

Prax z pohľadu pacientky, ktorá prežila klinickú smrť

Adamicová Katarína, Fetisovová Želmíra, Urbanova Zdenka

Súhrn

Autorky v netradičnej zostave (patológ, predseda Etickej komisie a pacientka), prezentujú prácu, s cieľom upozorniť zdravotnícky personál na niektoré poznatky, ktoré môžu zhumanizovať život "bezvedomého" pacienta. Vychádzajú z anamnestických a exaktných klinických, laboratórnych, zobrazovacích a histologických výsledkov, ktoré dopĺňajú subjektívnymi zážitkami pacientky. Nenárokujú si na priority verbalizovaných poznatkov, ktoré sú v odbornej literatúre pomerne často uvádzané. Považujú za potrebné zachytiť spomienky pacientky z obdobia bezvedomia a nevládnosti, ktoré pozostávajú hlavne z oblasti pocitov, ako aj sluchovej a čuchovej percepcie.

Na začiatku nášho príspevku citujeme časť POĎAKOVANIA, uverejneného v internom mesačníku Naša nemocnica č. 8 z roku 1991: "dňa 28.1.1991 ma doviezla sanitka vo vysokom štádiu gravidity, pred šiesty pavilón Fakultnej nemocnice. Vodič mi pomohol dostať sa ku pôrodnej sále. Celkový zlý stav a bolesti, ktoré som nepovažovala za pôrodné, (bola som druhorodička), mi neumožnili sa o seba postarať. Čím ďalej viac som bola odkázaná na zdravotnícku pomoc a čím ďalej som sa horšie cítila. Lekári z gynekologicko-pôrodnickej kliniky v Martine sa rozhodli riešiť môj pôrod cisárskym rezom. Svojho druhorodeného syna Viktora som videla na tretí deň od operácie jeden, jediný raz. Môj zdravotný stav sa tak prudko zhoršoval, že všetko svedčilo o tom, že sa už nikdy navzájom neuvidíme..."

Tolko úvodom. V ďalšom by sme radi informovali o prezentovanom prípade z troch aspektov: 1/ stručnej klinickej faktografie, 2/ bioptického nálezu, 3/ subjektívnych pocitov pacientky počas hospitalizácie.

1/V dňoch 28.1.1991 do 18.3.1991 bola pacientka postupne hospitalizovaná na Gynekologicko-pôrodnickej klinike, ARO, Chirurgickej klinike a Metabolickej JIS v MFN. V rámci hospitalizácie bola viac razy vyšetovaná mnohými konziliárnymi rôznych medicínskych odborov. Pre akútnu pankreatitídu bola gravidita ukončená per sectionem caesaream. V pooperačnom období postupná úprava vysokých hodnôt amyláz, pretrvávali subfebrílie a anémia, pre ktorú bola vykonaná transfúzia. V 5. operačný deň bola zaznamenaná porucha správania pacientky, neskôr diagnostikovaná ako amentno-delirantný stav. Liečená ako laktačná psychóza. Za ďalších 10 dní prudké zhoršenie klinického stavu, zaznamenaná renálna insuficiencia, somnolencia, sopor, edém mozgu, mydriatické zrenice, nepravidelná činnosť srdca od tachykardie, po výpady funkcie po klinickú smrť. Na ARO zistená hyperkalcémia, spočiatku korigovaná dialyzačnou liečbou a Miacalcitom. Neskôr angiograficky a sonograficky potvrdené zväčšenie pravého a ľavého dolného prištítného telieska. Tumory extirpované.

2/ Bioptickým vyšetrením diagnostikované adenómy v lokalizáciách pravého a ľavého dolného prištítného telieska.

3/ Po operačnej intervencii sa pacientka klinicky, laboratórne aj subjektívne dostáva do normy a 18.3.1991 po necelých dvoch mesiacoch v dobrom stave prepustená domov a do ambulantnej endokrinologickej starostlivosti. Hospitalizácia sa skončila po odbornej stránke úspešne. Naším zámerom však je poznanie subjektívnych pocitov pacientky, ktoré prežívala s rôznou intenzitou počas hospitalizácie, s dôrazom na obdobia, ktoré boli profesionálnym tímom zaznamenané ako bezvedomie či klinická smrť.

3/ Hlboko vpečatenými subjektívnymi pocitmi, ako vyplynulo z rozhovorov v období po hospitalizácii, boli nasledovné:

a/ V ťažkom klinickom stave sa naša pacientka neorientovala v čase a priestore. V období označovanom ako bezvedomie, netušila aký je dátum, či je deň alebo noc, ani na ktorom oddelení sa nachádza. Občas zaregistrovala oranžovú farbu (typické pre oddelenie ARO), nevedela a ani dnes nevie odhadnúť, v ktorej fáze hospitalizácie sa na oddelení ARO nachádzala,

b/V určitých obdobiach nerozlišovala medzi snom a skutočnosťou, sny mala rôzne. Dnes po 6 rokoch si ich vybavuje s takmer rovnakou intenzitou, ako v dobe, keď sa jej snivali. Najsilnejší sen bol ten, keď sa pacientke zdalo, že chce vidieť svoje novonarodené dieťa a zdravotný personál túto žiadosť odmietal. Mala pocit, že syn zomrel a nechcú ju o tom informovať,

c/ Mimoriadne nepríjemne vnímala ostré zvuky, najmä manipuláciu s kovovými nástrojmi, hlasnú hudbu z rádia, hlasné hovory zdravotníkov počas služieb. Dnes už tuší, že išlo hlavne o nočné služby, kedy celkový chod na oddeleniach utíchol. O to ostrejšie vnímala smejúci sa hlučný službu konajúci personál,

d/ Mimoriadne citlivo vnímala rozhovory pri posteli a to najmä intonáciu hlasu, pesimizmus resp. optimizmus výrokov, lekársku "hantýrku" ai. Nemohla nijakým spôsobom naznačiť, že počuje a vníma výroky typu: "nelepši sa" vnímala veľmi bolestne. Naopak, keď si jeden zo skúsených lekárov všimol, že počas rozhovoru s kolegom má pootvorené jedno oko a upozornil na to s vyjadrením: "pacientka nás počúva", bola nesmierne povzbudená, že niekto jej stav správne zaznamenal.

e/ Výrazne vnímala telesnú bolesť, napríklad pri kanylácii bez umŕtvenia, v období v ktorom nemohla poukázať na tento pocit,

f) Ľudsky senzibilné vnímala mieru ochoty zdravotníkov pri vykonávaní jej osobných a hygienických potrieb, ako neskôr konštatovala nie všetci zdravotnícki pracovníci sú rovnako zaniatení pre svoju prácu.

Niektorí vykonávajú skutočne len to najnutnejšie, čo sa od neho vyžaduje (napr. imobilnému pacientovi podá jedlo na nočný stolík a potom ho odnesie s poznámkou "zasa nič nejedol"), druhí v tej istej situácii tpežlivo bez nervozity s milými poznámkami dokážu pacienta nakŕmiť. To isté je cítiť pri vykonávaní hygienických potrieb pacienta. Tí, ktorí zažili pocit bezvládnosti vedia, že dobre vykonaná hygiena a slušnosť personálu, ktorý ju robí je povzbudením psychiky, tela i ducha bezvládneho pacienta. I naša pacientka

spomína na jednu obzvlášť milú sestričku, ktorá vždy keď mala službu, previezla ju pod sprchu, umyla vlasy, poumývala a dobre osušila. Bez ohľadu na to, že sa sama zamočila a musela sa potom prezliekať.

g/ Podobne ako sluchové, citlivo vnímala aj čuchové podnety a to najmä nepríjemné, napríklad gáza, resp. žinka, ktorou umývali pacientky, nie vždy voňali čistotou. Taktiež nádoby na jedlo zväčša páchli. V stave bezvládnosti nebolo možné na tieto fakty upozorniť.

Našou úlohou nie je diskutovať o poznatkoch exaktnej materiálnej a racionálnej vedy v tomto prípade. Nechceme rozprávať o definíciách stavov bezvedomia ich taxatívnych určení a poruchách integračných a preradovacích dráhach nervových signálov v strednom a veľkom mozgu.

Zamýšľame sa nad človekom, ktorý po klinickej a laboratórnej stránke spínal kritéria ťažkého stavu bezvedomia. Nad človekom, ktorý zažíval pocity, akým rozumela a podľa nich pracovala len časť zdravotníckeho personálu. Tu treba zdôrazniť, že nie fyzická bolesť bola tou najneznesiteľnejšou. Prežívanie osamotenía, profesionálneho chladu, nemožnosti prejavíť úzkosť, pre nevládnosť či nereflexiu okolia, ako aj strach o novorodenca, ktorého existenciu si pacientka uvedomovala, boli oveľa horšími pocitmi.

Je nutné konštatovať, že teraz a tu nedokážeme vyriešiť otázku, čo všetko bolo príčinou jej uzdravenia sa. Bola to dokonalá diagnostická a terapeutická schopnosť lekárov, bola to mimoriadne starostlivosť a empatia, či širšia znalosť časti stredného zdravotníckeho personálu? Umožnili to aj v tom čase mimoriadne povolené návštevy najbližších rodinných príslušníkov, ktoré v tom čase ešte neboli bežné v MFN alebo aj hypermotivácia pacientky, ktorá podvedome nechcela nechať svoje deti bez matky? Nevieme . Z jedného prípadu je ťažké generalizovať. Ďalej môžeme konštatovať, že v našom prípade neboli udávané pocity, ktoré publikoval napr. Moody vo svojom diele o netelesných pocitoch. Preto sa ani nemôžeme vyjadrovať o klinickej smrti, či hĺbke bezvedomia. Na druhej strane nemožno nebrať do úvahy aj vyššie opísané vnemové zážitky, ktoré sa môžu spolupodieľať na terminálnych zážitkoch pacientov o ktorých málokto hovorí, resp. už nemôže vypovedať.

Na základe tu uvedeného si dovoľíme zopakovať a navrhnúť niekoľko bodov pre upevnenie vedomostí zdravotníckych pracovníkov, ktorí ošetrujú ťažko chorých, či terminálnych pacientov. Základ v stručnosti prevezmeme z "etického manuálu", ako ho načrtla Karolína Moravcová: "Zdravotnícki pracovníci by mali byť osoby vyzreté a charitatívne zamerané. Mali by milovať svoje povolanie a tým aj "svojich" pacientov. Mali by doplniť svoju odbornú výchovu cirkevnou výchovou." -Z takejto myšlienky vyplývajú povinnosti pre dnešných učiteľov stredných či vysokých škôl a postgraduálneho vzdelávania. Zamerat' sa nielen na odborné a vedecké problémy, ale doplniť osnovy o to, čo v našich zemiach bolo tabu celé predchádzajúce desaťročia. Doučiť najmä seba a potom prežarovať svetlom európskej filozofie a humanistiky i kultúrou a náboženským spektrom rozmer odboru i vychovávaných jedincov.

Z takéhoto fóra oslovíť zamestnávateľov v zdravotníckych i školských zariadeniach v otázke životne dôležitej potreby zvyšovať počty morálne a eticky erudovaných zdravotníckych pracovníkov hlavne na

pracoviskách, kde kontakt so zomierajúcimi je najčastejší. Nedat' sa odradiť presvedčovaním o zlej economickej situácii, či údajným "preplnením" pracovných miest. Silou osobnosti reprezentantov zdravotníckych spoločenstiev, snažiť sa presadiť do každodenného života aj na Slovensku Listinu základných ľudských práv a pracovať na vyhlásení etického Kódexu Práv pacientov. V našej komunite dokázať, že aj keď "len" morálna a ešte nie právna záväznosť sa bude spolupodieľať na zľudštení súčasnej medicíny.

Záverom konštatujeme, že základy humanitnej medicíny aplikujú viacerí naši pracovníci aj tu v našich zariadeniach. I takéto stretnutia motivujú zdravotníckych pracovníkov ku alternatívnej, viac humanistickej ceste k pacientovi. Keby tak nebolo, neskončila by som poďakovaním pacientky, ktorým som náš príspevok začala: "Chcem totiž poďakovať všetkým, ktorí sa o mňa starali a nedopustili, aby zasa raz zvíťazila smrť. Nedopustili to svojou presnou diagnostikou, vynikajúcimi operačnými zásahmi a nesmierne starostlivou opaterou. Moje poďakovanie patrí všetkým tým, ktorých si pamätám, aj tým, ktorých som si nemohla zapamätať pre dlhodobé bezvedomie. Z tých, čo mi najviac utkveli v pamäti si dovoľm spomenúť primára MUDr. S. Fabuša, CSc, s celým kolektívom ARO, pracovníkov metabolickej jednotky I. internej kliniky, chirurgickej kliniky, ako aj pracovníkov gynekologicko-pôrodnického a novorodeneckého oddelenia, ktorí sa starali počas mojej nemohúcnosti o novorodeného syna, informovali ma o ňom a tým mi dávali silu a chuť do boja s mojou chorobou. Tiež ďakujem riaditeľovi nemocnice MUDr. M. Benčatovi, CSc, za humánne-operatívne porušenie zvyklostí, tým, že umožnil návštevu na oddelení mojím najbližším príbuzným. Dnes, keď píšem tieto riadky, uplynula už dosť dlhá doba na to, aby som aj ja uverila, že žijem a nehrozí mi už bezprostredné nebezpečie ohrozenia môjho života. Môj, teraz už 4 a pol-mesačný syn, spolu so starším Vilkom sú pri mne. Manžel, ktorý sa v dobách pre mňa najhorších vrátil zo zahraničia je tu a nám všetkým pomáha. Prežívam chvíle, ktoré som nemusela zažiť. Teším sa zo života, nevadia mi malichernosti, ktorým si iní strpčujú život. Že to tak je, chcem na adresu FN v Martine povedať len jedno - EŠTE RAZ ĎAKUJEM!"

LITERATÚRA

1. HAŠKOVCOVÁ, H.: Práva pacientu, Sestra, roč. II., č. 3
2. JÁN PAVOL II.: Encyklika Evangelium vitae, Tmava, Spolok sv. Vojtecha, 1995, s. 422
3. KOL. AUTOROV: Práva pacientov, Moderný medicínsky manažment, č. 6, dec. 1995, roč. II., s. 24
4. KUBLER-ROSS, E.: Odpovedi na otázky o smrti a umíraní, EM Reflex, študentský časopis pri 1. lekárskej fakulte UK Praha, 1995, s. 288
5. Medzinárodní dokumenty o lidských právech a humanitních otázkach, Praha, Melantrich, 1989
6. MOODY, R. A.: Život po živote, Praha, Odeon, 1991

7. MORAVCOVÁ, K.: Práce s umírajícím a jeho rodinou z pohledu sestry, v : Kubler-Ross, E.: Odpovedi na otázky o smrti a umírání. EM Reflex, Študentský časopis pri 1.lekárske fakulte UK Praha, 1995, s.288
8. NEMČEKOVÁ, M., HANZLÍKOVÁ, A.: Medicínska etika - morálny kódex, alebo aj zmena vzťahu k človeku? Med. etika a bioetika, Bratislava, SR, Júl-Sept. 1995, Vol. 2, No 3, s. 11 -12
9. MUDr. Katarína Adamicová CSc, Ústav patologickej anatómie JLF UK v Martine, Kollárova 2, 036 59
Martin MUDr. Želmíra Fetisovová CSc., Kožná klinika MFN, Kollárova 2, 036 59
10. Martin Zdenka Urbanova, 038 44 Jazernica 154.