

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ИНФОРМИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ О ДИАГНОЗЕ РАКА

Угляница К.Н., Каравай А.В., Божко Г.Г., Хоров А.О.,
Жлобич М.В., Угляница Н.К., Дерман С.Э., Лагун Ю.Я.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Одной из наиболее обсуждаемых деонтологических проблем в онкологии является степень осведомленности пациента об истинном состоянии его здоровья [1]. Несмотря на успехи в диагностике и лечении новообразований, население и, к сожалению, многие медицинские работники продолжают считать рак неизлечимым. Объясняется это тем, что фамилии пациентов, которые в прошлом лечились и сейчас здоровы, никто не знает. Эти люди в силу сформировавшихся у нас социальных традиций отношения к раку не только не афишируют перенесенное ими заболевание, но стараются сами забыть об этом, а врачи не вправе говорить об излечившихся от рака. Те же, которые умерли от рака, известны всем, так как длительное время они находились в тяжелом состоянии, часто приезжала «скорая помощь», об их страданиях знали семья, соседи, знакомые. Отсюда и возникла убежденность в неизлечимости рака.

Все вышеизложенное остро ставит вопрос об информированности пациента о своем диагнозе и к ответу на него следует подходить индивидуально. В каждом конкретном случае врач выбирает оптимальную линию поведения. Онкология оказывается той жесткой областью, где от адекватности принятия решения врачом об уровне информированности о диагнозе во многом зависит судьба пациента.

Объем конкретных знаний пациента о характере своего заболевания, их точность зависит в основном от уровня и характера образования, медицинской подготовленности, длительности заболевания и индивидуального опыта, приобретенного в результате собственного заболевания, либо общения и ухода за другими. Однако **принцип правды**, каким бы горьким он не казался, должен соблюдаться, если пациент хочет знать, что с ним. Это связано и с правовыми аспектами данной проблемы (человек должен быть правильно ориентирован в состоянии своего здоровья и иметь право на самостоятельный

выбор метода лечения). Однако какой бы точки зрения не придерживался врач, главным является его стремление поддерживать в пациенте надежду на выздоровление, насколько это возможно. На Западе понятие «деонтология» тоже известно, но данный прием там используется не в качестве защиты пациентов от дурных вестей, а как раз в святом соблюдении их прав на полноту информации.

Важно понимать, когда пациент иногда настойчиво требует узнать «всю правду!», он, по сути дела, желает от нее уклониться. При этом он ищет не правду, а надежду, поскольку в таком состоянии у него на фоне психогенных реакций возникают серьезные изменения личности и начинают действовать особые механизмы психологической защиты. Поэтому большинство пациентов ждут от врача опровержения диагноза рака и всегда надеются на благоприятный исход болезни.

Многие онкологи во взаимоотношениях с пациентами придерживаются тактики, ориентированной на правду. При этом вероятно, необходимо исходить из той предпосылки, что человек способен получать не только вербальную информацию, но и трансситуационную (проводимые процедуры и манипуляции, специальное лечение и т.д.). Наши инстинкты, наши чувства на страже реальности. Следовательно, трудно себе представить, чтобы человек, заболев раком, оставался в полном неведении о том, что с ним происходит. При этом вывод очевиден: пациента можно обмануть лишь в том случае, если он это позволяет, то есть хочет быть обманутым.

Таким образом, вопрос о сообщении диагноза сводится не к тому, давать или не давать информацию, а к тому, как и в каком объеме ее давать. Но и в этой ситуации мы должны уважать выбор пациента. При этом недопустима необдуманная поспешность и чрезмерная откровенность. Любые умалчивания, недосказанности, намеки, уходы в сторону и шептания с родственниками, демонстративное прятание медицинской документации или ее заклеивание при выдаче на руки и т.д. вызывает подозрительность и настороженность. Все это намного хуже, чем дозированная правдивая информация.

Представления пациента о болезни не всегда соответствуют реальности. В известной степени неполноценная информация

врача, а также путаная и шадящая информация со стороны родственников смешивается с памятливыми пациенту случаями из жизни его знакомых с подобным заболеванием. В конечном итоге лишь небольшой процент заболевших реально понимает свою ситуацию, течение процесса, близкие и далекие перспективы. В тоже время необходимо указать, что зачастую информация о болезни и прогнозе с пациентом не обсуждается. Чаще всего это наблюдается в случаях, когда пациенты способны прочесть информацию через ситуацию, а не путем слов.

Сам процесс информирования пациента о диагнозе представляет собой достаточно сложную, порой требующую предельного внимания и индивидуального подхода процедуру [2]. Ситуация осложняется и тем, что и пациенты и их родственники вследствие восприятия негативной информации могут находиться на различных стадиях психогенных реакций (шока, отрицания, агрессии, депрессии, примирения). Все разговоры на тему о диагнозе с самим пациентом и его родственниками обычно проводит лечащий врач. При этом мы в своей работе используем ряд апробированных и широко используемых в медицинской практике общих положений, которые значительно облегчают эту работу.

Прежде всего, считаем психологически важным найти время и место, где никто не мог бы помешать беседе о жизненно важных для пациента проблемах. Понимание значимости не только каждого слова, но и тона в беседе, требует по возможности создавать для нее идеальные условия. Ведь речь идет о жизни и мелочами нельзя пренебрегать, поскольку человек слышит не только «что нам говорят», но и «как нам говорят». В беседе стремимся достичь максимально тесного контакта с пациентом. Для этого врач должен видеть лицо пациента, в беседе применять паузы, слушая, поддерживать его, употребляя для этого междометия или повторяя его последние слова. Доверительности беседы очень способствует физический контакт (врач берет за руку пациента или касается его плеча). Тогда аффективный негатив разделяется на двоих. Прикосновение к пациенту особенно важно в онкологической клинике. Незнание этиологии рака нередко направляет пациентов к самоизоляции, так как они чувствуют себя «заразными». Жест прикосновения может

купировать ложные комплексы самобрезгливости или ожидания подобного чувства у окружающих.

Известно, что очень часто внутренний мир пациента находится под прессингом родных. Они, проецируя свои страхи на пациента, заставляют его играть роль оптимиста, который должен дождаться «завтрашнего» улучшения и выздоровления. Поэтому уже при первом контакте с родственниками необходимо поставить их перед фактом, что врач должен служить в первую очередь пациенту, который имеет свои права на жизнь и на полноценную информацию о ней. Такая же позиция служения, а не навязывания своих условий, должна быть и со стороны семьи. Поэтому во многих случаях целесообразно беседу о заболевании проводить в присутствии близких родственников, если сам пациент, конечно, против этого не возражает.

При обсуждении проблемы информирования стараемся представить пациенту активную позицию, а сами исполняем роль слушателя. Умение слушать пациента – хозяина своего здоровья – это уважение прав больного человека на собственную жизнь, здоровье, болезнь, лечение и т.д. и оно должно неукоснительно соблюдаться. Иногда пациенту необходимо «выплеснуться», но всегда нужно помнить, что он внимательно наблюдает за реакцией врача. И даже если врач ни слова не произнес, это может быть истолковано как подтверждение позиции пациента.

Очевидно, на вопросы пациента, что с ним происходит, что за болезнь или что его ждет, нельзя спешить с ответом. Первое, что надо понять, не провоцирует ли пациент врача, желая получить ожидаемый ответ, а вовсе не истину. Для этого мы часто используем метод контрвопроса. Если пациент просит сказать правду о болезни, прогнозе, то будет правильным задать ему встречные вопросы («а почему вы задаете этот вопрос? что вы сами думаете об этом? как вы сами оцениваете свое состояние?» и т.д.). Такая позиция дает возможность из ответов понять мотивы пациента узнать правду. Если пациент высказывается в оптимистическом духе, его не надо разубеждать. Можно согласиться с его точкой зрения, не подтверждая ее. В этом случае мы не прибегаем к обману, а только соглашаемся с возможностью существования высказанной пациентом точки зрения. И в дальнейшем он не сможет обвинить врача в обмане,

доверие к нему не пошатнется, так как «свои карты врач оставил при себе». Если же пациент действительно ждет правдивой информации, он же сам и скажет о своем диагнозе и ожидаемом прогнозе. При этом задача врача проконтролировать, что пациент понимает под словами диагноз, прогноз и т.д.

Важным моментом в информировании пациента является не давать всю истину сразу. Растяжка во времени, с открытием правды по частям, помогает пациенту созреть к восприятию полноты истины. Когда пациент находится в полном неведении, начинать надо с понятия новообразования, затем опухоли, злокачественной опухоли, и, наконец, рак, метастазы и т.д. В тоже время информацию о диагнозе и прогнозе заболевания необходимо давать пациенту в понятной для него и не вызывающей особой тревоги форме.

Однако, представляя ту или иную информацию, необходимо проверить насколько представления пациента совпадают с представленными ему врачом сведениями. Однако и в этом случае нет гарантии объективности. Логика врача здесь встречается с аффективной логикой пациента. Позитивная информация им оценивается как более определенная, убедительная, а негативная – как недостаточно компетентная и то, что в итоге получается в сознании пациента, будет, как правило, результатом «кривой» логики.

Резюмируя изложенное по обсуждаемой деонтологической проблеме, необходимо отметить, что в настоящее время по существующим современным медицинским положениям от пациента стараются не скрывать истинного диагноза, если они могут трезво и мужественно подойти к его восприятию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чулкова, В.А. Психосоматические аспекты рака / В.А. Чулкова // Лекции по фундаментальной онкологии / под ред. В.М. Моисеенко, А.Ф. Урманчевой, К.П. Хансона. – СПб.: ООО «Издательство Н-Л», 2004. – С. 651-685.
2. Гнездилов, А.В. Психические изменения у онкологических больных / А.В. Гнездилов // Практическая онкология: избранные лекции / под ред. С.А. Тюляндина, В.М. Моисеенко. – СПб: Центр ТООМ, 2004. – С 769-784.