tudi zavestni in podzavestni deli zdravnikove osebnosti. Naše izkušnje kažejo, da vplivajo na odnos do bolnika zlasti naslednja, večkrat izvenzavestna stališča zdravnikov:

— **Stališče do bolezni sploh.** Nekateri terapevti mislijo, da je bolezen nekakšna kazen za zgrešen način življenja, drugi spet pretirano idealizirajo zdravje in vidijo v bolezni nekakšno slabost bolnika, tretji verujejo v psihofizični paralelizem itd.

— **Stališče do raka.** Niso npr. tako redki zdravniki, ki mislijo, da mora biti bolnik z rakom vesel, če mu za kakršnokoli ceno podaljšamo ali rešimo življenje.

— **Stališče o tem, kakšen naj bi bil (idealni) bolnik.** Mnogi zdravniki mislijo, da jim morajo biti bolniki v vsem poslušni, da morajo mirno in brez besed prenašati svoje telesno in duševno trpljenje itd. Če bolnik ni tak — in večina jih ni — razvijejo ti terapevti do njih odpor ali pa jih skušajo kako drugače podrediti in obvladati.

— **Stališče o tem, kakšen naj bi bil (idealni) zdravnik.** Posebno neugodno je, če zdravnik meni, da mora biti med njim in bolniki distanca, da je uspešen le

tisti zdravnik, čigar bolniki ne umirajo in je zato v vsakem primeru treba sprejeti »tekmo« s smrtjo itd.

Poleg tega vpliva na odnos do bolnika z rakom tudi zdravnikova struktura osebnosti. Tako npr. anankastično strukturirani terapevt zaradi svoje velike negotovosti teži k pretiranemu diagnosticiranju, vsaki stvari skuša priti do dna, celoten potek zdravljenja obdaja z nepotrebni rituali in podobno, medtem, ko bo histerično strukturirani terapevt, željan vedno nečesa novega, le težko vzpostavil trajnejši stik z bolnikom po končani diagnostični fazi.

Vse to pa pomeni, da je za izboljšanje komunikacije z bolnikom zelo važno tudi to, da zdravnik dobro pozna samega sebe. Usposabljanje zdravnikov v tem smislu je v času študija in po njem še vedno povsem zanemarjeno. Prav bi bilo, da storimo tudi tu korak naprej.

#### Literatura:

1. Achte K., M. L. Vauhkonnen: Psychic factors in cancer. V: Cancer and psyche. Monogr. Psychiat. Clin. Helsinki 1 (1970), 1—44.
2. Alby N. M.: Psychological problems of cancer patients and their relatives. Vie méd. 42 (1961) 955—964.
3. Cobb B.: Emotional problems of adult cancer patients. J. Amer. geriatr. Soc. 59 (1959) 274—285.
4. Gerard — Marchat R.: What should we tell a patient with cancer? J. Chir 81 (1961) 493—498.
5. Senescu R.: The development of emotional complications in the patient with cancer. J. chron. Dis. 16 (1963) 813—823.

---

*Potrebno je spoštovanje interesov in gledišč vseh. Potrebno je potrpežljivo odpravljati vse, kar države in narode razdvaja ali pa, kar povzroča medsebojne nesporazume in spopade. Prevladalo je prepričanje, da kolektivne varnosti ni brez skupne odgovornosti, brez odgovornosti vseh skupaj in vsakega posebej.*

(Izjava po vrnitvi s konference o varnosti in sodelovanju v Evropi, 3. avgusta 1975)

**TITO**