

خاطرات واقعی من از آی سی یو

طعم گس هوشیاری

■ آیدا الهی

چرا من باید این همه تجربه مرگ را متحمل می شدم؟

وحشت وصف ناشدنی ای است؛ وقتی دستگاه جدا می شود و تو می دانی داری می میری و چقدر بی خود و بی جهت. آن همه برای زنده ماندن جنگیدی، حالا با یک سهل انگاری...

آن ماینیورهای ایستگاه پرستاری هم که اینقدر به آنها اطمینان دارند و ادعا می کنند اگر مگس بالای سر بیمار بال بزند، ما می فهمیم، هیچ وقت به موقع مطلعشان نمی کرد. همیشه وقتی می رسیدند که یاد را اغما فرو رفته یا ایست قلبی کرده بودم و در عالم مرموز و ناشناخته ای به سر می بردم که فقط می دانستم عالم مرگ است و از همه بدتر لحظه ای است که از آن عالم به زندگی بازمی گردی. واقعا احساس بد و وصف ناشدنی ای است.

جالب اینجاست که هر چند این مشکل بارها برآیم تکرار می شد و کلا به صورت روتین درآمد. بود! هیچ تدبیری برایش نمی اندیشیدند، تا اینکه نهایتا ۲ هفته آخر موفق شدم با زبان الکنم به آنها بفهمانم بعد از هر ساکشن، سر شلنگ دستگاه را به لوله ام چسب بزنند که البته از هر ۱۰ پرستار ۸ نفرشان حوصله و وقت این کار را نداشتند!

این مورد جنبه حیاتی دارد، ولی بسیاری از نیازهای دیگر هستند که کسی نیست آنها را رفع کند در نتیجه لحظه های بیمار، سراسر با زجر و عذاب می گذرد. یکی از مضامین بزرگ من در آی سی یو، سرما، گرما و تشنگی بود. همیشه یا در حالت لرز شدید بودم و هیچ کس نبود رویم را بپوشاند. به طوری که وقتی پس از تحمل چند ساعت لرز بالاخره

مساله مهمی که اصولا سیستم پزشکی ما با آن دست به گریبان است، کمبود کارکنان و عدم تناسب تعداد کارکنان و شمار بیماران است.

یک پرستار در هر شیفت، مسئولیت چند بیمار را به عهده دارد که واقعا رسیدگی به این تعداد بیمار خارج از توان یک فرد است.

این امر در آی سی یو ها که بیماران اغلب در شرایط بحرانی هستند و نسبت به بیماران بستری در بخش ها به رسیدگی بیشتری نیاز دارند، اهمیت بیشتری دارد.

بسیاری از رنج هایی که بیماران بستری در آی سی یو متحمل می شوند به این دلیل است که هیچ وقت کسی نیست که به موقع به دردشان برسد. وقتی یک پرستار، مسئول رسیدگی به ۵ بیمار می شود که هر کدام به پانسمان های متعدد، تعویض سوند معده و مثانه، گاوآژ دارو، غذا و مایعات، رگ گیری و تزریق سرم و آمپول، ساکشن، کنترل درجه حرارت بدن و فشارخون و ... نیاز دارند، در شیفت کاری خود تنها می تواند به هر بیمار یک بار یا نهایتا دو بار سر بزند.

به عنوان مثال در مورد خود من؛ ایست های متعدد قلبی فقط به خاطر جدا شدن شلنگ دستگاه تنفسی از لوله اینتوبه و تراکستومی بر من عارض می شد.

تقریبا هر چند روز، شلنگ دستگاه به علت شل بودن! خودبخود از لوله ام جدا می شد که چند بار آنقدر دیر متوجه شدم که منجر به ایست قلبی شد. در یکی از همین احیاهای قلبی بود که دنده دوم قفسه سینه ام را شکستند و واقعا



که حکم تکفیر دارد.

منکر رفتار ناشایست و ناآگاهانه بعضی از همراهان بیمار نیستم. آنهايي که با دخالت های بیجا و بهانه جویی و احساس علم دهر داشتن، در روند درمان اختلال ایجاد می کنند. مثل آن کسی که می گوید: «ونتیلانور که چیزی نیست؛ مثل کامپیوتر است. من هم بلدم با آن کار کنم!» یا آن دیگری که بیمار مستعد زخم بستر را

مرتب کنارم باشد، زیر بار نرفتند.

در مورد این تقاضا که مادرم اجازه داشته باشد در روز و شب چند بار داخل آی سی یو بیاید و به نیازهایم رسیدگی کند یا لیزابه هایی که بعد از عمل تراکستومی تا چند روز از بینی و دهانم با صدای خُر خُر شدید می جوشید و داخل چشمانم می رفت و هیچ کس اهمیتی نمی داد، پاک کند هم که اصلا فکرش را نکنید

حجامت می کند!

ولی همراهان آگاهی هستند که در مورد بیماری بیمارشان مطالعه و تحقیق می کنند و سهل انگاری ها و کوتاهی های حاصل از مشغله زیاد پزشکان و پرستاران را گوشزد می کنند که اگر جناب دکتر خان به توصیه های والدینم در همان روزهای اول، مبنی بر فیکس کردن گردن با آتل فیلادلفیا گوش می کرد چنین فجایعی پیش نمی آمد و اگر به اصرار والدینم در مورد اینکه زودتر تراکستومی ام کنند، وقتی می گذاشتند، لوله اینتوبه به جای مدت اصولی ۷ تا ۱۰ روز، (تنها با این تصور که این بیمار رفتنی است، حالا چه فرقی دارد که با لوله ای در دهان با عزرائیل ملاقات کند یا مزین به لوله ای روی گردن!)، ۴۰ روز در نایم نمی ماند تا با ایجاد تنگی وسیع و غیر قابل جراحی تراشه (نای)، آخرین شانس یک بیمار نخاعی گردنی یعنی توانایی تنفس و تکلم طبیعی هم از من گرفته شود.

وقتی تعداد کارکنان جوابگوی شمار بیماران نیست، لازم است همراهان بیمار در حد و حدود تعریف شده ای با درمانگران تعامل داشته باشند و درمانگران پذیرای این همکاری باشند و حداقل نکات ریزبینانه و حتی گاهی بسیار بدیهی ای را که از نظر پرورشگاهشان دور مانده بشنوند و در آنها تامل نکنند نه اینکه تنها در برابرشان موضع بگیرند.

نه شما علمتان لذتی است و مطلق و نه همراهان، صرفا جاهل و ناآگاه. باید برای تعامل هر دو قشر - همراه بیمار و درمانگر - فرهنگ سازی شود تا بتوانند دوستانه و بی غرض برای هدف واحد نجات بیمار، دست همکاری بفشارند.

حالا از این آرمان گرایی هم که بگذریم، اجازه داشتن یک پرستار خصوصی برای بیماری که در حالت کاملا هوشیار به سر می برد و تحت شرایط متغیر بیماری اش، هر لحظه نیازی دارد که رفع نکردن آن، پیامدهای روحی، جسمی و حتی جانی عدیده ای را به دنبال دارد در حالی که کارکنان نمی رسند و نمی توانند جوابگوی این نیازها باشند، تقاضای نامعقولی نیست و می تواند از حجم شکنجه های وارده به بیمار تا حد بسیار زیادی بکاهد تا بیمار چند ساعت از گرما، سرما و تشنگی رنج نبرد. اینکه کسی باشد که به موقع متوجه جدا شدن شلنگ دستگاه تنفسی از بیمار شود. تا یکی باشد که هر یک ساعت یک بار رینگ را از زیر سرش بردارد. کاف لوله را هر یک ساعت و نیم به مدت ۱۰ دقیقه خالی کند تا خونرسانی به آن قسمت از نای انجام شود و تشنگی و صدمه به تراشه عارض نشود. به محض نیاز به ساکشن و قبل از بروز خفگی، ترشحات ریه اش تخلیه شود...

به طور مثال یک کاف خالی کن! استخدام کنند تا کاف لوله اینتوبه یا تراکستومی بیمار را هر یک ساعت و نیم به مدت ۱۰ دقیقه خالی کند تا خونرسانی به نای انجام شود و از ایجاد تشنگی تراشه جلوگیری شود. تا هزینه های سرسام آور روزانه ساکشن و متعلقاتش (مصرف روزانه سرم شستشو، سوند، سرنگ و برق هم که بماند) و سالانه عمل تعویض لوله (بیمارستان، آمبولانس، خرید خود لوله، زیرمیزی، حق حساب، هزینه های جانی حاصل از خرابکاری ها و اشتباهات هزینه بر و...) را برای یک عمر متحمل نشوند. ■