

Ivana Jarošová

NEBOJTE SE PŘEŽÍT

Příběhy pacientů z oddělení následné intenzivní péče

MAXDORF

Primářka

**Rozhovor psychologa PhDr. Stanislava Hájka
s primářkou MUDr. Ivanou Jarošovou**

Už při prvním setkání s paní MUDr. Ivanou Jarošovou, primářkou oddělení následné intenzivní péče (NIP) nemocnice v Ostrově, získávám dojem, že mám před sebou člověka, který je autentický a hlavně, jak se často říká, opravdu zapálený pro to, o čem mluví. A ona mluví nejen o historii vzniku tohoto unikátního pracoviště v ostrovské nemocnici, ale i o pokrocích v medicíně, o zdokonalujících se algoritmech resuscitace v přednemocniční fázi, o pozitivních posunech v metodách léčby mnohých chorob. Suma sumárum mi velmi znale vypráví o novém jevu pozorovatelném nejen u nás, ale i ve světové medicíně: O možnostech „přežití“ stavů, které byly dříve neléčitelné.

Možná, že jsem to trochu očekával. U lékařky s atestací ARO, s primářskou licencií, členky pracovní skupiny Ministerstva zdravotnictví ČR pro NIP a DIOP, členky pracovní skupiny pro restrukturalizaci akutní péče...

Takže znovu, trochu jsem to očekával. Naopak nečekané a velmi příjemné zjištění spočívalo v tom, že ve všech sdělovaných informacích a okolnostech její práce jsem cítil přirozený lidský rozměr. Takové to příjemné a spontánní člověčenství, které u odborníků nebývá tak časté a hlavně tak intenzivní, jako tomu je v případě paní primářky Jarošové.

Obával jsem se totiž něčeho, s čím se často setkávám u významných odborníků v oblasti technických i netechnických oborů – říkáme tomu

fachidiocie. Není to pojem hanlivý, nýbrž spíše popisný. Jde o oborovou zaslepenost „fachmanů“, odborně velmi zdatných, ovšem omezených, co se týče širšího rozhledu. S hlubokými a rozsáhlými znalostmi ze svého oboru, ale s výrazně sníženou sociální citlivostí, se špatným vnímáním toho, čemu se říká lidský rozměr nebo lidské souvislosti. Velmi často bývají tímto fenoménem postiženi vědci, kteří nejsou schopni nebo dokonce ochotni vnímat svou odbornou práci v širším společenském kontextu. Bohužel se lze s fachidiocií setkat i v medicíně, která je především o člověku. U paní primářky jsem toto ovšem neshledal ani v nejmenším.

Měl jsem pro ni připraveno mnoho otázek, aby se rozpovídala o sobě a o své práci. Týkaly se psychosomatického myšlení a jeho uplatňování při diagnosticko-terapeutické činnosti lékařů. Biopsychosociálního modelu nemoci, který, ač jej Světová zdravotnická organizace přijala již v roce 1977, je mnohým odborníkům i institucím stále cizí. Ptal jsem se také, jaké vlastnosti, motivace a úroveň sebepoznání jsou potřebné k tomu, aby byl lékař schopen vytvářet rovnocennou koexistenci biomedicínského poznání a osobního světa pacientů a jejich rodin, takovou, jakou při své každodenní činnosti vytváří právě paní primářka. A zda existují nějaké kompenzační mechanismy a metody relaxace, které jí a jejím kolegům a kolegyním pomáhají vyrovnávat se s každodenní psychickou zátěží, která na ně působí zejména tváří v tvář neúspěšnému snažení a třeba i smrti pacienta.

Všechny tyto dotazy jsem na ni v pečlivě strukturovaných, bohatě rozvinutých větách vychrlil. A paní primářka odpověděla.



Potěšil mě Váš zájem o psychologické a sociální pozadí naší práce a stonání našich nemocných. Nicméně soubor Vašich otázek ve mně více, než chuť odpovídat na jednotlivé dotazy, probudil kacířské úvahy nad jednou z mnoha „chorob naší doby“. Je to silící tendence prostě věci obalovat pletivem složitých odborných termínů, pečlivě konstruovaných všezahrnujících definic a sofistických návodů a pouček v domněni, že když to budeme mít roztříděné, nastudované a odborně vysvětlené, bude naše péče dokonalá. Například budoucí sestry tak studují vysoké školy, kde se dozví a následně memorují, co jsou psychosociální faktory, biopsychosociální modely,

koexistence biomedicínského poznání se subjektivním prožíváním, interakční proces mezi zdravotnickým personálem a pacientem a další spousty odborných termínů. Nepoměrně menší část své výuky stráví praktickým nácvikem u lůžka, a to často spíše přihlížením u výkonů, než vlastní prací.

Je to jistě ku prospěchu jejich vzdělanosti a teoretické kompetentnosti, nicméně mi někdy připadá, že je to na úkor prostého pochopení a procítění toho, co tyto pojmy popisují. Tedy nezpochybnitelného podílu rodinných a přátelských vazeb, osobnostních rysů, životního příběhu, materiálního zabezpečení, pracovního vytížení a dalších faktorů, které se podepisují na vzniku a vývoji nemoci a na schopnosti se s ní vypořádat. Nejlepší výukou etiky a psychologie je dle mého názoru účast na péči o pacienty, příležitost pozorovat milé a trpělivé jednání zkušenějších lékařů, sester a ošetřovatelů. Možnost vnímat léčivý nebo alespoň utěšující vliv vldného slova a snahy o porozumění.

S trochou zjednodušení mám občas u sestřiček dojem přeplněných hlav a opomíjených srdcí. Teorie přebíjí praxi, odborné poznatky nahrazují procítění a soucítění. I ty snaživé tráví čím dál méně času u lůžka a pohledem na pacienta, neboť je třeba více monitorovat, studovat, zapisovat, razítkovat... A ani my lékaři nejsme výjimkou. Ačkoliv je tomu již nějaký ten pátek, co jsem dokončila studium na 1. LF UK v Praze, nikdy nevymažu z paměti „praktika“ na jednotlivých klinikách a neustále se opakující věty, které party mediků slyší, když stepují na chodbě a čekají na asistenty a přivítání: „Ježíš, vás tu zase je... Někam se posadte a nepleťte se pod nohy...“

Jak se říká, medicína je tvrdá dřina, ale s ocelovými nervy a železným pozadím ji lze zvládnout. Nejstrašnější je ale to, čemu vás vlastně nenaučí. A to je komunikaci, hlavně té nejzákladnější, na úrovni zdravotník-pacient. Lékařské fakulty chrlí geniální a sebevědomé teoretiky, kteří nemají absolutně ponětí, čeho se vlastně praxe týká. Velmi brzy zapadnou do stereotypu věčně nespokojeného, našťavaného a přetíženého zdravotnictví. Umíme transplantovat téměř cokoliv a kamkoliv, na druhou stranu se bojíme (a to je ještě ta lepší varianta) poskytnout srozumitelné a zásadní informace. A tak se stává, že přijímáme pacienty po kritických stavech (kde by si bezpochyby intenzivisté zasloužili metál za boj o život), ovšem při absolutní neznalosti toho, co se s nimi vůbec dělo, proč a nač. V nevědomosti jsou nejen

rodiny, ale i samotný pacient. V této uspěchané době není čas na nic, natož na obyčejné slovo. Slovo, které, dobře mířené, uklidní, povzbudí, utěší, ekonomicky nezatíží a hlavně neublíží.



A relaxace? Pro každého něco jiného. Obdivuji občas záběr svých kolegů, jejich přehled v oblasti přírodních věd, znalost dějin, orientaci napříč kulturami, sportovní aktivity, zcestovalost... Já jsem v mnohém rezignovala a mou relaxací, zcela obyčejnou, je rodina. A to není klišé, děti jsou opravdu to nejúžasnější, co mě v životě potkalo. Také miluji lesy, přírodu, obrovské koše hub a vše, co lze při procházkách sebrat, zavařit, zamrazit nebo rovnou na místě sníst. A konečně, zbožňuji muziku – opravdový požitek a uklidnění mysli mám při poslechu jazzu. Jazzu, protože tam je absolutně všechno. Veselost a rozvernost střídá smutek, který se po dvou tónech mění v obavu, strach, ponížení, načež se znovu vrací naděje, to vše na tři akordy trubky... Když máte perný den a pak vám Louis Armstrong zazpívá Cheesecake nebo vás pošmírá a poškádlí Jana Koubková, tak máte náhle pocit, že jste se ocitli na výsluní, i když na vás před tím padaly trakaře.

Nezlobte se, že moje odpověď je tak stručná. Domnívám se, že k tomuto tématu bylo již mnoho řečeno jinými povolanými a já těžko mohu dodat něco objevného. Těž si myslím, že většinu případných odpovědí naleznete v textu mé knihy, která je plná příběhů a úvah.

Cítím se užitečnější, když věnuji svůj čas a energii raději pohovoru s utrápenými příbuznými pacienta, vyslechnu si stesky paní připoutané k dýchacímu přístroji, ukážu nezkušené sestřičce, jak přesvědčit vzdorovitého pacienta, nastavím léčbu bolesti, rozesměju utahaného kolegu vtipem, pochválím babičce účes, vezmu děti do lesa... Protože hezké je mluvit, ale lepší je jednat. Nejsem ničím výjimečný člověk, jen jsem měla neobyčejné štěstí na výjimečné lidi v životě i v profesi, lidi, kteří mě vyškolili v tom, co vás nenaučí žádná kniha: v „obyčejném člověčenství“.





Příběh Honzíka



Dnes dvacetiletý Honza nikdy nezapomene na jeden běžný pracovní den, kdy ho při lesnické práci v lyžařském areálu Plešivec přel tel traktor.

Jeho rodina se o nehodě dozvěděla ihned, prakticky v tomž okamžiku, kdy se rozběhl řetěz záchraných akcí. Honzík byl od úrazu v bezvědomí, po zajištění základních životních funkcí ho urgentně transportoval vrtulník na oddělení emergency do FN Plzeň. Vstupně bylo diagnostikováno rozsáhlé a ztrátové poranění obličejové části hlavy, poranění hrudníku, trhlin a jater, zlomenina pravé stehenní kosti a pánve a poranění měkkých tkání v oblasti genitálu. Ihned byl převez en na operační sál, kde chirurgové doslova bojovali o jeho život. Masivní krevní ztráta a devastující poranění Honzu v tomto boji výrazně znevýhodňovaly.



Opakované psychiatrické konzilium zkonstatovalo organický amnestický syndrom způsobený traumatem mozku. I nadále pokračujeme v procvičování krátkodobé paměti, kognitivní trénink zesiluje. Po provedení dalších kontrolních RTG vyšetření pravé kyčle, pravého femuru, CT mozku a obličejového skeletu může Honza sedět, stoj nadále ještě není povolen.

Na operačním sále mu bylo mimo jiné zavedeno čidlo na monitoraci tlaku v mozku, provedena provizorní fixace dolní čelisti a stabilizována zlomenina stehenní kosti. Stav po 72 hodinách byl stále kritický. Rodina byla informována o závažnosti situace a o nejisté prognóze. CT mozku prokázalo mnohočetná ischemická (nedokrvěná) ložiska, potvrdilo těžké zhmoždění a drobná prokrvácení mozku. Z poraněné hlavy unikal mozkomíšní mok a byla provedena plastika přední jámy lební společně se stomatochirurgickým řešením zlomenin obličejového skeletu. Po výkonu přetrvával únik moku nosem, proto byla doplněna ještě plastika tvrdé pleny (jednoho z obalů mozku) operační cestou skrze nos). Zákroky přibývaly jako na běžícím páse. Při pozvolné stabilizaci stavu byl Honzík zároveň vyváděn z umělého spánku, porucha vědomí se postupně stávala mělčí a objevilo se první vnímání přítomnosti rodiny, nicméně přetrvávala špatná kvalita



Po dalších čtrnácti dnech se Honza dočkal. Můžeme rozvíčovat dále pravý kyčelní kloub, dostal zelenou v nácvičku postupné chůze o berlich (obrázek vlevo). Poté byl úspěšně dekanylován, mluví zcela bez problémů. Kompletní oční vyšetření bohužel prokazuje praktickou slepotu levého oka a poruchu okohybného nervu vlevo (obrázek vpravo).



Takto seskládaný a již veselý Honza je připravován na překlad do RHB Kladruby.

vnímání. Poslední operaci, kterou Honzik absolvoval v plzeňské fakultní nemocnici, byla stabilizace pánce.

Poté byl v říjnu 2015 přeložen na naše oddělení. Musím říct, že při prvním kontaktu nejen s Honzikem, ale zejména s jeho obrazovou dokumentací, jsme žasli nad tím, s jakými úrazovými stavy si dnes umí akutní medicína poradit a co dokážou některé operační týmy. Příběh Honzika mě i celé naše oddělení ovšem zasáhnul a poučil ještě v jedné věci. Byl to přístup rodiny. Mnohokrát jsem zde popisovala, že je naší velkou snahou vtáhnout rodinné příslušníky do léčby našich pacientů. Ne všechny rodiny jsou ochotné nebo psychicky schopné tento nelehký úkol zvládnout a často potřebují naši pomoc a radu. V případě rodiny Honzika jsme se ale učili novotám naopak my.

Dynamický tón celé rodiny udávala maminka, povoláním krizová psychologka. Mnohým lidem, kteří se dostali do podobné situace, jako nyní ona sama, již poskytovala krizovou intervenci. Nyní se ocitla na druhé straně a tuto svou novou roli zvládla s přehledem.

Pro vlastní rodinu a nejbližší příbuzné, známé a kamarády sestavila pravidla a vytvořila tzv. pavouka, kde prioritou byl Honzík. Ten byl v centru spolu s rodiči, kteří věděli podrobnosti o každém dni léčby. Oni řešili zásadní rozhodnutí a jen informace, které uznali za vhodné, předávali dalším „styčným důstojníkům“ z rodiny. Každý v této pavučině měl svůj úkol, nikdo se nepletl druhému do cesty, navzájem se nezpochybňovali a respektovali.

Zdá se vám to přitažené za vlasy? Nám vůbec ne. Velmi často se nám totiž stává, že se příbuzenstvo mezi sebou obviňuje a kontroluje. Příbuzní vyžadují informace každý zvlášť, vytahují se staleté spory a viny. Rodinám, zejména rodičům dětí po těžkých úrazech a s nejistou prognózou, přilíší „nepřidá“ ani to, když jim od rána do noci zvoní telefon a známi a kamarádi jim, byť v dobrém úmyslu, vyjadřují účast a projevují lítost, chlácholí je prázdnými slovy o tom, že se vše v dobré obrátí. V tomto případě tomu všemu předešla Honzova maminka tím, že tvrdě, ale zároveň velmi racionálně držela otěže celé situace. Ani v nejtěžších chvílích neztratila profesionalitu a rodina díky tomu šlapala jako švýcarské hodinky. Tento řád nám umožnil mimořádný klid na léčbu a nesmírně pozitivně se projevil u Honzika. Model





Od chvíle, kdy se mohl postavit zpět na vlastní nohy, to byl najednou mladý muž plný odhodlání a života.

funkce Honzikovy rodiny se pro nás stal vzorem, který se snažíme zavádět i v ostatních podobných případech.

I přes to měl však Honzík před sebou ještě dlouhou a trnitou cestu. Při příjmu byl zesláblý, s jednoznačnou pravostrannou nehybností, bazálně v kontaktu s okolím, avšak výzvám vyhověl jen s latencí anebo vůbec. Po dobu pobytu ve fakultní nemocnici byl léčen celkem sedmi druhy antibiotik a i po příjmu na naše oddělení jsme nadále řešili teploty, které byly příznakem infekce. Výběr dalších antibiotik byl svízelný, museli jsme volit širokospektrá, kde je nutno počítat s vedlejšími účinky, především s úporným průjemem. I vysazování sedace bylo velmi problematické, nastoupil těžký psychomotorický neklid, k jehož zklidňování jsme zvolili psychiatrickou medikaci v kombinaci s depotními opiáty. Přetrvávala spánková inverze – spaní ve dne, bdění v noci. Odpojení od umělé plicní ventilace bylo jen velice pozvolné. Rozsah poškození mozku nebyl sice fatální, ale možnost jeho napravení v budoucnu byla neodhadnutelná. Pozvolna se zlepšovala hybnost

končetin – obě dolní končetiny reagovaly dobře, pravá horní končetina se postupně vylepšovala v hrubých pohybech, ale byla nadále bez jemné motoriky ruky. Oční vyšetření vyslovilo podezření na ochrnutí oko-hybného nervu, ale další vyšetření musela být odložena pro nespůlupráci pacienta. Stav se komplikoval i polyurií (hojné močení), která byla důsledkem traumatu mozku a rozkolísala ionty v krvi.

Při intenzivní bazální stimulaci se postupně zlepšil Honzův kontakt s okolím i kognitivní funkce. Začal spolupracovat při vyšetřování, byl si zjevně vědom nemožnosti slovní komunikace a začal se uspokojivě dorozumívat gestikulací pomocí levé horní končetiny a příkynováním. Hybnost pravé ruky se dále zlepšovala, objevil se náznak stisku prstů. Upravoval se pokles levého očního víčka, pravým okem Honzík zjevně viděl dobře, velmi dobře i slyšel, a to včetně šepotu. Také začal polykat. Plný příjem potravy zpočátku odmítal a snažili jsme se jej motivovat, což se postupně podařilo a mohli jsme úplně vysadit výživu do žíly.

Konzultovali jsme plzeňskou fakultní nemocnici ohledně rehabilitačního režimu po četných operačních výkonech. Fixace křížové



kosti byla provedena jen provizorně a nezaručovala stabilitu. FN tak doporučila pouze horizontální polohu na lůžku bez strmého sedu a zatěžování po dobu minimálně 6 týdnů. Tomu jsme přizpůsobili rehabilitační program, který pokračoval v poloze vleže. Postupně jsme vysadili sedativní medikaci s výjimkou depotního opiátu pro bolesti v oblasti křížové kosti, kde se stále hojila zlomenina. Při intenzivní fyzioterapii hrudníku a nácviku odkašlávání se nám podařilo Honzika odpojit od ventilátoru.

Honza byl hodně svěhlavý, lehce organický. Opakované psychiatrické konzilium konstatovalo „organický amnestický syndrom“ způsobený traumatem mozku. I nadále jsme pokračovali v procvičování krátkodobé paměti, kognitivní trénink zesiloval. Po provedených kontrolních RTG a CT vyšetřeních měl Honza povoleno sedět, za dalších 14 dní se dočkal i stoje. Mohli jsme dále rozvíjet pravý kyčelní kloub, dostal zelenou i v nácviku chůze o berličích. Byl také úspěšně dekanylován – zbaven všech „hadiček“.

Od chvíle, kdy se mohl postavit zpět na vlastní nohy, to byl na jednu mladý muž plný odhodlání a života. Kompletní oční vyšetření bohužel prokázalo praktickou slepotou levého oka a poruchu okohybného nervu vlevo. Mluví však zcela bez problému – za což můžeme být vděční my všichni! Honzikův životní optimismus je totiž nakažlivý, po „doktorsku“ řečeno, jako spalničkový virus. Nejen našimi sestřičkami je zbožňován a ctěn. Je naším vzorem, co se týče nálady a neutuchajícího zájmu posouvat se navzdory osudu dál a dál. Taky Honza nádherně zpívá... A strašně mu to sluší!



Ačkoliv se nejlépe a nejatraktivněji vypráví příběhy mladých lidí s dobrým koncem, celá současná intenzivní medicína se stává medicínou vyššího věku. Výjimkou není ani naše oddělení, většinu jehož klientely tvoří senioři. Není výjimkou, že nám ARO hlásí do poradníku pacienta, který, cituji: „...přežil první světovou válku i týden ventilace na našem oddělení a nebudí se...”

Péče o seniora má svá úskalí. Někdy zcela nesmyslně bojujeme proti přírodě, proti zákonité konečnosti lidského života, a ubíráme na důstojnosti přirozené smrti (umírání). Bohužel se lékaři často ocitají pod tlakem rodinných příslušníků, kteří nekriticky vyžadují invazivní léčbu a nejsou schopni si připustit terminalitu – neřešitelnost stavu. Příbuzenstvo jedné naší 97leté pacientky, která byla v terénu 45 minut resuscitována, například požadovalo prodlužovat léčbu za účelem dožití babiččiny 100 let. Lékaři v obavě z nepříznivých forenzních důsledků alibisticky podléhají těmto nátlakům.

Ovšem kalendářní stáří se může značně lišit od skutečného opotřebování organismu neboli od biologického věku. Někdo v 80 letech zvládne horskou túru obden a maraton každý měsíc, naopak lecjaký padesátník, ať už znavený chorobou či svým způsobem života, není schopen se sám o sebe postarat, nemá žádné rezervy pro případ vzniku akutní nemoci nebo zhoršení nemoci stávající. Biologický věk se zásadním způsobem podepisuje na zotavování našich pacientů. Dalším takovým faktorem je jejich motivace pro další život, jejich vyhlídky do budoucnosti. Zejména zde hovoříme o sociálních vazbách: Má o ně někdo zájem? Mají se kam vrátit? Jsou pro někoho důležití? Pokud se dostatečné fyzické a psychické rezervy sejdou s podporou funkční rodiny, která je motivací pro pacientův návrat do života, může se podařit i u velmi nemocného seniora zdánlivý „zázrak“.

Naopak absence těchto věcí se může stát limitujícím faktorem pro jeho zotavení. Nezbytnou součástí uzdravování je totiž vlastní aktivita a spolupráce pacienta. Péče o demotivovaného člověka je extrémně frustrující a vyčerpávající pro všechny zúčastněné. Nepřináší uspokojivé

výsledky. Někdy se podaří psychoterapii, případně psychofarmaky něco málo zvrátit, ale obvykle ani sebelepší zdravotní péče nedokáže pomoci pacientovi, který žít nechce.

Z toho všeho vyplývá, že není naprosto na místě orientovat se čistě podle ročníku narození, natož podle něj určit, zda dotyčný má šanci na přežití či nikoliv.

Následuje jeden z příběhů s nečekaně dobrým koncem.



Vyprávět budu tentokrát o osudu 23leté zdravotní sestřičky. Krásné mladé holky plné života, která byla ihned po zdravotní škole vržena do tvrdé reality povolání zdravotní sestry.



Nastoupila do zařízení, které pečuje převážně o staré, těžce dementní a ve všech ohledech závislé pacienty. Setkání s lidskou bezmocí, utrpením, se ztrátou důstojnosti v poslední fázi chronického onemocnění a s nulovou nadějí na zlepšení stavu bylo velmi drsné a psychicky vyčerpávající. Zdravotník, který pracuje v takovémto zařízení, těžce hledá psychickou oporu v případě, že mu stres začne přerůstat přes hlavu. To je typický jev, na který doplatila i Petra. Vyhořela. Jednoho krásného dne se jí nával jejich

problémů zdál být již natolik neřešitelný, že si umíchala koktejl z léků, pomocí kterého chtěla opustit tento náš nespravedlivý svět.

Petra byla nalezena doma rodiči. Patrně ležela více hodin v bezvědomí, čas požití a kombinaci léků nebylo možné přesně zjistit. Na místě byly zajištěny její základní životní funkce a byla převezena na ARO, kde byl na CT diagnostikován otok mozku. Ten byl v tomto případě důsledkem nedostatku kyslíku, který vznikl po dlouhodobějším dušení při poruše vědomí. Oteklý mozek, uzavřený v tvrdé lebce pod velkým tlakem, není dostatečně prokrven. Po určité době špatného zásobení touto životodárnou tekutinou, která nese kyslík a energii, dochází k jeho těžkému poškození.

Petra byla velmi dlouho v hlubokém bezvědomí. Závislá na dýchačí podpoře, na lécích pro stabilizaci krevního oběhu, opakovaně prodělala i infekční komplikace. Po úspěšném odpojení od ventilátoru, avšak s přetrvávajícím bezvědomím, byla přeložena z ARO na oddělení DIOP (dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče) naší nemoc-

nice. Tam ležela dlouhé dny bez sebemenší reakce na okolí. Poté se Petřin stav zkomplikoval velmi těžkým zápalem plic a pro dechovou nedostatečnost, vyžadující opět umělou plicní ventilaci, byla přijata na naše oddělení. Měla velice zvláštní pohled. Hleděla neúčastně, nepřítomně, ale přesto trochu jinak než pacienti, kteří mají nepříznivou prognózu. Přes veškeré infekční komplikace bylo její mladé tělo připraveno žít. Vracení Petry do života tak byla velice krásná práce, kterou vám nyní přiblížím.

Po úvodní stabilizaci stavu a zaléčení infektu bylo provedeno vstupní neurologické vyšetření, které nebylo příliš optimistické. Ve spolupráci s psychiatrem byla zavedena maximální terapie, aby měl její mladý mozek luxusní podmínky pro práci. Ihned poté byl zahájen Petřin na míru ušitý rehabilitační program. Cílená neurorehabilitace byla jednou z věcí, na kterých jsme se „vyřádili“. Jako nejdůležitější se jevilo dobře nastavit program bazální stimulace. Nejprve jsme Petru učili rozlišit den a noc. Dále jsme drobili den po hodinách, striktně jsme postupovali dle stále se opakujícího harmonogramu, jako to známe z letních táborů. Učili jsme Petru denní stereotypy. Postupně jsme zařazovali nové a nové dovednosti. Dobře reagovala například na canisterapii (zapojení psů do léčby).



Bylo nádherné pozorovat buzení mozku. V případě Petry lze mluvit o raketovém vzestupu. Pomalu nám rozkvetla před očima. Každý den jsme byli svědky nějaké novinky: pohyb, úsměv, slzy, projevy nevolnosti, vzteku, agrese, vzdoru. Prošla si všemi stadii. Mozek se budil možná o něco rychleji než tělo, a tak jsme dlouho měli problémy se stabilitou, koordinací pohybu i jemnou motorikou. Petře dal zabrat nácvik polykání, mluvení, naprosto všech základních dovedností. Zapomínání, špatná orientace v čase a místě, nejistota, hledání vhodných slov, a to i těch jednoslabičných, to vše ji provázelo na její cestě k uzdravení. I když jsme záhy věděli, že život Petry je zachráněn, boj o jeho kvalitu byl jako na houpačce, se střídavými úspěchy, někdy se ubíral ve stylu „jeden krok dopředu, dva zpátky“.

Fantastickou práci odvedli Petřini rodiče, kteří za ní po celou dobu jezdili každý den na návštěvu, během které se ji vždy plně věnovali. Petra s námi strávila Vánoce i Silvestra, v plném učebním nasazení, bez možnosti odpočinku. Upravovali jsme chronickou medikaci, rušili všechny „hadičky“ a Petře ukládali spoustu úkolů. Poté byla propuštěna do domácího ošetření.





Domů jsme ale vrátili dítě, které vyžadovalo spoustu rodičovské péče a lásky. Zde je opět nutno podotknout, že zázemí, které Petra měla a má díky svým rodičům, bylo fantastické. Maminka od svých kamarádek popůjčovala slabikáře a nakoupila písanky, aby opět Petře připomněly, že dříve uměla číst a psát. Nutné bylo Petru naučit třeba i oblékání, a to i tak triviálním věcem, jako co si obléknout jako první nebo jak se zapíná podprsenka. Jednou z posledních etap, na kterou však taky nakonec došlo, bylo řízení vozidla.

Dnes Petra pracuje v lázeňství, má práci na plný úvazek, je spokojená, vypadá skvěle. Má vlastní byt, skutečně umí řídit auto. Vzhledově i myšlenkově je to opět normální, krásná mladá holka. Nikdo nepozná, čím vším si ona i její rodina prošli.

