

ŠPECIFIKÁ PSYCHICKÉHO PREŽÍVANIA U PACIENTA NA UROLOGICKEJ KLINIKE S CENTROM PRE TRANSPLANTÁCIU OBLIČKY

doc. PhDr. Ivica Gulášová, Ph.D.

Ústav zdravotníctva a ošetrovateľstva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, Trenčín

Chronické ochorenie akým je obličkové zlyhanie úplne mení spôsob doterajšieho života pacienta. Najefektívnejším riešením zdravotných problémov pacienta je transplantácia obličky. Autorka približuje psychický stav a jeho zmeny pacienta ktorý je zaradený na listine čakaateľov na transplantáciu obličky. Analyzuje vnútorný obraz choroby, v závere príspevku uvádza rady a návody ako k chorému pristupovať, ako mu byť oporou i partnerom zároveň.

Kľúčové slová: Individuálny psychologický prístup, psychické zmeny, psychický stav, správanie, empatia, komunikácia, transplantácia obličky, ošetrovateľská starostlivosť.

THE SPECIFICS OF MENTAL SURVIVAL IN A PATIENT AT A UROLOGY CLINIC WITH A KIDNEY TRANSPLANTATION CENTRE

A chronic disease like renal failure means that the patient's life will never be the same. The most effective solution to this health problem is kidney transplantation. The author explains the changes in the mental condition of a patient on the waiting list for kidney transplantation. She analyses the internal picture of the patient's disease and concludes with advice and instructions on how to approach the patient, how to be a support as well as a partner.

Key words: individual psychological approach, mental changes, mental condition, behaviour, empathy, communication, kidney transplantation, nursing care.

Urolog. pro Praxi, 2006; 6: 302–304

Úvod

Komunikácia má vo vzťahu lekár–sestra–pacient veľký význam. Psychologické pôsobenie osobnosti lekára a sestry na pacienta výrazne ovplyvňuje jeho prežívanie počas celej hospitalizácie. Ak vieme „čítať“ neverbálne signály vychádzajúce od pacienta, komunikácia lekára a sestry s pacientom nabere na kvalite a pacient je spokojný, v tomto prístupe komunikácia plní doslova liečebnú úlohu.

Zdravý, vitálny človek si neuvedomuje v plnej miere hodnotu svojho vlastného zdravia, samostatného rozhodovania, mieru a úroveň svojej nezávislosti. Mnohé ochorenia sa dajú liečiť a vyliečiť bez trvalých následkov, avšak sú aj také, ktoré so sebou prinášajú rôzne vážne komplikácie. Tie ovplyvnia človeka v jeho bio-psycho-sociálnej jednote. K takýmto ochoreniam patrí aj obličkové zlyhanie. S touto diagnózou sú pacienti prijímaní na urologickú kliniku s centrom pre transplantáciu obličiek, kde sa rieši nutnosť transplantácie, ktorá je radikálnym riešením obličkovej nedostatočnosti.

Je jedinou liečebnou metódou v konečnom štádiu tohto ochorenia, ktorá je indikovaná vtedy, ak sú vyčerpané všetky iné liečebné postupy. Pre optimálne zhodnotenie stavu chorého z hľadiska správnej indikácie je treba realizovať širokú škálu invazívnych a neinvazívnych vyšetrení. Pred každým vyšetrením je veľmi dôležitá psychická a fyzická príprava pacienta, ktorú zabezpečuje sestra. Je zameraná hlavne na redukciu strachu a úzkosti a pochopenie

dôležitosti naordinovaných vyšetrení a pre získanie si pacienta pre spoluprácu.

Tu je potrebné získať si pacientovu dôveru – upokojiť ho, čo môže výrazne ovplyvniť priebeh a niekedy i výsledok vyšetrenia. Na základe výsledkov vyšetrení a súhlase pacienta so zákrokom – s transplantáciou obličky – sa pristupuje k indikačnému pohovoru. Pacient je podrobne informovaný o období čakania na transplantáciu obličky (či už doma alebo priamo na klinike), o priebehu transplantácie obličky a bezprostrednom období po nej. Pacient je potom zaradený na čakaciu listinu príjemcov obličky.

Ak sa pacient – čakaťel na transplantáciu obličky – nemôže dostať do nemocnice do dvoch hodín po ohlásení darcu (v súvislosti s vzdialenosťou bydliska a možnosťami transportu), je hospitalizovaný v centre pre transplantáciu obličky niekedy niekoľko dní – inokedy až niekoľko mesiacov (uvedená situácia ohľadne spôsobu čakania v centre je však veľmi ojedinelá).

Čakanie na samotnú transplantáciu je nesporne najťažším obdobím, ktoré pacient musí prekonať.

Vo svojom bežnom živote má pacient široký rozsah záujmov, vzťahov, zaujíma sa o domov, prácu, o spoločenské dianie. A zrazu o to všetko príde.

Je v nemocnici, medzi cudzími ľuďmi v cudzom – „sterilnom“ prostredí. Nie je tam nič, čo by mu pripomínalo domov. Musí sa vyrovnávať s pocitmi ľútosť, úzkosti, strachu, hnevu, obviňovania seba

aj okolia, strachu z nejasného konca, čo sa môže premietť do jeho správania a samozrejme to spätne ovplyvňuje i spôsob jeho správania sa a komunikácie s okolím.

Krívohlavý (6) uvádza, že u ťažko chorého pacienta nastávajú zmeny v jeho psychike, stáva sa do určitej miery pasívnym, znižuje sa úroveň a kvalita jeho sebavedomia, z čoho môže byť a aj často býva znepokojený, pozornosť sústreďuje len na svoj zdravotný stav, pociťuje neistotu z hľadiska životnej perspektívy, nerozumie svojmu psychickému a fyzickému stavu a mení sa jeho sociálna hierarchia. Sestra, ktorá ošetruje pacientov, musí tieto dynamizmy dôverne poznať (3).

Nesmieme však zabúdať, že každý z nás, teda aj pacient je jedinečná osobnosť, a preto aj prežívanie u každého je rôzne (8). Táto rôznorodosť prežívania sa vzťahuje na stav zdravia a stav choroby, pričom každá z týchto kategórií má svoje špecifiká. Lekári a sestry by preto nemali nikdy k pacientom pristupovať šablónovite. Často sa tiež stáva, že pacientovo a sestrine ponímanie podstaty choroby sa líšia, ak chýba otvorená a vyčerpávajúca informácia (5). Lekár so sestrou by mali individuálne a citlivo vnímať prežívanie a potreby každého pacienta, mali by si zvoliť jedinečný, individuálny prístup ku každému jednotlivému pacientovi. V svojom prístupe k nemu by mali vychádzať na základe poznania osobnosti pacienta, jeho typológie, temperamentu, veku, pohlavia, sociálneho statusu, záujmov, religiozity, ži-

vojných skúseností, skúseností so zdravotníckymi pracovníkmi a zdravotníctvom vôbec. Tiež by sa mali zaujímať o plány pacienta do jeho blízkej a vzdialenej budúcnosti a v spolupráci s ostatnými členmi ošetrovateľského tímu, s lekármi, psychológom, eventuálne psychiatrom „korigovať“ ich objektivitu, reálnosť (vychádzajúc pritom z aktuálneho telesného a duševného stavu pacienta), aby pacient pri zistení, že jeho pôvodné plány do budúcnosti sú čiastočné alebo úplne nereálne neupadol do depresie, nezemocnili sa ho stavy úzkosti, beznádeje a straty záujmu žiť a bojovať ďalej. Niektorí pacienti sa môžu pohrávať s myšlienkou, čo je pre nich najlepšie, a striedať názory na prijatie či odmietnutie návrhov odborníka (5). Úlohou sestry je permanentne a dôkladne pozorovať správanie sa pacienta, jeho vonkajšie prejavy, aby tak mohla, spolu s lekárom, včas a účinne predísť, zabrániť k realizovaniu a naplneniu formy úniku, akou je samovražda (3).

Na rýchlo sa meniace prejavy správania sa pacienta musíme reagovať citlivo a empaticky.

Jedným zo špecifik práce lekára a práce sestry na urologickej klinike s centrom pre transplantáciu obličiek je, že s pacientom spoločne (vedome, alebo nevedome) prežívajú rôznu paletu emócií.

Komunikujú s rodinou, s príbuznými a s priateľmi pacienta. Vzťah medzi zdravotníckym personálom a pacientom na klinike s centrom pre transplantáciu obličiek je oveľa osobnejší ako na iných klinikách. Zdravotnícki pracovníci s nimi prežívajú každú bolesť, radosť, strach aj ich rôznorodé, nepredvídateľné zmeny nálad. Je pozoruhodné, ako často a rýchlo sa ich nálada mení, ako dokážu byť vnímaví a citliví na svoju osobu. Pri akejkolvek zmene zdravotného stavu smerujúcej k horšiemu sa pacient často stáva agresívnejším, vylijeva si zlosť na spolupacientoch, na lekárovi, na sestre i na návštevných. Inokedy sa hnevá, svoj hnev dáva najavo ignoráciou alebo napríklad trhavými pohybmi pri pokuse lekára či sestry o dotyk (4). Často upadá do depresívnej nálady, čo sa prejavuje „zamrznutím komunikácie“, niekedy až odmietaním spolupráce, v extrémnych prípadoch popretím samotného faktu tak závažného ochorenia a tak závažného zdravotného stavu. To sa môže pre-mietnuť do rôznych prejavov v správaní – od absolútneho nedodržavania odporúčení zdravotníckeho personálu až po odmietnutie navrhovaného operačného postupu a úplného prerušenia doteraz vyhovujúcej spolupráce. Sestra tu má ďalšiu významnú úlohu dodávať pacientovi nádej a podporu, aby sa tak mohol čím skôr vrátiť do normálneho života (5).

Pacient, ktorý čaká na transplantáciu obličiek je vo veľmi vážnom zdravotnom stave, jeho psychické prežívanie je oveľa intenzívnejšie ako u iných chorých. Bolesť, aj keď sú tlmené, predsa len vstupujú

do popredia pacientovho vedomia. Namiesto istoty v živote pacienta nastupuje a dominuje neistota.

Pacient nevie dosť dobre, čo sa s ním deje, aká je jeho perspektíva. Aj keď sa lekár a sestra zo všetkých síl snažia s ním hovoriť povzbudivo o prognóze ochorenia často krát sa im to na prvý krát nedarí, a v niektorých prípadoch sa im to vôbec nepodarí.

Niektorí pacienti – podľa typológie ich osobnosti (aj to je sporné, lebo ochorenie akým je obličkové zlyhanie a čakanie na transplantáciu vyvoláva veľmi špecifické zmeny v myslení, cítení, prežívaní a správaní sa pacienta) – len pasívne a odovzdate prijímajú pomoc zdravotníckeho personálu. Ich myšlienky a ich vnútorný duchovný a duševný potenciál smerujú stále k ich ochoreniu. **U pacienta dochádza často k negatívnym zmenám – ku strate sebaúcty, zníženiu sebavedomia.** Mení sa jeho psychika v závislosti od priebehu a postupu samotného ochorenia. Pri každej zmene smerujúcej k horšiemu sa stáva pacient depresívnejší a niekedy aj agresívnejší. Veľmi dôležité je vytvorenie si vzťahu dôvery s chorým prostredníctvom komunikácie (1). Treba ho preladiť na pozitívne myslenie, dať mu najavo, že v takej ťažkej chvíli nie je nikdy sám, prostriedkami ako napríklad milým úsmevom, dotyk, pohladením (kedy síce dochádza k narušeniu intímnej zóny, ale zároveň poskytujeme pacientovi pocit blízkosti a spolupatričnosti, empatie).

Křivohlavý (7) opisuje sledovanie účinku porušovania intímnej zóny dr. Róberta Sommera u svojich pacientov. V bielom plášti pristupoval k lôžku pacientov. Blížil sa stále viac a viac, až sa u pacientov začali objavovať známky psychického napätia – stresu. Pacienti reagovali na tieto prejavy najprv motorickým nepokojom, potom vyháňavými pohybmi hlavy a tela t. j. pokusom o únik z dosahu „votrelca“. To je príklad negatívneho účinku narušenia intímnej zóny pacienta. **Ja osobne však mám skúsenosť, kedy pacienti po narušení ich intímnej zóny nepociťovali nepokoj, ale pocit bezpečia, pocit, že nám (že mi) na ňom záleží.**

Ošetrovateľská starostlivosť v konečnom štádiu obličkového zlyhania je náročná, najmä na psychiku pacienta ale i zdravotníckeho personálu. Sestra musí zabrániť, alebo aspoň spomaliť nástup negatívnych vplyvov vyplývajúcich z dlhodobej hospitalizácie. Pacient sa teší, že bude ďalej žiť s novou obličkou, ale zároveň má strach, či sa vôbec dočká a či transplantáciu obličky prežije. Začína pochybovať o schopnostiach ošetrojúceho lekára, ktorý mu potvrdzuje správnosť jeho rozhodnutia – podstúpiť transplantáciu obličky. Pacient pochopiteľne kladie veľké množstvo otázok, na ktoré musia lekár a sestra odpovedať, každý v rámci svojich kompetencií a so zreteľom na úroveň pacientovho chápania, schop-

ností vnímania, ale i momentálneho psychického a zdravotného stavu. Dôležité je nepoužívať náznaky, neukončené vety, cudzie slová. Komunikáciou s rodinou lekár so sestrou získavajú o pacientovi potrebné a dôležité informácie, aby ho čo najlepšie poznali a pochopili. Poznaním jeho problémov je lekárovi a sestre umožnené lepšie, ľahšie, rýchlejšie a efektívnejšie chorému a v niektorých prípadoch i jeho rodine pomôcť v rámci ich možností a tiež kompetencií, pričom pomoc nemusí byť vždy iba priama, ale môže to byť nasmerovanie, podpora, povzbudenie, poskytnutie rady a nádeje. Uvedené psychosociálne aktivity, stránky práce lekára a sestry pomáhajú riešiť, alebo sa usilujú zmierniť negatívne pôsobenie dopadu ochorenia na psychiku pacienta. Tieto vzťahy sa týkajú životného štýlu ale aj dodržiavania zásad upevňujúcich zdravie, spôsob riadenia a sociálnej istoty, právne normy a podobne (2).

Práve z uvedeného aspektu by lekár a sestra mali rešpektovať individualitu každého pacienta, vnímať ho neutrálne, neodsudzovať ho, ani nehodnotiť. Čakatelia na transplantáciu obličiek čakajúci na transplantačnom oddelení potrebujú mimoriadne veľa pochopenia a vcítania.

Pacienti svoje pocity dávajú najavo aj neverbálnou komunikáciou. Ako Watson (10) vo svojej knihe píše: „Reč ľudského tela prezrádza viac ako tisíc slov.“ Každé gesto má hodnotu slova. Napríklad ak je pacient skľuččený, depresívny a cíti sa nedocenený, môže to prezradiť jeho nedbanlivý spôsob sedenia, obrátenia sa chrbtom k zdravotníckemu personálu. Úplne pretočené ruky môžu prezrádzať, naznačovať či vyjadrovať zmätenosť u pacienta. Prosbu o láskavosť symbolicky vyjadruje dlaň pacienta, ktorá je otvorená smerom dohora (9), uprený pohľad pacienta napríklad na osobu niekoho v bielom plášti, či už je to lekár, sestra, psychológ. Naozaj dobrý lekár a dobrá sestra vedia vyčítať z výrazu pacientovej tváre, postoja tela, mimiky, gestikulácie to, čo v danej chvíli pacient prežíva, čoho sa obáva, čo naozaj potrebuje a cíti. A naopak, to, čo lekár a sestra hovoria by malo byť súhlasné s tým ako sa oni sami tvária, ako sa správajú a ako pred pacientom a jeho rodinou vystupujú. Dôležité je preto neponáhľať sa a urobiť si čas na rozhovor s pacientom, pretože jednou z dôležitých opôr v nemocnici sú práve „sestry“, mám na mysli dobré sestry.

Záver

Na záver by som zhrnula špecifiká a odlišnosti psychologického prístupu a komunikácie k pacientovi na klinike s centrom pre transplantáciu obličiek:

- priebežné sledovanie psychického stavu pacientov pred a po transplantácii obličiek
- dlhodobé sledovanie pacientov pred a po (0–10–15 rokov), ide vlastne o doživotné sledova-

nie pacientov a to nielen po somatickej stránke, ale i po psycho-sociálnej stránke, lebo práve táto výraznou mierou ovplyvňuje kvalitu života pacienta po transplantácii obličky

- v intervaloch 4–6 mesiacov plánované kontrolné vyšetrenia (biopsia)
- pre pacienta trpiaceho na obličkové zlyhanie je transplantácia obličky „posledná možnosť“ (preto sú celkom pochopiteľné ich tak časté nepriemerané a nepredvídateľné emócie)
- pacient – čakateľ na transplantáciu kadaveróznej obličky čaká na smrť niekoho iného (darcu)
- komplikácie po transplantácii obličky – niektoré psychické zmeny možno na základe pozorovania pacienta predvídať, niektoré nie je možné už z práve vyššie uvedených špecifik prežívania pacienta (bezprostredne i dlhodobu)
- hormonálna liečba, depresivita, iritabilita, zmena vzhľadu (jazvy po operácii, psychosociálne problémy...)
- dlhodobý ľudský kontakt s pacientom po transplantácii obličky a s jeho rodinou
- pocity výnimočnosti u pacientov po transplantácii obličky (rôznorodosť prežívania od nulových pocitov až po vysokú úroveň výnimočnosti)
- popretie faktu závažnosti ochorenia pred transplantáciou obličky a následne šokujúce uvedomenie si tejto závažnosti svojho zdravotného

stavu až po samotnom chirurgickom výkone – po transplantácii obličky

- pocity závislosti, vďaky, prepojenosti, priveľká blízkosť pacienta po transplantácii obličky k zdravotníckemu personálu
- v prípade príbuzenskej obličky alebo emočnej transplantácie obličky sa otvára úplne nová, netradičná dimenzia interakcie v ošetrovatelstve: sestra – darca príbuzenskej obličky, príjemca príbuzenskej obličky (emočnej obličky)
- skúsenosti ukazujú, že uvedený altruistický akt a prejav hlbkej, vrúcnej lásky upevňuje a posilňuje vzájomné rodinné spolužitie a to nielen

medzi partnermi (ktorí si pomôžu – darca, príjemca), ale v celej rodine, čo následne prehlbuje pocit spolupatričnosti a vrúcnosti vzájomných vzťahov.

doc. PhDr. Ivica Gulášová, Ph.D.

Ústav zdravotníctva a ošetrovatelstva
Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka
Študentská 2, 911 08 Trenčín
e-mail: Ivica.gulasova@post.sk

Literatúra

1. Frederickson BL, Mancuso RA, Branigan C, Tugade M. The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion* 2000; 24 (4): 231–232.
2. Gulášová I, Breza J ml., Macková M. Sociálne aspekty komunitného ošetrovatelstva. Multidisciplinárny tím – Zborník z Odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou. Brno: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity 2006: 39.
3. Hanuliaková L. Mechanizmy psychickej adaptácie u imobilného pacienta. *Profese* 2006; 1 (1): 10–11.
4. Cheavens J. Hope and depression. *Light through the shadows*. New York: Academic Press 2000: 299–301.
5. Jandová M. Psychické zmeny u pacienta v chorobe. *Profese* 2006; 1 (1): 8–9.
6. Křivohlavý J. Mít pro co žít. Praha: Návrat domů 1994: 21–22.
7. Křivohlavý J. Rozhovor lékaře s pacientem. Praha: ILF 1995: 45–47.
8. Locke EA. Setting goals for life and happiness. *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press 2002: 291–298.
9. Seligman MEP. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. New York: Oxford University Press 2002: 25–27.
10. Watson D. Positive affectivity – The disposition to experience pleasurable emotional states. New York: Oxford University Press 2002: 109–112.