



VISOKA MEDICINSKA ŠKOLA ZDRAVSTVA

MEDICINSKA ETIKA



Doc. dr Sreten Tešanović
sreten.tesanovic@yahoo.com



5. GLAVNA PODRUČJA MEDICINSKE ETIKE

- ✓ Umirući pacijent
- ✓ Odlučivanje o kraju života
- ✓ Definisavanje smrti
- ✓ Šanse za povratak u život
- ✓ Saopštavanje loših vijesti - dileme i kako im pristupiti
- ✓ Hermeneutički pristup
- ✓ Protokol Roberta Bakmena: šest faza u saopštavanju gorke istine

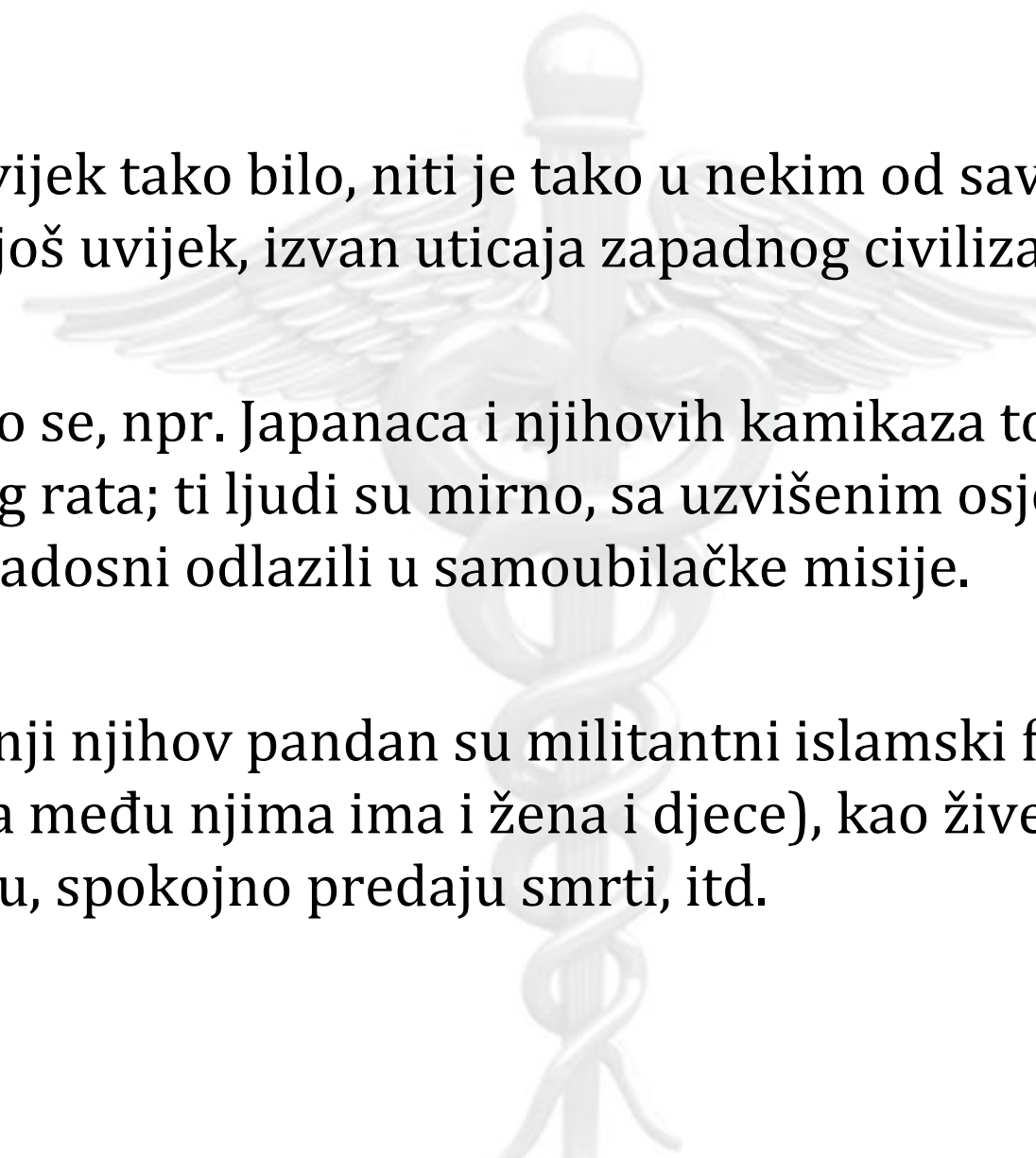
Umirući pacijent

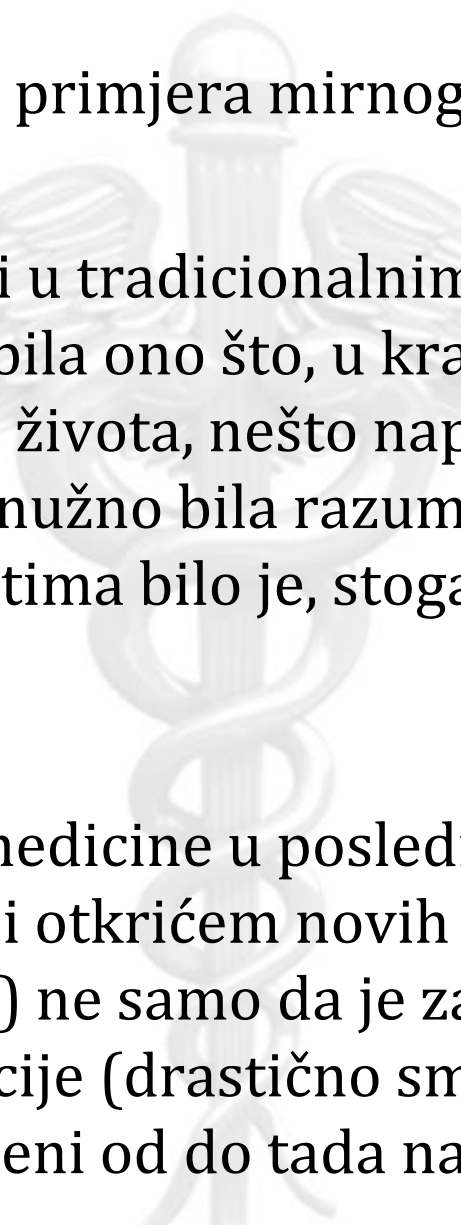
- ✓ Ima li dobre smrti?
- ✓ O „dobroj smrti“ može se govoriti samo dakle o onome što logika naziva *contradictio in adjecto* i pošto sintagma zla smrt teško da je ispravan izraz budući da je smrt sama po sebi – zlo, i stoga apsurdno zvuči i izraz dobra smrt.
- ✓ Smrt trpi attribute: nasilna, surova, iznenadna itd., ali zlo i dobro su kontradiktorni i jednostavno joj ne pripadaju.
- ✓ Čak i kada se nekom dogodi – kada današnji običan čovjek, razmišlja o sopstvenoj smrti, smatra se najmanjim zlom (nesvjestan umre u snu) smrt ostaje zlo za njegove bližnje, za one koji su ga voljeli. (smrt je zauzela njegovo mjesto i izazivala bol i nerijetko nepodnošljivu patnju)

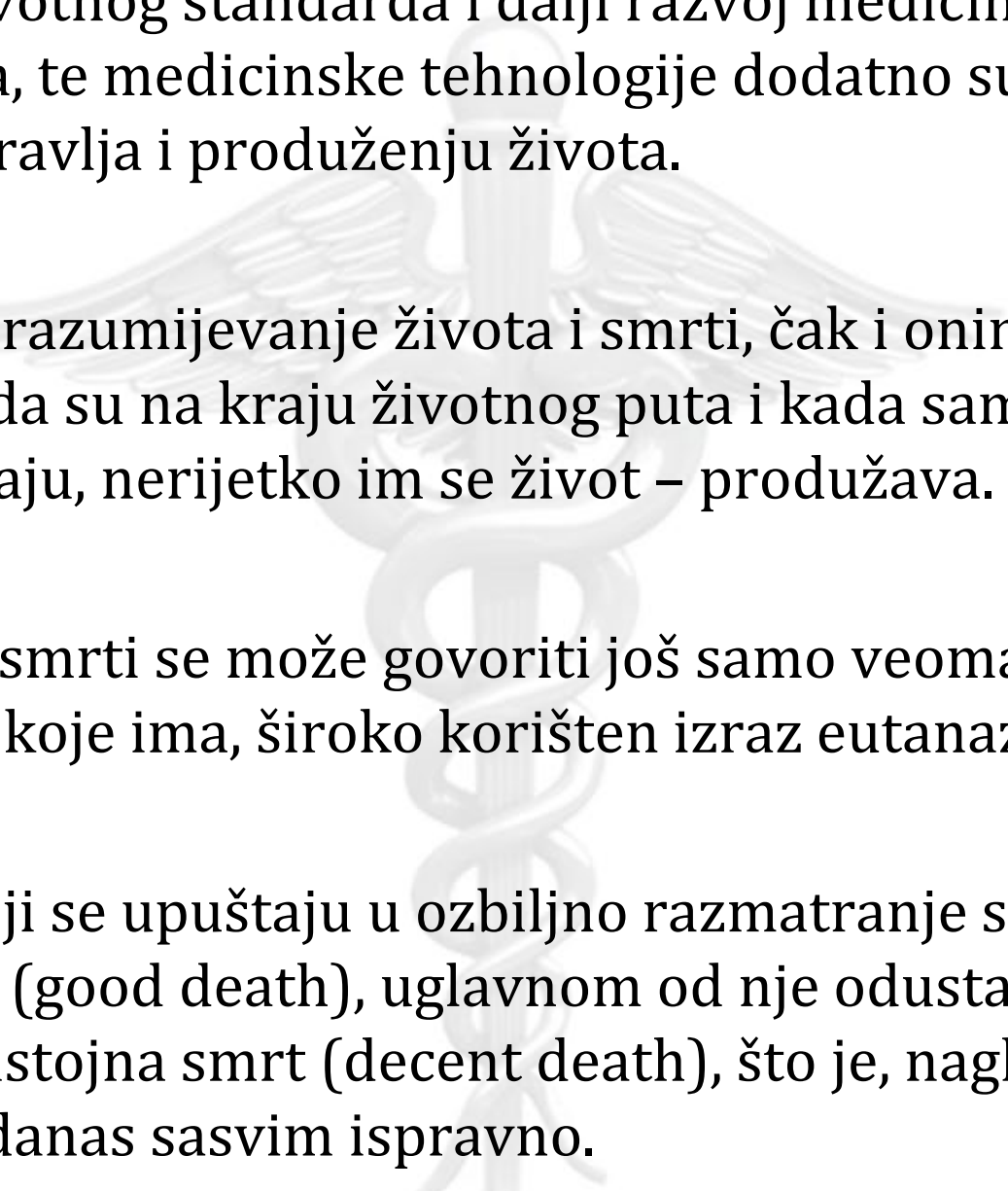
✓ Savremenu zapadnu civilizaciju, karakteriše prkošenje smrti i očajnički naponi da se ona potisne i koliko god je moguće – odloži.

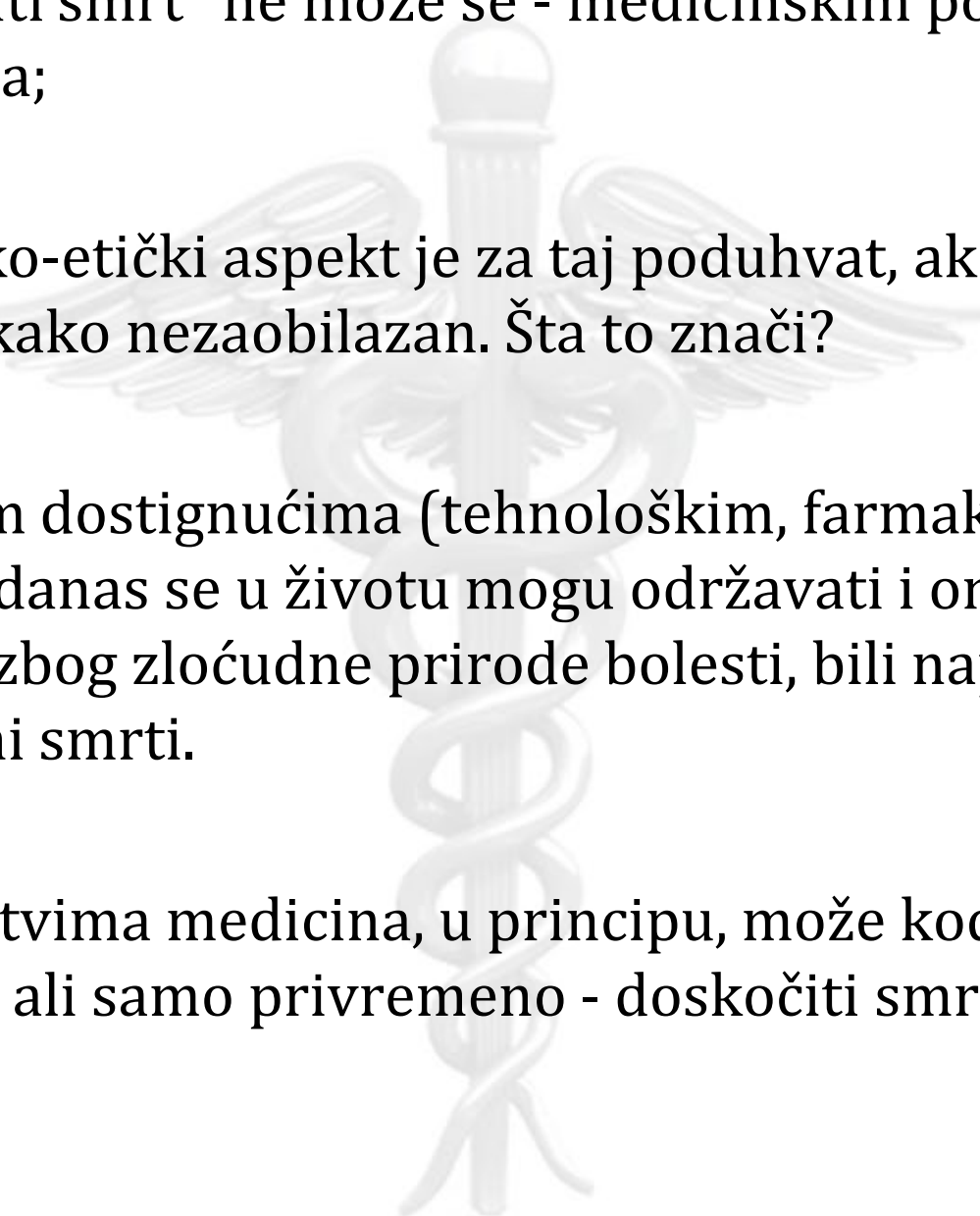
✓ Zapadni čovjek je danas, putem dostupnih medija, ne samo okružen, nego bukvalno opsjednut slikama/porukama u kojima ima mjesta najčešće samo za mladost, ljepotu, zdravlje..., odnosno podmlađivanje, uljepšavanje, zdrav život i dugovječnost...

✓ Kao da je na djelu dobro pripremljen, organizovan, i sistematski sproveden projekat zaborava smrti; stalan napor da se otkloni jedna neugodna kolektivna opsesija.

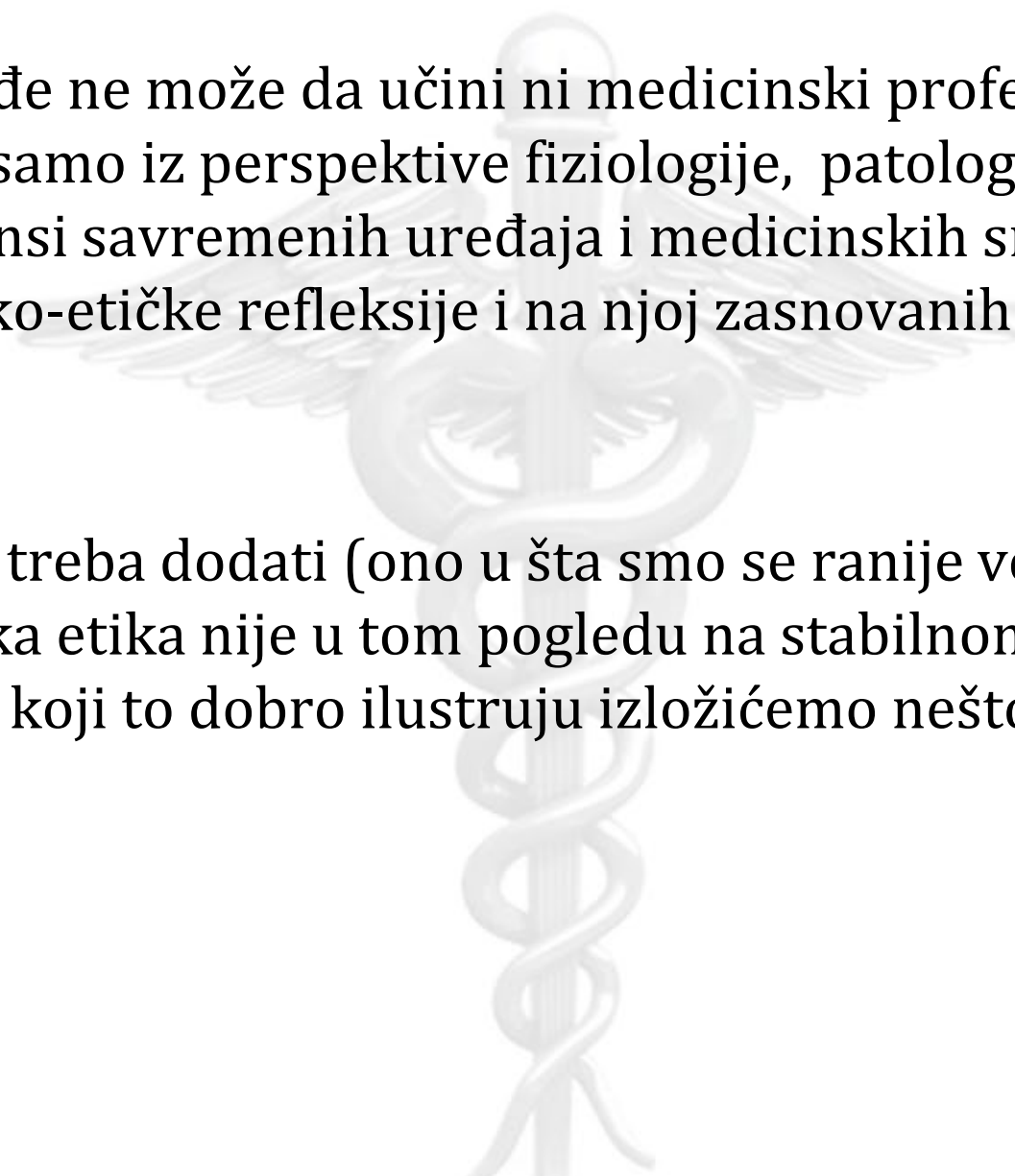
- 
- ✓ Nije uvijek tako bilo, niti je tako u nekim od savremenih kultura koje su, još uvijek, izvan uticaja zapadnog civilizacijskog kruga.
 - ✓ Sjetimo se, npr. Japanaca i njihovih kamikaza tokom Drugog svjetskog rata; ti ljudi su mirno, sa uzvišenim osjećanjima i gotovo radosni odlazili u samoubilačke misije.
 - ✓ Današnji njihov pandan su militantni islamski fundamentalisti koji se (a među njima ima i žena i djece), kao žive bombe, takođe s radošću, spokojno predaju smrti, itd.

- 
- ✓ Danas, ponegdje ima primjera mirnog suočavanja sa smrću.
 - ✓ To su još samo ostaci u tradicionalnim zajednicama u kojima je smrt ranije uglavnom bila ono što, u krajnjoj liniji, zaista i jeste, sastavni i prirodan dio života, nešto naprosto neizbježno i kao takva, ona uopšte nije nužno bila razumijevana i vezana za zlo. (u tim kulturnim kontekstima bilo je, stoga, primjereno govoriti i o – dobroj smrti)
 - ✓ Razvojem zapadne medicine u poslednjih stotinjak godina (unapređenje higijene i otkrićem novih lijekova, naročito, penicilina i antibiotika) ne samo da je zaustavljeno umiranje manje otporne populacije (drastično smanjenje smrtnosti djece), nego su i odrasli zaštićeni od do tada najčešćeg uzroka smrti, infektivnih bolesti.

- 
- ✓ Porast životnog standarda i dalji razvoj medicinskih znanja i sredstava, te medicinske tehnologije dodatno su doprinjeli zaštiti zdravlja i produženju života.
 - ✓ Danas se razumijevanje života i smrti, čak i onima za koje je izvjesno da su na kraju životnog puta i kada sami žele taj put da okončaju, nerijetko im se život – produžava.
 - ✓ O dobroj smrti se može govoriti još samo veoma uslovno, u značenju koje ima, široko korišten izraz eutanazija.
 - ✓ Autori koji se upuštaju u ozbiljno razmatranje smisla ove sintagme (good death), uglavnom od nje odustaju u korist izraza pristojna smrt (decent death), što je, naglašavamo ponovo, danas sasvim ispravno.

- 
- ✓ "Upristojiti smrt" ne može se - medicinskim postupcima i sredstvima;
 - ✓ Medicinsko-etički aspekt je za taj poduhvat, ako ne odlučujući, a ono svakako nezaobilazan. Šta to znači?
 - ✓ Najnovijim dostignućima (tehnološkim, farmakološkim...) u medicini, danas se u životu mogu održavati i oni bolesnici koji su ranije, zbog zloćudne prirode bolesti, bili naprosto prepuštani smrti.
 - ✓ Tim sredstvima medicina, u principu, može kod nekih patologija ali samo privremeno - doskočiti smrti, odnosno da je odloži.

- ✓ To se može činiti svima koji su jednaki po bolesti koja ih je snašla (jednakost u bolesti je relevantna za medicinsko postupanje, ali gubi u većoj ili manjoj mjeri, svoju "specifičnu težinu" pred brojnim razlikama koje odlikuju svakog pojedinačnog "člana" date klase bolesnih).
- ✓ I tu stupa na scenu **medicinska etika**, tj. vrijednosti, norme i principi kojima će se medicinski profesionalac rukovoditi u procjenjivanju i konkretnoj praktičnoj primjeni - odnosno odustajanju od primjene - moći savremene medicine.
- ✓ Osnovna pitanja koja se tu podrazumijevaju su: kome, odnosno kada produžavati život, kada prekinuti taj tretman i kada ga uopšte ne primjenjivati (tj. pacijenta pustiti da umre), a da epilog (smrt) bude pristojan?



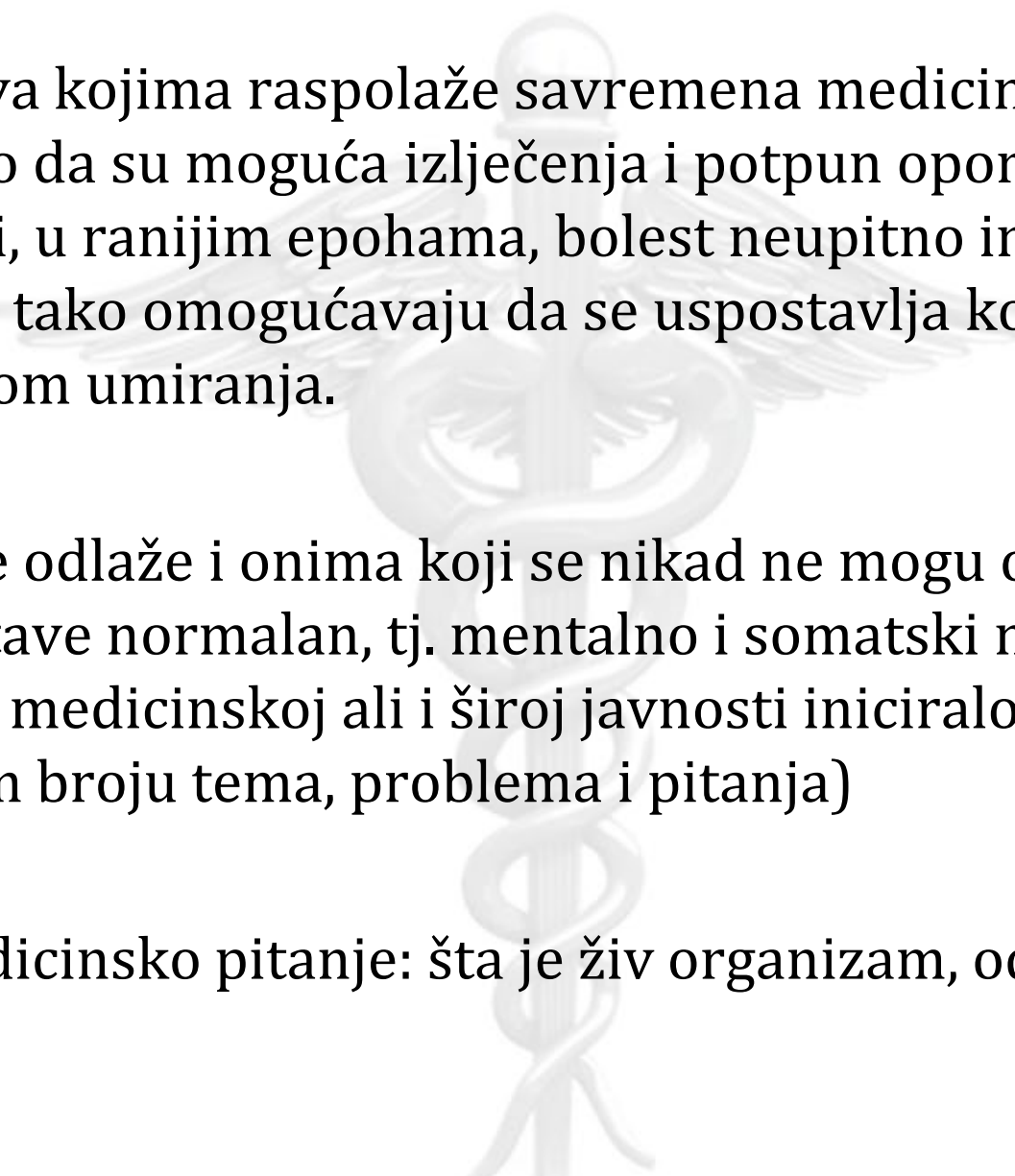
✓ To takođe ne može da učini ni medicinski profesionalac ako rezonuje samo iz perspektive fiziologije, patologije, odnosno performansi savremenih uređaja i medicinskih sredstava, bez medicinsko-etičke refleksije i na njoj zasnovanih moralnih procjena.

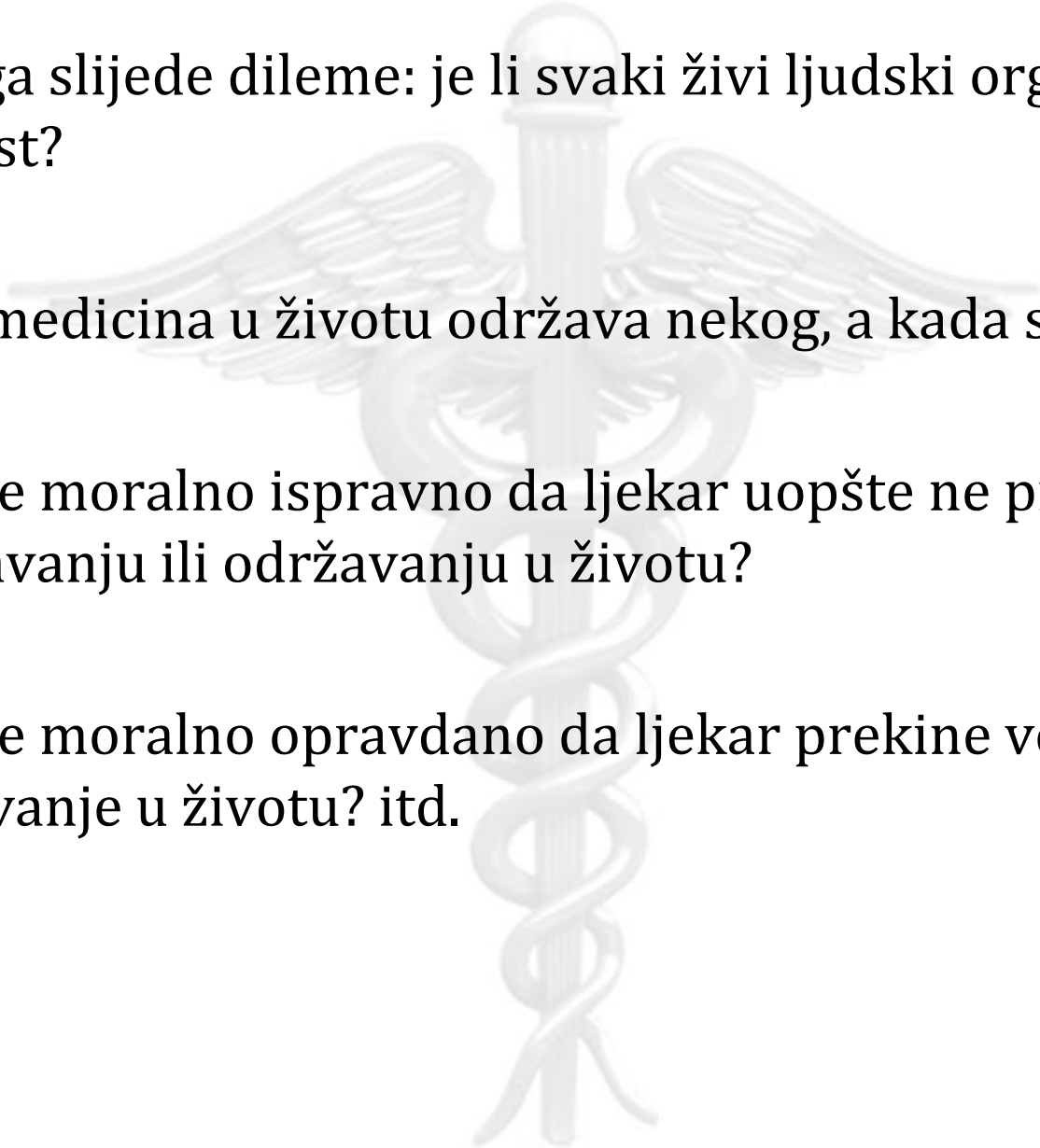
✓ Odmah, treba dodati (ono u šta smo se ranije već uvjerali), da ni medicinska etika nije u tom pogledu na stabilnom terenu. (Primjere koji to dobro ilustruju izložićemo nešto kasnije).

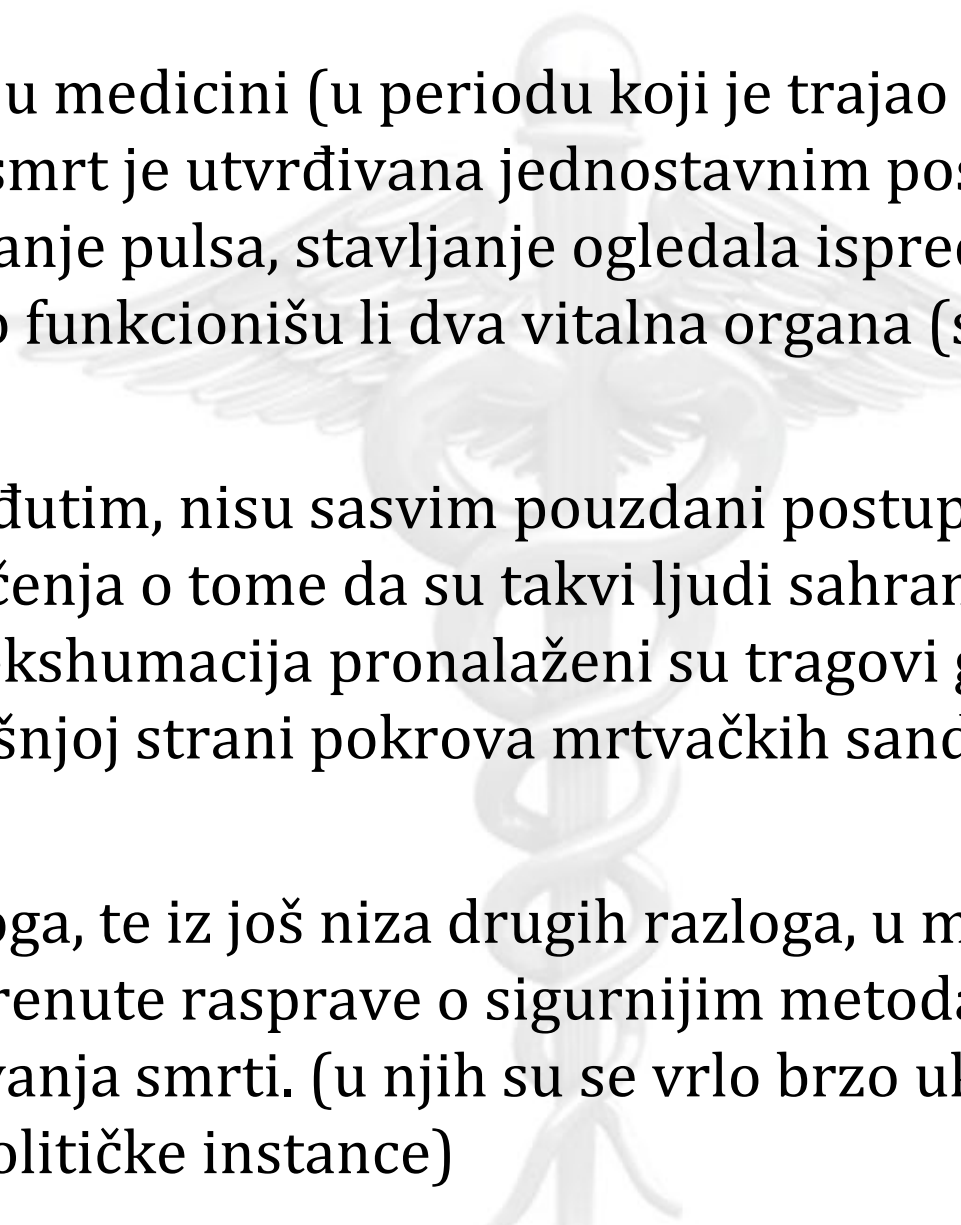
Odlučivanje o kraju života



- ✓ Medicinskim profesionalcima je suočavanje sa smrću sastavni dio poziva.
- ✓ Smrt čovjeka je sama po sebi iskustvo s kojim svako razumno ljudsko biće danas teško izlazi na kraj, a bilo kakva uključenost/umješanost u taj događaj, mnogostruko otežava.
- ✓ Kada je u pitanju odlučivanje o kraju života, opšti principi - ne nauditi, činiti dobro, autonomija pacijenta, pravičnost itd. – gube više nego u bilo kojoj drugoj medicinskoj situaciji i od svoje univerzalnosti i od svoje neposredne primjenljivosti.

- 
- ✓ Sredstva kojima raspolaže savremena medicina učinila su ne samo to da su moguća izlječenja i potpun oporavak onih kod kojih bi, u ranijim epohama, bolest neupitno imala smrtni ishod, i tako omogućavaju da se uspostavlja kontrola nad procesom umiranja.
 - ✓ Smrt se odlaže i onima koji se nikad ne mogu oporaviti toliko da nastave normalan, tj. mentalno i somatski nezavisan život. (to je u medicinskoj ali i široj javnosti iniciralo rasprave o velikom broju tema, problema i pitanja)
 - ✓ Biomedicinsko pitanje: šta je živ organizam, odnosno šta je smrt?

- 
- ✓ Iz njega slijede dileme: je li svaki živi ljudski organizam i osoba i ličnost?
 - ✓ Kada medicina u životu održava nekog, a kada samo nešto?
 - ✓ Kada je moralno ispravno da ljekar uopšte ne pristupi oživljavanju ili održavanju u životu?
 - ✓ Kada je moralno opravdano da ljekar prekine već otpočeto održavanje u životu? itd.

- 
- ✓ Ranije, u medicini (u periodu koji je trajao hiljadama godina), nečija smrt je utvrđivana jednostavnim postupcima kakvi su opipavanje pulsa, stavljanje ogledala ispred usta i sl., a da bi se saznalo funkcionišu li dva vitalna organa (srce i pluća).
 - ✓ To, međutim, nisu sasvim pouzdani postupci (postoje, brojna svjedočenja o tome da su takvi ljudi sahranjeni živi; prilikom nekih ekshumacija pronalazeni su tragovi grebanja na unutrašnjoj strani pokrova mrtvačkih sanduka).
 - ✓ Zbog toga, te iz još niza drugih razloga, u medicinskoj javnosti su pokrenute rasprave o sigurnijim metodama i kriterijima utvrđivanja smrti. (u njih su se vrlo brzo uključili i pravnici, te neke političke instance)

Primjer:

Kao primjer se može navesti slučaj jednog mladog čovjeka, Tony Bland, starog 17 godina, koji je povrijeđen na fudbalskoj utakmici i ostao je bez svijesti nekoliko godina. Dijagnostikovano mu je stalno vegetativno stanje. U ovakvom stanju bi mogao živjeti godinama uz pomoć aparata, enteralne ishrane i dobre njege, a da nikada ne bi ponovo postao svjestan i bez očekivanja bilo kakvog poboljšanja. Njegovi roditelji i doktor Howe su podnijeli peticiju sudu da mu se prekine vještačka prehrana da bi mu se dozvolilo da umre. Slučaj je prošao kroz mnoge zamršene sudske procedure, a u rješavanje slučaja je na kraju uključeno devet sudija, jedan iz Porodičnog odjela vrhovnog suda, tri iz Apelacionog suda i pet iz Doma lordova. Lord Mustill je na kraju zaključio da isključivanje aparata, kojima je održavan na životu nije sasvim legalno i isto tako etički prihvatljivo, ali da Tony ne može duže, s obzirom na opšte stanje, biti ono što se zove ličnost.

✓ U novijim diskusijama po tom pitanju glavnu riječ imaju neurolozi kod kojih su se u centru pažnje našle dvije grupe pacijenata.

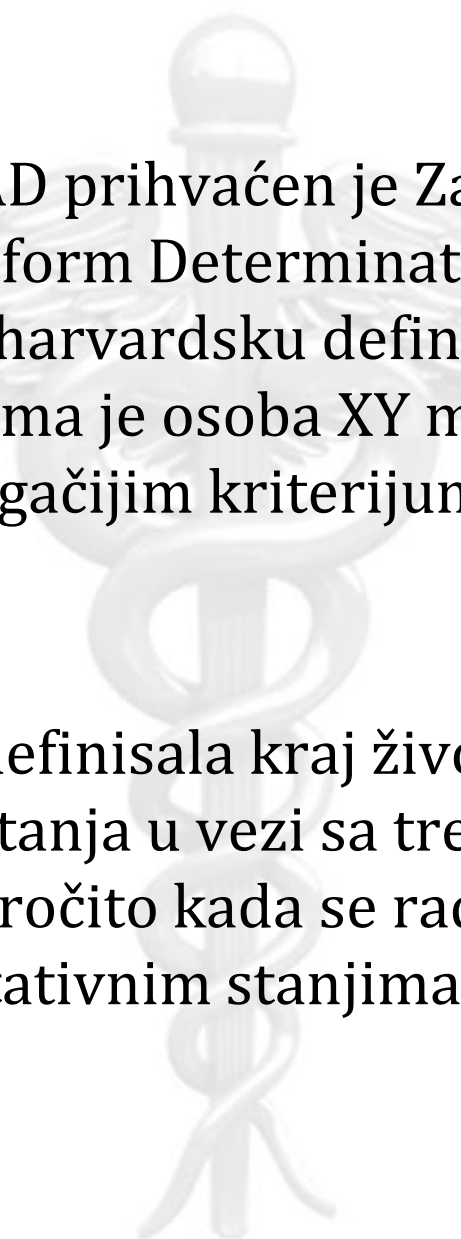
✓ Prvu grupu čine oni kojima je čitav mozak nepovratno prestao da funkcioniše. (trajno nesvjesne individue kojima se, međutim, funkcije srca i pluća održavaju odgovarajućim medicinskim aparatima - moždana smrt engl. brain-dead).

✓ U drugu grupu spadaju pacijenti kojima oštećenje mozga nije ugrozilo kardio-pulmonalne funkcije, ali je uzrokovalo trajno odsustvo svijesti (oni koji su u permanentnoj komi i u trajnom stanju vegetiranja).

Za obe grupe se postavlja pitanje: čine li ih živi ili mrtvi ljudi i koja vrsta njihovog tretmana je moralno opravdana?

Definisanje smrti

- ✓ Mišljenja o tome kada je čovjek zaista mrtav bila su a i ostala podijeljena.
- ✓ Još 1968. godine, jedan ad hoc formirani komitet na Medicinskom fakultetu Harvard (SAD) predložio je da se kao pouzdan kriterij smrti uzme, na osnovu validnih testova utvrđeno, trajno odsustvo funkcija cijelog mozga.
- ✓ Ovim je, dakle, dopunjen tradicionalan kriterijum po kojem su odsustvo disanja i rada srca dovoljni pokazatelji nečije smrti (ako je neko "harvardski mrtav" onda je stvarno mrtav-parola koja se tada pojavila u američkoj medicinskoj zajednici).



✓ U svim državama SAD prihvaćen je Zakon o jednoobraznom utvrđivanju smrti (Uniform Determination of Death Act) - koji se oslanja na navedenu harvardsku definiciju - a da bi se izbjegle bizarne situacije u kojima je osoba XY mrtva u državi Masačusets, ali je još uvijek, po drugačijim kriterijumima, živa u npr. Kaliforniji.

✓ Kako god medicina definisala kraj života, za medicinsku etiku ostaje niz otvorenih pitanja u vezi sa tretmanom pacijenata u takvim situacijama, naročito kada se radi o komatoznim, odnosno trajnim vegetativnim stanjima.

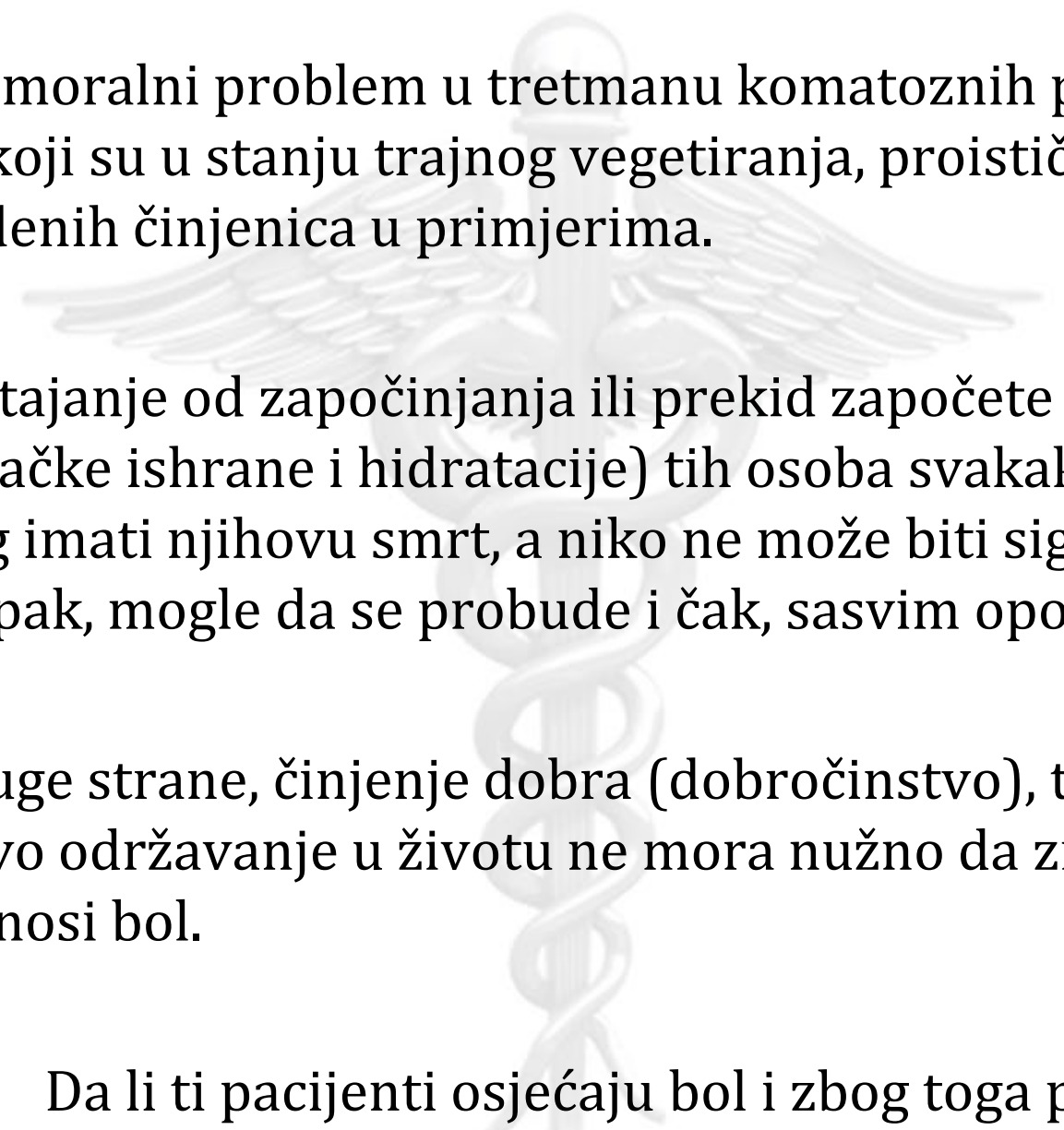
Šanse za povratak u život

- ✓ U medicini postoje brojne neizvjesnosti, a jedna od većih svakako je ona koja se tiče procjena da li će se pacijent probuditi ili ne iz kome i trajnog vegetativnog stanja, tj. znanja o tome, je li nečije nesvjesno stanje ireverzibilno ili ne.
- ✓ O tome su vršena istraživanja, ali njihovi rezultati ne idu mnogo dalje od pukih brojki/statistika (u širim praćenjima stanja takvih pacijenata), odnosno prikazivanja pojedinačnih slučajeva.
- ✓ *Rezultati jednog takvog ispitivanja objavljeni su 1994.: od 434 osobe sa traumatskim povredama glave, 7 ih je, povratilo svijest, oporavile se iz stanja vegetiranja 12 - 30 mj.*

✓ *Godine 1996. objavljeno je da su se dva (od 34) pacijenta oporavila, iako su bila u izuzetno teškom stanju anoksične kome. Iste godine, navodi se slučaj pacijenta koji se probudio iz kome koja je trajala čak punih osam godina (istina, budno stanje je trajalo samo nekoliko sati - tokom kojih je razgovarao sa svojom rodbinom - poslije čega je ponovo pao u komu i, posijle trinaest mjeseci, umro).*

✓ *Trudnica Marija Hernandez, iz Los Anđelesa, pala je u komu u kojoj je bila mjesec dana, poslije čega se probudila i srećno rodila blizance.*

✓ *Izvjesno je, međutim, da je veća vjerovatnoća da će se iz takvih stanja povratiti pacijenti sa traumatskim povredama nego oni kod kojih je mozak pogođen anoksijom (smanjen dotok kisika)*

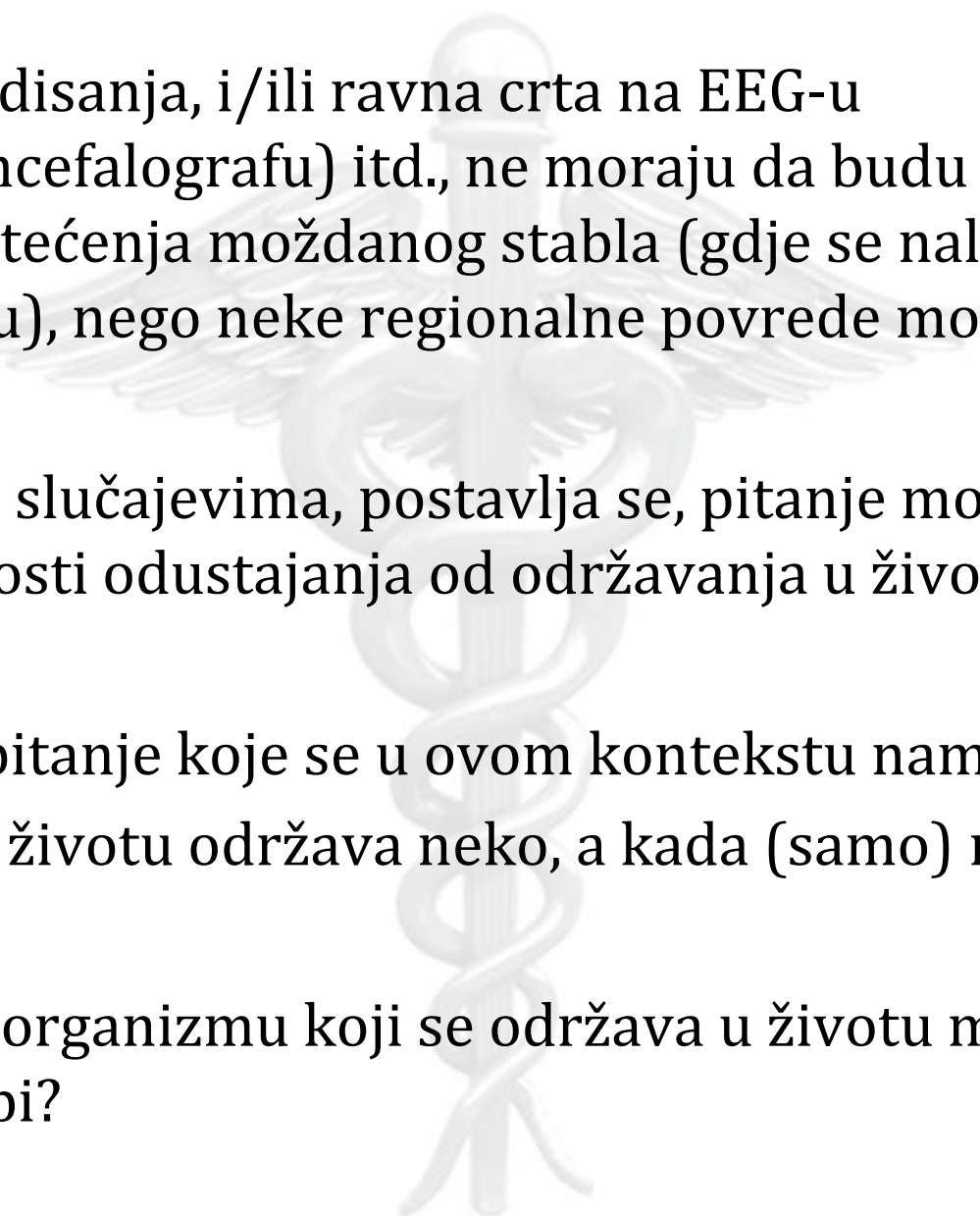
- 
- ✓ Opšti moralni problem u tretmanu komatoznih pacijenata i onih koji su u stanju trajnog vegetiranja, proističe iz naprijed navedenih činjenica u primjerima.
 - ✓ Odustajanje od započinjanja ili prekid započete njege (vještačke ishrane i hidratacije) tih osoba svakako će kao epilog imati njihovu smrt, a niko ne može biti siguran jesu li one, ipak, mogle da se probude i čak, sasvim oporave.
 - ✓ Sa druge strane, činjenje dobra (dobročinstvo), tj. takvo njihovo održavanje u životu ne mora nužno da znači da im se ne nanosi bol.

Da li ti pacijenti osjećaju bol i zbog toga pate?

✓ Pitanje je na koje neurolozi još nisu dali konačan odgovor (nešto više od 30% anketiranih američkih neurologa smatra da te osobe najvjerovatnije osjećaju bol, to jest da pate.

✓ I kada je riječ o pokazateljima cerebralne (moždane) smrti, i oni mogu da zavaraju.

✓ Postoje tzv. baterije testova kojima se ona konstatuje (utvrđuje se potpuno i trajno odsustvo spontanog disanja, potpuna ugašenost svih refleksa, potpuna hipotonija, potpuni gubitak EEG aktivnosti i odsustvo cerebralne cirkulacije), ali njihovo precizno sprovođenje nije uvijek moguće, a i kada je moguće oni ne pružaju apsolutno sigurnu potvrdu.

- 
- ✓ Odsustvo disanja, i/ili ravna crta na EEG-u (elektroencefalografu) itd., ne moraju da budu posljedica trajnog oštećenja moždanog stabla (gdje se nalaze centri za respiraciju), nego neke regionalne povrede mozga.
 - ✓ I u takvim slučajevima, postavlja se, pitanje moralne opravdanosti odustajanja od održavanja u životu.
 - ✓ Posebno pitanje koje se u ovom kontekstu nameće je: kada se u životu održava neko, a kada (samo) nešto?
 - ✓ Kada se o organizmu koji se održava u životu može govoriti kao o osobi?

✓ Pitanje je važno zbog toga što se u medicinskoj etici, odnosno u medicinskoj moralnoj refleksiji i procjenjivanju, u principu poklanja veća (kod nekih autora isključiva) pažnja čovjeku koji jeste osoba/ličnost, nego organizmu koji je to izgubio (bitno ljudsko svojstvo).

✓ Ali, ko je osoba?

✓ Može se poći od određenja da je osoba (ličnost) ono ljudsko biće kod kog su očuvane kognitivne, emocionalne i konativne funkcije.

✓ Pitanje granice iza koje ljudski organizam definitivno nije više osoba - što, u principu, čini da onda moralne dileme o njegovom očuvanju počinju da blijede ili da čak sasvim nestaju priznajemo, etički je vrlo složeno i delikatno.

✓ ("Slučaj Marije,, govori o pacijentu kojem bolest postepeno oduzima svojstva osobe; ovaj slučaj pokreće i niz drugih etičkih/moralnih dilema a prije svega tiče se i nešto ranije izloženog šireg (zapadnog) civilizacijskog problema: smisla produžavanja života.

Primjer:

Marija, stara 82 godine, je živjela u Atini. U poslednje dvije godine, bila je značajno onemoćala zbog artritisa, a uz to gotovo sasvim je izgubila vid (posljedica bezuspješno liječene katarakte i glaukoma). U skladu sa običajem koji se u Grčkoj još uvijek poštuje, o njoj su u porodičnoj kući vodili računa njeni bližnji. Mariji se, međutim, stanje drastično pogoršalo poslije moždanog udara, te je bila smještena u jednu Atinsku bolnicu. Moždani udar ju je doveo u kako je to njen ljekar definisao, polukomu.

Odmah se pristupilo vještačkoj ishrani i hidrataciji. Kako su procjene ljekara u vezi sa njenim oporavkom bile krajnje pesimistične, odustalo se od svih drugih terapijskih postupaka. Njeni bližnji, koji su je redovno obilazili i sami su uvidjeli da je u veoma teškom stanju, pa su i oni i ljekari izbjegavali da o tome pred njom govore.

Uprkos tome, bilo je jasno od početka da je Marija svjesna šta ju je snašlo i tokom prvih šest sedmica boravka u bolnici, stalno je izražavala želju da joj se dozvoli da umre. To je radila pomoću gestova i riječi koje je jedva uspijevala prilično nejasno da izgovori. Više puta joj je pošlo za rukom da izvadi cijev kojom je hranjena. Marija je cijelog života imala jaku averziju prema bolnicama i sigurno bi se, da je mogla, oduprla hospitalizaciji.

Njenoj djeci, koja su puno vremena provodila sa njom, nije bio potreban tumač da bi shvatili majčine poruke i smatrali su, da je dužnost da se udovolji njenoj poslednjoj želji. Pošto su o tome u više navrata razgovarali, odlučili da sugerišu Marijinom ljekaru da razmotri mogućnost odustajanja od daljnjeg tretmana.

Ljekar je to odlučno i jasno odbio. Smatrao je da bi time postupio protiv moralnih/etičkih principima koje kao ljekar treba da slijedi; prije svega, protiv principa primum non nocere.

Takođe, tvrdio je, Marijinu želju nije mogao da tumači bez rezerve, s obzirom na njeno psihičko stanje (opisao ga je kao blagi oblik depresije).

Iako nevoljno, Marijina porodica je prihvatila ljekarevu odluku. Naredne sedmice stanje pacijentkinje se još više pogoršalo i pala je u potpunu i ireverzibilnu komu.

Druga rasprava sa porodicom navela je ljekara da odustane od vještačkog hranjenja, ali nije pristao na to da se Mariji uskrati hidratacija. Dvije sedmice nakon toga, pacijentkinja je doživela i drugi moždani udar i ubrzo je preminula.

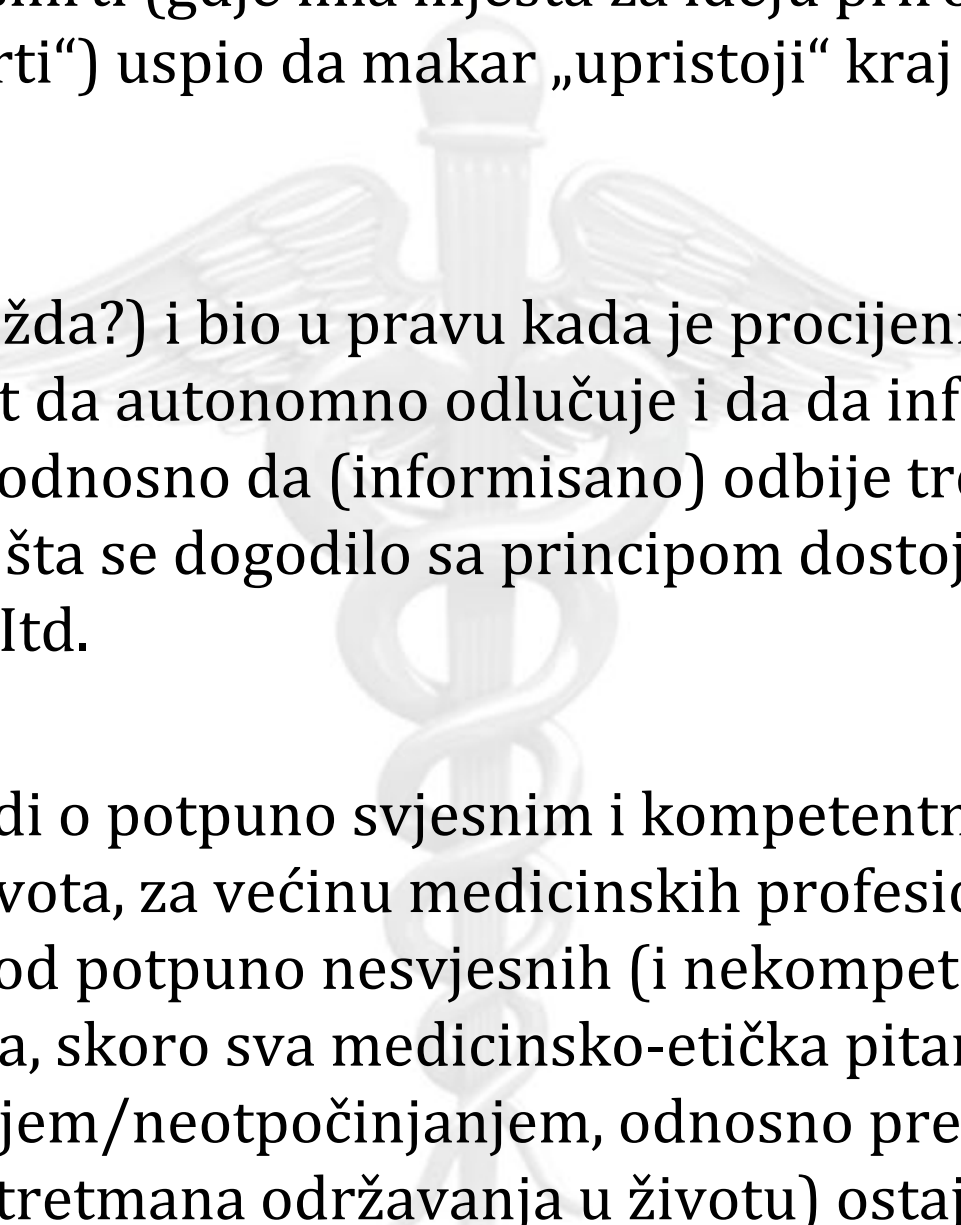
Marija je (sva je prilika osjećala i znala) da je završila svoje poslove u životu i da joj je vrijeme da ode. Imala je dug i ispunjen život, bila je okružena ljubavlju i pažnjom bližnjih, i u jednom tradicionalnom socio-kulturnom miljeu njeno bi osjećanje i saznanje bilo prihvaćeno kao normalno, umrla bi prirodno i njen bi kraj života vjerovatno bio procjenjen kao „dobra smrt“.

Tome bi još svakako doprinjela i činjenica da je već bila prilično onemoćala (zbog jako oštećenog vida i bolnog artritisa - kako bi se danas reklo, „kvalitet života“ joj je bio nizak). Njeni bližnji su takođe to osjećali i na kraju kada je preminula, oštro su reagovali zbog načina na koji je ljekar prema njoj svo vrijeme postupao. Ljekar je i dalje tvrdio da se dosljedno držao principa ne nauditi, i tome je dodao argument da pacijentkinja nije bila sasvim kompetentna da donosi odluku o svom statusu. Svoju ogorčenost Marijina djeca su konačno izrazila riječima da joj ljekar svojim mjerama nije produžavao život, nego umiranje i patnju.

✓ U ovom slučaju na djelu je bio očit sukob smisla dva koncepta i ciljeva medicine (tradicionalan i savremen), odnosno, nešto uže posmatrano, sukob izvjesnih medicinsko-etičkih principa.

✓ Većina autora koji razmatraju ovakva pitanja, slažu se u tome da je autonomno donijeta i jasno izražena odluka pacijenta da se ne otpočinje, tj. da se prekine tretman njegovog održavanja u životu, nešto što ljekari trebaju da uvažavaju i prema tome postupaju.

✓ U navedenom slučaju, pacijent je, bar prema procjeni ljekara, bio negdje između kompetentnosti i potpune nekompetentnosti.

- 
- ✓ Razmislite je li on – radeći protiv tradicionalnog načina tretiranja smrti (gdje ima mjesta za ideju prirodne, a onda i „dobre smrti“) uspio da makar „upristoji“ kraj Marijinog života?
 - ✓ Ako je (možda?) i bio u pravu kada je procijenio da je njena sposobnost da autonomno odlučuje i da da informisani pristanak, odnosno da (informisano) odbije tretman bitno umanjena, šta se dogodilo sa principom dostojanstva pacijenta? Itd.
 - ✓ Kada se radi o potpuno svjesnim i kompetentnim pacijentima na kraju života, za većinu medicinskih profesionalaca stvari su jasne, ali kod potpuno nesvjesnih (i nekompetentnih) pacijentima, skoro sva medicinsko-etička pitanja (u vezi sa otpočinjanjem/neotpočinjanjem, odnosno prekidom otpočetog tretmana održavanja u životu) ostaju otvorena.

Saopštavanje loših vijesti - dileme i pristupi

- ✓ Istina je vrijednost po sebi i poštuje se i teži joj se i u običnom, svakodnevnom ljudskom komuniciranju, a naročito u filozofiji i nauci, a ponekad čak toliko da su ljudi zbog nje spremni i svoj život da žrtvuju.
- ✓ Da li je istina uvijek neprikosnovenjena - jesmo li joj baš uvijek sasvim privrženi i jesmo li je baš uvijek željni? Da odmah kažemo, odgovor je: ne.
- ✓ Moramo uvijek misliti na ono šta kažemo, ali ne moramo uvijek da kažemo sve što mislimo-ćutnja, nije laž.

Primjer:

Gospodin M. ima 68 godina. Fizički se „dobro drži“, ali mu je Alchajmerova bolest u psihi napravila već popriličnu pometnju. Zbog toga je, šest godina ranije, bio prijevremeno penzionisan. Živi sa suprugom, koja je njegovih godina, a najveći dio svog vremena, budući da se on lako gubi i zaboravlja gdje živi, ona provodi tako što vodi računa o njemu. Svakog radnog dana po gospodina M. dolaze ambulantna kola koja ga odvoze u medicinski centar (vrstu dnevne bolnice), gdje se druži sa ostalim bolesnicima, prima terapiju i provodi više sati pod nadzorom za tu vrstu bolesti, specijalizovanog medicinskog osoblja. To je jedino vrijeme koje njegova supruga može da koristi da bi nesmetano obavljala redovne kućne poslove i da bi se posvetila sebi. Naravno, za suprugu je sve to bilo i emocionalno i fizički teško, ali je, vremenom, uspostavila čvrst dnevni raspored, rutinu koja joj je koliko toliko olakšavala život

A onda se javio ozbiljan problem. Gospodin M. je počeo da negoduje zbog odlazaka u dnevnu bolnicu, tvrdeći da je „tamo OK, ali da gubi mnogo vremena, dok mu se na poslu nagomilavaju silne obaveze“. Nevoljno je nastavio da odlazi u centar, ali postao je sve uznemireniji, povremeno veoma razdražljiv. Njegova supruga postaje vrlo uznemirena, jer nije znala kako dalje da postupa, pa je zatražila savjet od medicinske ekipe koja je dolazila po njenog muža. Predložili su joj da mu kaže kako su ambulantna kola, u stvari, taksi koji je ona pozvala da ga odveze na posao. Uvjeravali su je da imaju iskustva s takvim bolesnicima, da se takve stvari stalno dešavaju, te da će se ne samo oni, nego i osoblje u dnevnoj bolnici prilagoditi toj priči (svi će se ponašati u skladu s njom), te da gospodin M. gotovo sigurno neće primijetiti da je riječ o „maloj prevari“. Suprugi gospodina M. ovaj prijedlog nije izgledao baš ubjedljivo, a ni umjesno.

✓ Argumenata za i protiv ovakvog postupanja (laganja pacijenta) ima gotovo podjednako.

✓ Kada se i jedni i drugi saberu, proizlazi da je ova „mala prevara“:

a) opravdana – jer će svima donijeti dobrobit: gospodin M. će i dalje imati neophodnu njegu koja mu se pruža u dnevnoj bolnici, a gospođa će biti pošteđena dodatnih briga jer i tako ima već prevelikih obaveza;

b) neprihvatljiva – jer je laganje u suprotnosti sa moralnim stavom supruge, jer će i njen muž, ako uvidi da je prevaren, biti veoma povrijeđen, jer i „mala“ laž lako vodi u neke druge obmane (i tako stvara jednu teško popravljivu - atmosferu laži).

- ✓ Postoje i nešto drugačiji pristupi ovakvim i sličnim pitanjima.
- ✓ Jedan od njih polazi od striktnog razdvajanja principizma (u ovom slučaju, naziv za onu vrstu moralnog procjenjivanja opravdanosti saopštavanja ili ne saopštavanja istine koje se oslanja na osnovne medicinsko-etičke principe: ne nauditi, dobročinstvo, autonomija...) i terapijske perspektive.
- ✓ U okviru terapijske perspektive, razlikuju se dva koncepta: realistički (Reality Orientation Therapy), pacijentu uvijek treba saopštavati istinu – naročito kada se radi o demenciji – jer mu se na taj način, pomaže da koliko toliko sačuva sposobnost orijentisanja u stvarnosti.
- ✓ Po hermeneutičkom konceptu, saopštavanje istine nema apsolutnu vrijednost, ne mora da bude i terapijski cjelishodno.

- ✓ Zastupnici ovog drugog stanovišta tvrde, zapravo, da je od suočavanja pacijenta sa „sirovom“ istinom o realnosti, mnogo korisnije uživjeti se u način na koji pacijent percipira realnost i tome (razumijevanju pacijentovog građenja smisla i značenja sebe i svijeta), onda, prilagoditi postupanje.
- ✓ Hermeneutika (metod /način/vještina razumijevanja i tumačenja ponašanja, govora, tekstualnog zapisa...).



HERMENEUTICS?

Hermeneutički pristup: „Slučaj zaboravne ožalošćene majke“

Primjer:

Gospođa S, stara 80 godina, živjela je sa sinom sve dok on nije doživio težak srčani udar.

Nesposoban da se dalje brine o majci, smjestio ju je u centar za brigu o starima. Kada je, dvije godine kasnije, on umro, ženine mentalne funkcije su još uvijek bile relativno dobro očuvane.

Sinovljeva smrt ju je jako pogodila, ali je sasvim prisebna, učestvovala u poslovima oko pripreme sahrane i komunicirala sa ljudima koji su dolazili da joj izjave saučešće i prigodno obučena (u crninu), prisustvovala je sahrani... Nedugo poslije sahrane, stanje ožalošćene majke se vidno pogoršalo. Postajala je sve uznemirenija zašto je sin ne posjećuje i od osoblja centra je tražila da ga pozovu. Kada joj je rečeno da je njen sin umro, veoma se potresla.

Ubrzo je ponovo počela da traži da vidi sina, žaleći se da ne razumije zašto je zapostavlja. Svaki put kada bi joj medicinske sestre rekle da je umro, reagovala je kao da to prvi put čuje. Ljekari su uporno insistirali na tome da joj se govori istina, uvjereni da će jedino tako moći da povrati i zadrži koliko-toliko realističan odnos prema svijetu i sebi. Poslije nekoliko nedjelja, tokom kojih joj je petnaestak puta saopštavana istina o sinu, sestra koja se neposredno brinula o njoj predložila je da joj daju da obuče odjeću koju je nosila na sahrani (crninu).

Nastupio je kratak intervalum lucidum; odjeća ju je podsjetila na sina, počela je nježno o njemu da govori, ali u – prošlom vremenu. Od tada je prestala da se raspituje o sinu. Povremeno bi pomenula njegovo ime, ali u sasvim drugačijim kontekstima i bez burnih reakcija.

✓ Jasno je da ovdje, ni principizam ni realistički koncept nisu bili efikasni.

✓ Pokazalo se da je prijedlog medicinske sestre – da se pacijentkinja i njen sistem značenja razumiju kao takavi, a ne da se nastoji da se po svaku cijenu koriguje njena percepcija realnosti – bio jedino cjelishodan.

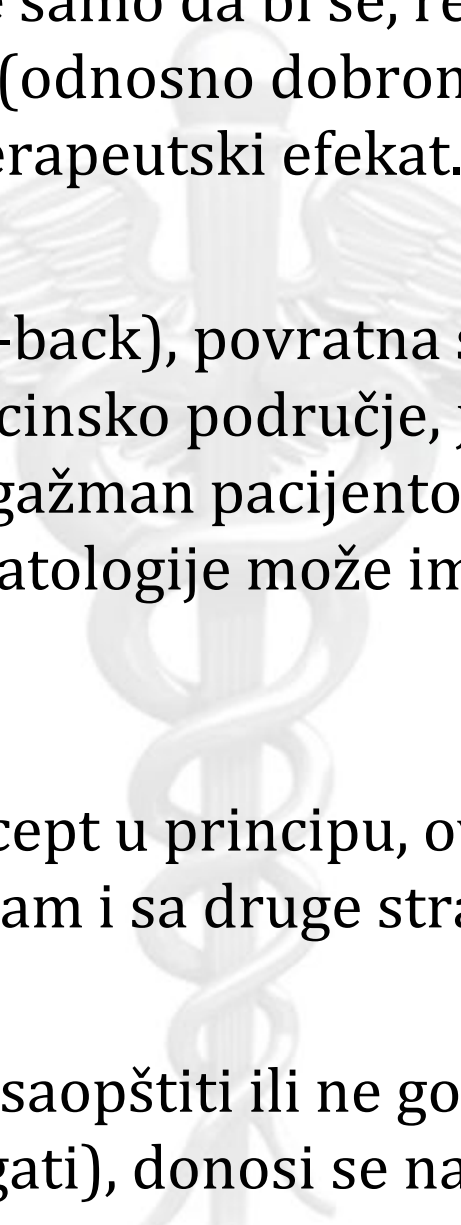
✓ Na taj način (u ovom slučaju, neverbalnim sredstvima – oblačenjem crnine), pacijentkinja je bila podstaknuta da rekonstruiše jedan važan aspekt svog doživljaja realnosti, tj. da pronađe novo mjesto za sina u svom životu. Uopšte, ne mora da znači da je ožalošćena, gospođa S. postala potpuno svjesna gorke istine (vjerovatno i nije!), ali je njen odnos prema sinu zadobio drugi, za nju manje uznemirujući smisao.

- ✓ Najveći dio priče o ovom problemu mogao bi se, svesti na dilemu: reći istinu (veritas) ili – kako se to u medicinskoj etici obično kaže – dobronamjernu laž (pia fraus).

U jednom od ranije pomenutih slučajeva, ljekar je pacijentu, oboljelom od neizlječive bolesti, saopštio dobronamjernu laž. Radilo se o čovjeku kod koga je postojala sumnja da mu je oboljenje prostate zloćudno i kome je, kada je došao po rezultate analiza, rečeno da nije posrijedi „ono najgore“. Razlozi kojim se ljekar rukovodio da ne kaže istinu imali su psihološku i terapeutsku osnovu. Prisjetimo se, da se pacijent spremao na dugo očekivan put, da posjeti kćerku (koju godinama nije vidio) i unuke (koje uopšte još nije vidio), što ga je veoma radovalo i drugo, vrijeme (oko mjesec dana boravka na putu) nije bilo odlučujuće za (palijativne) mjere koje su u njegovom slučaju jedino mogle da bude primijenjene. Odluka ljekara (zasnovana na hermeneutičkom konceptu) bila je moralno opravdana.

Jasno je, saopštavanje „sirove“ i surove istine, pacijentu bi uskratilo dane radosti i sreće koje je trebalo da provede sa bližnjima, boravak kod kćerke i unuka (ako bi do putovanja uopšte i došlo) pretvorilo bi se u pravi košmar.

- ✓ Postoji još jedan razlog zbog kojeg je neopravdano kategorički zahtijevati od medicinskog profesionalca da se drži deontološkog imperativa - istina po svaku cijenu.
- ✓ Ljudi, različito reaguju na loše vijesti o svom zdravlju i to na dva načina: jedni budu slomljeni, deprimirani i predaju se zloj sudbini, dok drugi reaguju – borbeno, to jest mobilišu sve svoje psihosomatske kapacitete ne bi li savladali bolest.
- ✓ Ko će kako reagovati od izuzetnog je značaja.

- 
- ✓ Potrebno je znati ne samo da bi se, recimo, odredio način i ton saopštavanja istine (odnosno dobronamjerne laži), nego to može imati i velik terapijski efekat.
 - ✓ „Fidbek“ (engl. feed-back), povratna sprega duša-tijelo, neistraženo je medicinsko područje, još uvijek, samo se pretpostavlja da angažman pacijentove psihe u liječenju njegove somatske patologije može imati značajan terapijski efekat.
 - ✓ Hermeneutički koncept u principu, ovdje ima prednost u odnosu na principizam i sa druge strane, realističnost.
 - ✓ Odluka o tome da li saopštiti ili ne gorku istinu (ili dobronamjerno slagati), donosi se na osnovu pažljivog procjenjivanja.

- ✓ To je vještina koja nije bogom data, nego se uči (pored iskustva, kao komplementarnu medicinskoj etici od velike koristi je disciplina - komunikacija u medicini).
- ✓ Ako je, prećutati ili slagati relativno lako, saopštiti lošu vijest, licem u lice nije lako, pa ćemo predsatviti šest faza koje je za tu priliku formulisao Robert Bakmen.

1. Kako započeti razgovor?

Najbolje je da ljekar i pacijent budu sami, da udobno sjede u pristojnoj prostoriji. Prvo ljekarevo pitanje treba da bude: da li je neophodno da još neko prisustvuje razgovoru? Kako se sada osjećate? – a da bi se odmah pokazalo da je posrijedi dvosmjerna komunikacija, a ne puko saopštavanje informacija (monolog).

2. Utvrditi šta i koliko pacijent zna, pitanjem: šta su vam rekli o vašoj bolesti?

Pitanjem: šta su vam rekli o vašoj bolesti? Ljekar dobija tačnu informaciju („rečeno mi je da imam rak pluća i da treba da me operišu“) ili nejasan odgovor (recimo: „rekli su mi da su na rentgenskom snimku vidjeli neku tačku“);

Ljekar u ovoj fazi saznaje koliko je pacijent upućen u medicinu (svakako u dobroj mjeri ako odgovori: „dijagnostikovan mi je adenokarcinom i u kakvom je psihičkom stanju („toliko sam zabrinut i uplašen zbog mogućnosti da imam rak, da već noćima nisam oka sklopio“).

3. Utvrditi šta i koliko pacijent želi da zna?

Korisno je znati, da li je pacijent spreman da sazna sve o svojoj bolesti ili strijepi od toga i želi samo uopštenu sliku.

Najbolje je da ljekarevo pitanje bude poludirektno: neki pacijenti žele da znaju baš sve detalje o svojoj bolesti, dok drugima to nije potrebno: šta vas interesuje?

Na ovaj način se pacijentu stavlja do znanja da je svaki stav o tome opravdan i uz to, ohrabruje se da u razgovoru bude potpuno otvoren.

4. Informisati pacijenta

Ljekar mora biti dobro upoznat sa slučajem pacijenta sa kojim razgovara, te je takođe neophodno da pažljivo pripremi „scenario“ razgovora, kako bi mu pri ruci bile sve relevantne informacije.

Pitanja koja „scenario“ treba da obuhvati tiču se: dijagnoze, terapije, prognoze i načina na koji će se i medicinsko osoblje i pacijent nositi sa bolešću.

Pažnju treba fokusirati na najvažnije stvari, recimo: na saopštavanje dijagnoze i na formulisanje terapijskih opcija („vama je dijagnostikovano hondrosarkom, maligni tumor hrskavice karlice...“, odnosno „danas popodne će vas pregledati onkolog da procijeni jesu li potrebne dodatne analize“).



Informacije ljekar treba da saopštava u malim „dozama“ i iza svake treba da uslijedi pauza za eventualno pacijentovo pitanje.

Duga predavanja nisu učinkovita, jer je pažnja ovakvih pacijenata najčešće veoma redukovana, pa velike priče mogu samo da izazovu konfuziju.

Ljekar, ne smije da zaboravi da svoj jezik prilagodi znanju pacijenta, da, dakle – kada je to potrebno – prevede stručne izraze na običan jezik.

5. Uvažavanje pacijentovih osjećanja

Nekoliko puta smo već spominjali pacijentova osjećanja i to nije slučajno.

Tačno prepoznavanje reakcija i emocionalnog stanja pacijenata, u mnogome će ljekaru olakšati i samu komunikaciju i izbor opcija daljeg postupanja.

Sposobnost da se to postigne, u principu, dolazi sa iskustvom, ali i usvajanjem znanja iz psihologije, socijalne psihologije i teorije komunikacije.

Odsustvo iskustva i/ili znanja može se bar djelimično, nadoknaditi jednostavnim pitanjem: možete li mi nešto reći o tome šta sada osjećate? (Pitanje, dakle, slijedi pošto je pacijent već o svemu dobro informisan.)

6. Planiranje

Ovdje sintetizujemo uvide u pacijentov doživljaj bolesti i njegovo viđenje sopstvene situacije, a sa druge strane, medicinske aspekte čitavog slučaja u konkretan plan daljeg postupanja.

Pacijentu zatim treba izložiti sve korake koje plan predviđa i objasniti koji su im smisao i svrha.

Ljekar zatim treba precizno da saopšti kada će opet vidjeti pacijenta (vidjećemo se idućeg petka, u podne), odnosno da ga obavijesti o drugačijem planu (naredne sedmice ću biti odsutan, pa ćete se u petak u podne, vidjeti sa dr Mitrovićem).

Ljekar svakako treba ga uputi kako na drugi način da ga kontaktira, ako se prije sljedećeg susreta dogodi nešto neplanirano.



VISOKA MEDICINSKA ŠKOLA ZDRAVSTVA

Hvala na pažnji!