

ETICKÉ MYSLLENIE SESTIER

Andrea Lajdová

Impresum

Názov	Etické myslenie sestier
Autor	PhDr. Andrea Lajdová, PhD.
Spoluautori	doc. PhDr. Andrea Botíková, PhD., MPH doc. PhDr. Jana Booňová, PhD. PhDr. Alena Uričková, Phd. PhDr. Jana Čapská, PhD.
Recezeni	doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD. doc. PhDr. Jana Otrubová, PhD.
ISBN	978-80-88246-93-0

©Code Creator, s.r.o. distribuce publi.cz, 2023

Projekt bol podporený KEGA

Učebnica vznikla vďaka projektu KEGA 010TTU-4/2021 „Využitie multimediálnych nástrojov pri tvorbe učebného materiálu etiky v ošetrovatelstve s cieľom rozvoja hodnotovej orientácie budúcich sestier vo vzťahu k profesii“.

Predslov

Prečo etické myslenie sestier?

*„Žiť znamená mať problémy.
Riešiť problémy znamená kriticky myslieť.
Kriticky myslieť znamená intelektuálne rásť.“*

C.S. Rogers

Sestra plní vo svojej profesii množstvo úloh, na ktoré musí byť dobre pripravená. Je predpoklad, že už pri rozhodnutí vykonávať povolanie sestry disponuje určitými osobnostnými charakteristikami a vlastnosťami, ktoré sú žiaduce pre výkon tohto povolania a ktoré je potrebné usmerniť a rozvíjať štúdiom.

Súčasná realita vzdelávania vypovedá o skutočnosti, že študenti si vedomosti netvorí a nezískavajú vlastnou tvorivou činnosťou, ale prijímajú ich ako hotové fakty, často pasívne, s nezáujmom a hlbším zamýšľaním sa nad problematikou (Petlák, 2019), podľa Uherovej a kol, (2007, In: Sandanusová, Schlarmanová, 2020) ide o tzv. *practicistický štýl* založený na návykovom, mechanickom, rutinnom a stereotypnom správaní, ktorý si študenti nesú so sebou z predchádzajúceho školského vzdelávania.

To však nie je žiaduce v procese vzdelávania sestier, ktorého význam spočíva najmä v príprave pre prax. Práve v nej sú často postavené pred jedinečné situácie, pri ktorých je potrebné profesionálne reagovať a nepodliehať neistote, panike, alebo klamstvu. Neraz sme svedkami

konfliktov a dilem, vznikajúcich u sestier nedostatočným pochopením teoretických vedomostí z ošetrovateľskej etiky (ale aj iných predmetov) a ich aplikáciou v praxi. To často vyústi do používania laického spôsobu komunikácie, zosobňovania si problémov pacientov alebo konfliktov na seba, nedostatočného manažmentu sesterských činností, nedostatočnej psychohygiene, ageizmu a podobne.

Každý študent – budúca sestra by si mal uvedomiť, že všetky vedomosti a zručnosti, ktoré nadobudol počas vzdelávania mu majú slúžiť na dobrý štart do profesie, avšak nevystačia mu do konca profesijného života. Oblasť zdravotníctva v posledných rokoch prešla a stále prechádza výraznými zmenami spojenými nielen s rozvojom technológií, nových vyšetrovacích metód a liečebných postupov, ale aj mnohými spoločenskými zmenami, ktoré výrazne ovplyvňujú prácu v zdravotníctve nielen v kladnom význame. To si vyžaduje rýchle prispôsobovanie sa aktuálnej situácii, novým digitálnym zručnostiam, spoločenskej klíme a z nej vyplývajúcich potenciálnych konfliktov. Sestra ako aj iní zdravotníci pracovníci sú v súčasnosti postavení pred situácie, kedy je potrebné vedieť reagovať na ich rôznorodú súvisiacu nielen s množstvom zdravotných ťažkostí pacientov ale aj spoločenských vplyvov, ktoré sa môžu odrážať v správaní pacientov a ich rodinných príslušníkov. Ako hovorí Nemčeková, M. (2008): „V špecifických podmienkach ľudskej núdze, úzkosti, bolesti a utrpenia a odkázanosti na pomoc sa zvyrazňuje osobnostno-ľudský činiteľ, čo zvyšuje nároky na morálnu reguláciu týchto vzťahov“.

V príprave na ošetrovateľské povolanie musíme teda zdôrazniť pozornosť na sebauvedomovací proces v oblasti nadobúdania viacerých zručností. Výučba etiky predstavuje najvhodnejší priestor najmä pre uvedomenie si vlastnej zodpovednosti v činnostiach vedúcich k uzdravovaniu pacientov, potreby dôveryhodnosti pre udržanie pacientovej dôvery a následne jeho spolupráce, potreby sebareflexie v oblasti správania sa na pracovisku vo vzťahu k spolupracovníkom, pacientom a ich rodinným príslušníkom. Teda konanie čo najvyššie dosiahnuteľného dobra pre svojich pacientov, ich rodinných príslušníkov, ale aj svojich zamestnancov, kolegov, spolupracovníkov.

Uvedené fakty uvádzajú aj autorky Kozárová, Gunišová (2020) vo svojej publikácii, kde tvrdia, že nadobudnutie vedomostí a zručností je iba čiastkovou úlohou vzdelávacieho procesu. Dôležitejšie je rozvíjanie myslenia a zručností vo vzťahu k informáciám, ktoré k nám prichádzajú z rôznych informačných médií, tak, aby si študent dokázal vytvoriť vlastný úsudok a nepodliehal chybným a zavádzajúcim informáciám, konšpiračným teóriám bez hľadania súvislostí, dobra a zla, pravdy a klamstva, manipulácie... Je predpoklad, že z dlhodobej

perspektívy sa stane menej ovplyviteľným, manipulovateľným a ľahšie dosiahne svoje ciele, čo v celospoločenskom rámci smeruje k vyššej stabilite spoločnosti.

Položme si otázky: Zoznámili sme sa s etickými kódexami, etickými princípmi, právami pacientov, atď. ... Vieme však s týmito poznatkami narábať v praxi? Vieme zaujať stanovisko k eutanázii, alebo umelému prerušeniu tehotenstva? Ak áno, vieme si stanovisko obhájiť, vieme prečo ho máme? To sú všetko faktory, nad ktorými je potrebné sa zamýšľať pri aplikácii vedomostí z ošetrovateľskej etiky.

Cieľom autorov učebnice je dosiahnuť, aby sa študenti nad etickou problematikou hlbšie zamýšľali, poznatky si zvnútorňovali a boli tak pripravení kriticky myslieť, zvažovať alternatívne názory a riešiť zložité problémy v praxi.

Ciele elektronickej učebnice vychádzajú z myšlienky, že teoretické poznatky ošetrovateľskej etiky sú na jednej strane nositeľom kompetentnosti a vedeckosti, na druhej strane je nevyhnutné, aby výučba predmetu reflektovala na súčasné problémy ošetrovateľskej praxe v intenciách meniacich sa hodnotových orientácií v individuálnom aj spoločenskom kontexte a viedla tak k morálnemu uvažovaniu budúcich zdravotníckych pracovníkov.

V úvodných častiach učebnica obsahuje základné pojmy v medicínskej a ošetrovateľskej etike, ktoré by mala sestra ovládať. Ďalšie kapitoly obsahujú aplikáciu etických pojmov, zákonitostí, princíпов vo vybraných oblastiach, ktoré spracovali autori vo vzťahu k svojmu profesijnému zameraniu. Budeme radi, ak učebnica prispeje etickej kompetencii každého, kto si ju preštuduje a podnieti k štúdiu ďalšej etickej problematiky v sesterskej profesii.

Autorský kolektív

1 Základné etické pojmy

V kapitole vymedzujeme základné etické pojmy, ktoré by mala sestra ovládať a chápať ich podstatu. Zameriavame sa na etiku zo všeobecného hľadiska v minimalistickom rozsahu, vymedzujeme medicínsku a ošetrovateľskú etiku, kladieme dôraz na deontológiu a deontologické dokumenty, týkajúce sa profesie sestry.

1.1 Etika, morálka a profesionálne normy

Etika (gr. „ethos“ = mrav) je filozofická disciplína, ktorá sa zaoberá morálkou, či morálne relevantným správaním a jeho normami. Skúma teoretické hodnoty a princípy, ktoré usmerňujú správanie ľudí v situáciách, kedy existuje možnosť voľby prostredníctvom slobodnej vôle (Žaloudík, 2014, s. 35).

Ľudia odpradáвна hľadali odpovede na otázky dobra a zla v najrozličnejších oblastiach svojho života. Čím sa jednotlivé spoločnosti rozvíjali v historickom kontexte, tým sa rozlišovanie medzi dobrom a zlom viac sofistikovalo a podliehalo prirodzenému historickému vývinu až do dnešnej podoby.

Niektoré morálne normy správneho správania sú spoločné pre ľudský druh, pretože presahujú kultúry, regióny, náboženstvá a iné skupinové identity a tvoria spoločnú morálku (napr. nezabíjať, neubližovať a nespôsobovať utrpenie iným, nekradnúť, netrestať nevinných, byť

pravdivý, dodržiavať zákony, starať sa o mladých a závislých, pomáhať trpiacim a zachraňovať tých, ktorí sú v nebezpečenstve). Týkajú sa správania (konania) v určitých situáciách tak, ako to očakáva väčšina ľudí v spoločnosti, prípadne v užšej komunite vymedzenej špecifickými charakteristikami.

My sami máme vytvorené morálne hranice, ktoré často nie sme ochotní prekročiť. Hovoríme tomu, že máme morálne cítenie alebo morálne svedomie. V tom nás vedie morálne uvažovanie, ktorému sme sa učili v detstve od našich rodičov, svojho najbližšieho okolia a najmä vzdelávacích inštitúcií bez toho, aby sme si to uvedomovali. Aby spoločnosť fungovala, musí tieto pravidlá dodržiavať. Niektoré sú vynútiteľné štátnou mocou (spísané v legislatívnych dokumentoch), niektoré sú akýmisi „nepísanými pravidlami“, avšak ich porušenie a následné sankcionovanie môže byť pre človeka ťažké, najmä, ak spoločnosť jedinca vylúči zo svojho zoskupenia a dá mu najavo, že je nežiadúci pre svoje uvažovanie a správanie mimo týchto pravidiel.

Etika je vedou normatívnou, vymedzuje rozsah platnosti etických zákonitostí. Normatívna etika sa pokúša odpovedať na otázku: "Ktoré všeobecné morálne normy na usmerňovanie a hodnotenie správania by sme mali prijať a prečo?" Osobitná morálka sa vzťahuje na normy, ktoré sú záväzné pre skupiny z dôvodu ich kultúry, náboženstva, profesie a zahŕňajú povinnosti, ideály, profesionálne normy, atď.

Pod morálkou rozumieme určité pravidlá, ktorými sa ľudia riadia neformálnym spôsobom, pretože ich považujú za dobré, mravné.

V odbornej praxi je dôležité rozlišovať medzi mravnými postulátmi a právnymi zákonmi. Etika rešpektuje dilematické situácie, právny zákon dbá o jednoznačné postuláty (Haškovcová, 2015).

Morálka

Morálka predstavuje súbor uznávaných mravných noriem (hodnotiacich súdov, pravidiel, názorov, zvykov, ideálov), ktorými sa ľudia riadia. Sú kultúrne a historicky podmienené. Podliehajú vonkajšej kontrole (sociálne prostredie: napr. rodina, spolužiaci, kamaráti, komunita, atď.) a vnútornej kontrole, ktorú predstavuje vlastné svedomie človeka.

Vzťah človeka k morálke vytvára jeho sociálnu identitu voči spoločnosti, v ktorej žije.

Mravnosť

Mravnosť nie je možné objektívne posudzovať, lebo žiadny človek nie je schopný preukázateľným spôsobom nahliadnuť do svedomia iného človeka. Keď má byť jednanie človeka posudzované, tak je to možné iba z hľadiska dodržiavania noriem, ktoré nastolila spoločnosť, v ktorej žije.

Mravnosť má podstatnú väzbu na emócie, mravne jedná človek vtedy, keď jedná v zhode so svojim svedomím.

Svedomie

Je závislé na sociálno-kultúrnych vplyvoch, ktoré môžu byť rozdielne, čo je v jednej kultúre vnímané ako DOBRO, môže byť v druhej kultúre vnímané a odsudzované ako ZLO.

Dobro a zlo, správne a nesprávne patria k základným kategóriám etiky a pojmom, ktoré tvoria základnú štruktúru pojmového aparátu používaného v etike.

Pri charakteristike svedomia rozlišujeme dve funkcie – pred činom a po čine.

Svedomie **pred činom** predchádza vlastnému jednaniu, slúži ako kritérium správnosti, či nesprávnosti správania sa človeka. Vracia sa k uskutočnenému činu spätne a hodnotí, či čin bol správny alebo nie.

Svedomie **po čine** schvaľuje alebo neschvaľuje naše správanie.

Svedomie má veľký význam v pomáhajúcich profesiách. Dobre vyvinuté a zdravé svedomie je prejavom profesionality zdravotníckeho pracovníka. Je citlivým meradlom spokojnosti s výkonom pomáhajúcej profesie.

Cnosti

Cnosti ako súcit, nezišnosť, dôveryhodnosť, bezúhonnosť a svedomitosť sú nevyhnutnými stavebnými kameňmi pre dobrú ošetrovateľskú starostlivosť. Starostlivosť je cnosťou definujúcou všetky zdravotnícke profesie. Vo všetkých interakciách s pacientmi je okrem technickej odbornosti lekára a sestry potrebný aj ľudský prvok starostlivosti (jeden človek druhému). "Starostlivosť" je teda v centre zobrazeného integrovaného modelu, a ako to pred takmer sto rokmi stručne vyjadril Peabody: "Tajomstvo starostlivosti o pacienta spočíva v starostlivosti o pacienta".

Svedomitosť je potrebná na určenie toho, čo je správne, kritickým uvažovaním o dobrom verzus zlom, lepšom verzus dobrom, logickom verzus emocionálnom a správnom verzus nesprávnom.

Osobnosť lekára a sestry by mala byť osobnosťou s vlastnosťami "srdca" aj "hlavy". Etické a humanistické hodnoty formujú tie prvé, zatiaľ čo vedomosti (nadobudnuté štúdiom, vyhľadávaním ďalších odborných znalostí, praxou) a technické zručnosti (napr. lekárske a ošetrovateľské postupy) formujú tie druhé.

Súcit je vyjadrený v dobročinnosti.

Rozvážnosť je obzvlášť cenná pri rozhodovaní, keď dochádza ku kolízii etických princípov.

Dôveryhodnosť vedie k dôvere a je potrebnou cnosťou, keď sa pacienti v najzraniteľnejšom období zverujú do rúk lekárov.

Morálna integrita

Integrita je chápaná ako osobnostná charakteristika úzko prepojená na autenticitu a úprimnosť, ktoré vyjadrujú, že človek je „sám sebou“, jeho myslenie, správanie a konanie sú v zhode. Morálna integrita predstavuje pocit uspokojenia s vlastným konaním a vnímanie svojej identity ako profesionála a osoby, ktorá sa snaží žiť morálny život.

Morálna zodpovednosť

Morálna zodpovednosť je konanie v súlade s morálnymi hodnotami a princípmi. Každý človek vo väčšej či menšej miere vníma zodpovednosť „za čo“ a „pred kým a pred čím“.

Autonómia

Autonómiu môžeme charakterizovať viacerými pojmami, ako napr. sebazákonodarstvo, svojbytnosť. Ide o schopnosť človeka rozhodovať o svojich záležitostiach.

Heteronómia

Heteronómia vyjadruje, že človek je riadený niekým iným, alebo niečím iným než tým, čo mu vytyčuje vlastný rozum.

Lekárska deontológia

Lekárska deontológia (gr. to deon = povinnosť, lógia = veda) je veda (náuka) o morálnych vzťahoch, povinnostiach, konaní a zodpovednosti zdravotníckych pracovníkov k sebe, pacientovi, kolegom a k spoločnosti.

Kódexy sú osobitne spísané a vyhlásené etické zásady. Predstavujú súhrn noriem, predpisov a zásad správania sa lekára nielen pri výkone svojho povolania, ale tiež v každodennom živote. Najdôležitejšie kódexy, ktoré vznikli v oblasti medicínskej etiky sú: Hippokratova prísaha, neskôr ako Ženevská deklarácia svetovej asociácie lekárov, Deontologický kódex Slovenskej lekárskej komory (Slovenská lekárska komora – 1992), Norimberský kódex, neskôr ako Helsinská deklarácia svetovej asociácie lekárov (odporúčania lekárom vykonávajúcim biomedicínsky výskum s účasťou ľudských subjektov), Medzinárodný kódex lekárskej etiky svetovej asociácie lekárov.

Kódexy v ošetrovatel'stve

Medzi deontologické kódexy v ošetrovatel'stve patria: **Etický kódex zdravotníckeho pracovníka** uvedený v Zákone č. 578/2004, príloha č.4 (o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o ...), **Etický kódex sestier a pôrodných asistentiek**, ktorý je súčasťou zákona číslo 311/2002 Z. z.

o povolání sestry, o povolání pôrodnej asistentky, o Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek. Pozri na:

(<https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/578/20210119.html#prilohy>,
<https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2002/311/20020801.html>).

Ďalšie dokumenty a pravidlá, ktoré sú súčasťou hlbších poznatkov v oblasti profesijnej etiky. Žiadna profesia sa bez nich nezaobíde, zvlášť oblasť zdravotníctva, ktorá sa dotýka chorých, zraniteľných osôb.

Lege artis v medicíne

Lex = zákon, ars umenie – podľa zákona umenia. Dodržanie správneho postupu liečby podľa „lege artis“ neznamená, že sa vždy za každých okolností dosiahne liečebný úspech. Aj keď lekár postupuje podľa svojho najlepšieho vedomia a svedomia, napriek tomu môže pacient dopadnúť zle. A tiež napriek všeobecnému očakávaniu, že operácia či iný zákrok skončí zle, nemusí nutne znamenať, že lekár postupoval chybné, že niečo zanedbal, alebo porušil nejakú povinnosť.

Z individuality každého pacienta vyplýva, že akékoľvek liečebné štandardy súvisiace s rozhodovaním, či lekár postupoval lege artis, alebo nie môžu mať iba doporučenie, od ktorého je možné sa v odôvodnených prípadoch odchyliť, ale nemôžu mať exaktnú platnosť. Pokiaľ by bolo možné nastaviť presné pravidlá, tak by z medicíny zmizla časť povyšujúca ju z vedy na umenie a chorých ľudí by mohli liečiť dobre naprogramované počítače.

Postup lege artis v sebe zahŕňa nielen možnosť odchyliť sa v záujme pacienta od doporučených postupov, ale v prípade správneho pochopenia zohľadňuje aj konkrétne situácie a podmienky, za ktorých je lekárska starostlivosť poskytovaná, teda aké mal v danej chvíli lekár možnosti. Z toho vyplýva, že prácu lekára môže posudzovať iba lekár rovnakej odbornosti.

Do autonómie lekárov však zasahuje množstvo ekonomických a politických faktorov, ktoré sú často v rozpore s pravidlami lekárskej etiky a z praktického hľadiska vylučujú postupy v súlade s poznatkami lekárskej vedy.

Lege artis v ošetrovatelstve

Lege artis v ošetrovatelstve znamená dodržiavanie legislatívnych noriem, ktoré určujú rozsah kompetencií sestier, pravidlá postupov ošetrovatel'ských činností, komunikácie a správania sestier.

Aplikovaná etika

Aplikovaná etika predstavuje aplikáciu poznatkov zo všeobecnej etiky na jednotlivé spoločenské oblasti a aktivity, pri ktorých sa uplatňujú etické princípy. Ide o spojenie teoretickej a praktickej etiky. Je to proces normatívneho myslenia, ktorý sa týka konkrétnych

oblastí praktickej činnosti. Jej úlohou je obohacovať oblasti praxe jednotlivých profesií o etické pojmy, hodnoty, princípy a normy, ako aj etické odporúčania. Má interdisciplinárny charakter.

Bioetika

Bioetika (z *gr. bios* – život a *éthos* – mrav) je disciplínou aplikovanej etiky. V užšom slova zmysle vyjadruje skúmanie etických problémov v medicíne a výskume, v širšom slova zmysle rozoberá etické problémy životného prostredia, ochrany biologickej diverzity, správanie sa človeka vo vzťahu k zvieratám.

Etické teórie súčasnosti sústreďujú pozornosť na dve oblasti ľudskej činnosti. Prvá sa týka ľudských aktivít vo vzťahu k svojmu okoliu a prírode. V tejto súvislosti sa vynára otázka, či existuje etický vzťah človeka k prírode, ktorý by formoval a limitoval jeho zásahy do jej integrity. Ukazuje sa, že tieto zásahy majúce dopad na životné prostredie, kvalitu života celkovú existenciu biosystému, možno dosiahnuť nielen legislatívnymi prostriedkami, ale najmä zmenami postojov ľudí a motivácie k etickej zodpovednosti za svoje skutky.

Druhou oblasťou záujmu etických teórií sú aktivity v oblasti medicíny, týkajúce sa zásahov do ľudského organizmu v záujme jeho liečenia. Ako príklad možno uviesť na jednej strane množstvo odsúdeniahodných prípadov zneužívania ľudských subjektov vo výskume, lekárske zásahy bez informovaného súhlasu, experimenty v koncentračných táboroch počas druhej svetovej vojny. Na druhej strane sú to nové terapeutické a reštitučné zákroky, týkajúce sa napr. genetického inžinierstva, génovej chirurgie, transplantácii orgánov a pod. Ich aplikácia viedla k vzniku doposiaľ neexistujúcich etických problémov, a k rýchlemu vývoju bioetiky, ktorá sa od profesijného správania a kódexov dostala do súčasného stavu s rozsiahlym záberom, ktorý zahŕňa etiku výskumu, etiku verejného zdravia, organizačnú etiku a klinickú etiku (Ondok, 2005, Kovaľová, 2004).

Profesijná etika

Profesijná etika predstavuje špecifický typ aplikovanej etiky. Týka sa konkrétnej profesie, pričom každá má vytýčené vlastné etické princípy, ktoré je potrebné pri výkone povolania dodržiavať.

Medicínska a ošetrovateľská etika sú druhy profesijnej etiky, pre ktoré je charakteristická špecifikácia etických pravidiel na konkrétne situácie v medicínskej (ošetrovateľskej) praxi, vyznačujúce sa špecifickosťou prostredia, času a účastníkov, ktoré robia situáciu jedinečnou. Preto v etike neexistujú jednoznačné závery, ale návrhy a odporúčania na riešenie situácií etického charakteru.

Etika v medicíne, zdravotníctve a ošetrovatel'stve

Profesionálne etické uvažovanie v medicíne sa v priebehu vývinu ľudstva menilo, najmä, ak sledujeme históriu vzniku etických princípov a etického rozhodovania (obdobie vzniku etických princípov, obdobie antiprincipializmu, obdobie potreby dialógu a vznik konsenzuálnej etiky).

V súčasnej pluralitnej demokratickej spoločnosti sa etika v zdravotníctve môže uplatňovať iba ako etika dialógu, ktorý je potrebný nielen medzi expertmi rôznych medicínskych a nemedicínskych odborov, ale aj v rámci celej spoločnosti. Práve laici, ktorých sa ako pacientov priamo dotýkajú etické problémy, prinášajú do dialógu určitú protiváhu k názorom odborníkov. To môže prinášať iné hľadisko, názory, postrehy, skúsenosti, ktoré odborníkom unikajú. Výsledkom dialógu je pravda, nové poznanie a nie jeho jedna, či druhá strana (Šoltés, Pullman, s.9, 2008).

V medicíne sa v súvislosti s etikou používa viacero pojmov, ako napr. lekárska etika, medicínska etika, klinická etika, zdravotnícka etika, ošetrovateľská etika, etika v práci sestier a ošetrovateliek, bioetika. Etické problémy v medicíne (lekárstve) a ošetrovateľstve spolu úzko súvisia, nemožno ich od seba oddeliť, nakoľko v situáciách nielen etického charakteru sú účastníkmi tak lekári, ako aj sestry. Podobný názor vyjadrila Kutnohorská (2007): "medzi lekárskou etikou a etikou v ošetrovateľstve by mal byť interaktívny vzťah. Ošetrovateľská etika vychádza z lekárskej etiky, má rovnaké zdroje, vznikala v rovnakej kultúrnej tradícii." Napriek tomu, že si uvedomujeme rozdielnosť v kompetenciách týchto profesií (z pohľadu etiky najmä v súvislosti s informovaným súhlasom), budeme hovoriť o etických aspektoch ich práce súbežne.

Etika v ošetrovateľstve sa zaoberá normami a princípmi ošetrovateľskej etiky, špecifickými problémami, hodnotami, normami a ich realizáciou v ošetrovateľskej praxi. Poskytuje stratégie na posilnenie profesionálnej zodpovednosti a vytvára predpoklady na to, aby sa sestra mohla správne rozhodovať v konkrétnych situáciách.

Princípy etického rozhodovania sestry spočívajú v nasledujúcich predpokladoch:

- profesionálnej zodpovednosti, ktorou by mal disponovať každý zdravotnícky pracovník,
- ľudskom vzťahu medzi sestrou a pacientom, ktorý je založený na vzájomnej dôvere a rešpektovaním osobnosti vo všetkých oblastiach (princíp autonómie, spravodlivosti) (Lajdová, 2019, in: Ryska, 2019)

V ošetrovateľskej praxi je vymedzenie morálnych pravidiel dané dokumentmi uvedenými v texte vyššie pod nadpisom „Kódexy v ošetrovateľstve“.

Zdravotnícka etika

Zdravotnícka etika je pojem, ktorý sa často používa ako synonymum lekárskej (medicínskej) etiky, ale fakticky ide o problémy, ktoré sa dotýkajú etiky zdravia (jednotlivca, populácie, komunity, spoločnosti). Označuje etickú problematiku týkajúcu sa zdravotníctva, najmä zdravotníckych systémov.

1.2 Etické princípy

Princíp je niečo, čo v súlade s hodnotovou štruktúrou jednajúceho určuje smer jeho uvažovania a jednaní. Mravný princíp je idea, ktorú považujeme za správnu a necháme sa v nej viesť pri našom rozhodovaní a jednaní (Šimek, 2015).

Beneficencia, nonmaleficencia, autonómia a spravodlivosť predstavujú 4 základné princípy etiky. Prvé dva "pomáhať a neškodiť" sa používali už od čias Hippokrata, autonómia a spravodlivosť získali uznanie ako dôležité princípy etiky neskôr. V modernej dobe je klasikou kniha pracovníkov prestížneho bioetického centra pri washingtonskej Georgetownskej univerzite T.I.Beauchampa a J. F. Childressa Principles of Biomedical Ethics (1994), v ktorej sú uvedené tieto 4 princípy a ich uplatňovanie.

1.2.1 Beneficence (lat. bene = dobre a facere = konať)

Princíp beneficencie je povinnosťou lekára/sestry a ostatných zdravotníckych pracovníkov konať v prospech pacienta, zabrániť zlému zaobchádzaniu, predchádzať škodám, pomáhať osobám s postihnutím a zabezpečovať záchranu osôb v nebezpečenstve, podporovať dobro voči pacientom, tvorba a neustála modifikácia morálnych pravidiel na ochranu a obranu práv iných, atď. Je potrebné zdôrazniť, že na rozdiel od nonmaleficencie hovorí o pozitívnych požiadavkách. Táto zásada vyzýva nielen na zabránenie ujmy, ale aj na prospech pacientov a podporu ich blaha.

1.2.2 Nonmaleficence (lat. non = nie, mal= zle, facere = konať).

Nonmaleficence je povinnosť lekára/sestry a iných zdravotníckych pracovníkov vždy konať v záujme pacienta, nepoškodiť ho počas odbornej starostlivosti. Tento jednoducho formulovaný princíp podporuje niekoľko morálnych pravidiel - nezabíjať, nespôsobovať bolesť alebo utrpenie, nespôsobovať nespôsobilosť, pohoršenie a nepripravovať iných o „životné dobrá“. V súčasnosti možno povedať, že princíp nonmaleficence je v medicíne vnímaný ako najzásadnejší (Šimek, 2015, Varkey, 2021, Haddad, Geiger, 2018).

Praktická aplikácia princípu nonmaleficencie zo strany lekára spočíva v tom, že zväži prínosy a záťaž všetkých zákrokov a liečebných postupov, vyhne sa tým, ktoré sú neprimerane

zaťažujúce, a zvolí najlepší postup pre pacienta. To je obzvlášť dôležité a relevantné pri zložitých rozhodnutiach o starostlivosti na konci života, ktoré sa týkajú ukončenia život udržujúcej liečby, medikamentózneho výživy a hydratácie, ako aj pri kontrole bolesti a iných symptómov. Povinnosť a zámer lekára zmierniť utrpenie (napr. refraktérnu bolesť, alebo dýchavičnosť) pacienta použitím vhodných liekov vrátane opiátov majú prednosť pred predpokladanými, ale nezamýšľanými škodlivými účinkami alebo dôsledkami (doktrína dvojitého účinku) (Varkey, 2021).

Praktická aplikácia princípu nonmaleficencie zo strany sestry spočíva v tom, že je dostatočne odborne zdatná a svoje vedomosti a zručnosti si naďalej rozširuje a aplikuje v praxi. Tak je schopná zabezpečiť čo najlepší možnú ošetrovateľskú starostlivosť a bude konať dobro pre pacientov. Na mieste pacienta vidí seba alebo niekoho zo svojich blízkych a riadi sa pravidlom „na mieste pacienta vidím seba alebo niekoho zo svojich blízkych“. Pracuje maximálne zodpovedne, dodržiava sľuby, ktoré dala pacientom, je čestná a spravodlivá. Neprenáša na pacientov problémy pracovného alebo osobného charakteru, pozná a využíva viaceré spôsoby odbúravania negatívnych emócií. Prejavuje pacientom empatiu, súcit, komunikuje na profesionálnej úrovni.

Pracuje na základe svojich kompetencií metódou ošetrovateľského procesu so všetkými jeho zákonitosťami, dodržiava pravidlá a normy ošetrovateľskej praxe.

Samozrejme, mohli by sme pokračovať ďalej vo vymenúvaní konania dobra pre pacienta, ale osobne si myslíme, že z textu je zrozumiteľné, čo treba pod konaním dobra rozumieť.

1.2.3 Autómia (gr. auto = sám, nonos = pravidlo)

Filozofickým základom autonómie, ako ju interpretovali filozofi Immanuel Kant (1724-1804) a John Stuart Mill (1806-1873) je, že všetky osoby majú vnútornú a nepodmienujúcu hodnotu, a preto by mali mať schopnosť robiť racionálne rozhodnutia a morálne voľby a každý by mal mať možnosť uplatniť svoju schopnosť sebaurčenia.

Zásada autonómie sa nevzťahuje na osoby, ktoré nemajú schopnosť (kompetenciu) konať autonómne, príkladom sú dojatá a deti a ľudia s neschopnosťou v dôsledku vývojovej, duševnej alebo telesnej poruchy.

Odporcovia princípu autonómie spochybňujú zameranie na jednotlivca a navrhujú širší koncept vzťahovej autonómie (formovanej sociálnymi vzťahmi a komplexnými determinantmi, ako sú pohlavie, etnický pôvod a kultúra). Dokonca aj vo vyspelých krajinách, charakteristických nehomogénnou kultúrou, niektoré menšinové skupiny obyvateľstva zastávajú odlišné názory

ako väčšinová populácia v potrebe úplného zverejnenia informácií a pri rozhodovaní o podpore života (uprednostňujú prístup zameraný na rodinu).

Kultúra (súhrn zvykových názorov, spoločenských foriem a materiálnych znakov rasovej, náboženskej alebo sociálnej skupiny) však nie je statická a autonómna a v priebehu rokov sa mení spolu s inými trendmi. Je trúfalé predpokladať, že vzory a úlohy vo vzťahoch medzi lekárom a pacientom, ktoré platili pol storočia a viac, stále platia (Varkey, 2021). Problematika autonómie podlieha mnohým spoločenským vplyvom a v súčasnosti je v popredí záujmu pacientov a celej spoločnosti. To súvisí s faktormi, ako sú narastajúci individualizmus (zdôrazňovaniu pacienta ako individuálnej osoby, nie ako člena skupiny), narastajúca vzdelanostná úroveň a zlepšenie sociálno-ekonomického postavenia obyvateľstva, technologický a ekologický pokrok, globalizácia, narastajúca variabilita v možnostiach liečby, viac odborníkov, technického vybavenia, anonymita a neosobnosť vo vzťahoch k pacientom (Mauer, M, 2017). To všetko sú faktory, ktoré poukazujú na potrebu zmeny v paternalistickej praxi zdravotníckych pracovníkov, ktorej treba venovať náležitú pozornosť. (Problematike paternalizmu sa bližšie venujeme v ďalšom texte).

Rešpektovanie princípu autonómie zaväzuje lekára, aby poskytol lekárske informácie a možnosti liečby, ktoré sú potrebné na to, aby sa pacient mohol sám rozhodnúť, a podporuje informovaný súhlas, pravdivé informácie a dôvernosť (Varkey, 2021).

Dodržiavanie princípu autonómie sa týka aj sestier, aj keď v inej miere zodpovednosti a kompetencie, ako je to u lekára. Veľmi dobre vyjadrila úlohu sestry v oblasti informovanosti pacienta vo svojom manuále o etike pre sestry Haškovcová (2000, in Lajdová, 2019): „*Úlohou sestry v tomto procese je zabezpečiť optimálne podmienky na zabezpečenie informovanosti pacienta. Týkajú sa prostredia, ktoré by malo byť pokojné, kludné, intímne, bez rušivých elementov (vyzváňanie telefónu), pripravenosti pacienta na rozhovor, po ktorom by mala s "pochopením a znalosťou vecí celú záležitosť doladiť". Pacient sa cíti v jej spoločnosti viac uvoľnený a tak má potrebu nadobudnuté informácie prediskutovať aj s ňou. Je preto dôležité, aby lekár a sestra hovorili "rovnakou rečou", každý v rámci svojich kompetencií.*“ Na mieste je ešte doplniť, že dôležité informácie by mali byť odovzdávané v čase tak, aby mal pacient možnosť ich prebrať so svojimi najbližšími, preto je vhodné umožniť mu návštevu aj mimo návštevných hodín, ak to samozrejme chod pracoviska a ďalšie okolnosti umožňujú.

1.2.3.1 Informovaný súhlas

Problematika informovaného súhlasu je v klinickej etike stredobodom pozornosti od sedemdesiatych rokov minulého storočia. Predstavuje prepojenie práv pacientov na úplnú

informovanosť o svojej chorobe a povinnosť lekára vyžiadať si súhlas pacienta s poskytovanými diagnostickými a liečebnými zákrokmi. K zvýšenej pozornosti na problematiku prispeli súdne procesy v USA, ktoré riešili žaloby pacientov na poskytovanú zdravotnú starostlivosť (Šimek, 2015).

Požiadavky na informovaný súhlas s lekársnym alebo chirurgickým zákrokom alebo s výskumom sú, že pacient

- musí byť spôsobilý porozumieť a rozhodnúť sa,
- dostane úplné informácie,
- porozumie informáciám,
- koná dobrovoľne a
- súhlasí s navrhovanou činnosťou.

Univerzálna uplatniteľnosť týchto požiadaviek, ktoré majú korene a boli vyvinuté v západnej kultúre, sa stretla s určitým odporom a návrhom vytvoriť súbor požiadaviek, ktoré by zohľadňovali kultúrne zvyklosti iných krajín. Ako však uviedol Angell (1988 in Varkey 2020): *"Musí existovať jadro ľudských práv, ktoré by sme chceli, aby sa rešpektovali univerzálne, napriek rozdielom v určitých aspektoch v jednotlivých krajinách. Sily miestnych zvyklostí alebo miestneho práva nemôžu ospravedlniť zneužívanie niektorých základných práv a právo na sebaurčenie, na ktorom je založená doktrína informovaného súhlasu "*

Keďže spôsobilosť je prvou z požiadaviek na udelenie súhlasu, je úlohou lekára, aby posúdil u pacienta jeho **kompetentnosť** rozhodnúť sa pre ponúkané možnosti a riešenia jeho zdravotného stavu. To znamená, že pri informovaní pacienta je dôležité nielen poskytnutie informácií podľa určitých pravidiel, ale i overenie, že je schopný príslušné rozhodnutie urobiť. Štandardy (používané samostatne alebo v kombinácii), ktoré sú všeobecne akceptované na určenie kompetentnosti, sú založené na schopnosti pacienta vyjadriť preferencie alebo voľbu, schopnosti pochopiť svoju situáciu a jej dôsledky a schopnosti zdôvodniť závažné životné rozhodnutie.

Je potrebné mať na pamäti, že kompetentnosť pacienta v danej chvíli je ovplyvnená mnohými faktormi, ako sú napr. bolesť, účinky liekov, porucha vedomia, porucha psychických funkcií, ktoré môžu byť prechodné a po ich odznení sa kompetentnosť pacienta zlepší. Čiže **ak prehlásime kompetentnosť alebo nekompetentnosť pacienta, vyjadrujeme tým aktuálny stav, ktorý nemusí byť v súlade s jeho právnym stavom (právo používa pojmy**

svojprávny/nesvojprávny). Dospievajúci pacient je schopný udeliť súhlas s operáciou, ale informovaný súhlas podpisuje jeho zákonný zástupca (rodič) na základe právneho hľadiska. Naopak dospelý pacient s poruchou vedomia je aktuálne svojprávny, ale nekompetentný udeliť súhlas.

Keďže problematika informovaného súhlasu je v spoločnosti relatívne nová, neexistuje jednotný názor, ako postupovať u nekompetentného pacienta. Odporúča sa rešpektovať jeho autonómne úsudky vyjadrené v minulosti (čo by si v tejto situácii želal sám pacient), samozrejme ak existujú. Druhou možnosťou riešenia situácie je použitie štandardu najlepšieho záujmu (t. j. to, čo by pacientovi prinieslo najvyšší čistý úžitok pri zvážení rizík a prínosov) (Varkey, 2020, Šimek, 2015).

Hovorenie pravdy

Hovorenie pravdy je dôležitou súčasťou vzťahu medzi lekárom, sestrou a pacientom. Bez tejto zložky lekár a sestra strácajú dôveru pacienta. Autonómny pacient má nielen právo vedieť (zverejniť) svoju diagnózu a prognózu, ale má aj možnosť sa tohto zverejnenia vzdať. Lekár však musí vedieť, ktorú z týchto dvoch možností pacient uprednostňuje.

V Spojených štátoch je úplné zverejnenie informácií pacientovi, nech je choroba akokoľvek závažná, v súčasnosti normou, ale v minulosti tomu tak nebolo. V USA bol veľmi rozšírený výrazný odpor voči úplnému zverejneniu informácií, ale v postoji lekárov k tejto otázke nastal výrazný posun. V roku 1961 88 % opýtaných lekárov uviedlo, že sa radšej vyhýbajú zverejneniu diagnózy; v roku 1979 už 98 % opýtaných lekárov súhlasilo so zverejnením diagnózy. Tento výrazný posun možno pripísať mnohým faktorom, ktoré zahŕňajú vzdelanostný a sociálno-ekonomický pokrok, zvýšenú zodpovednosť voči spoločnosti a uvedomenie si predchádzajúcich klinických a výskumných prehreškov profesie.

Dôležité je, že prieskumy v USA ukazujú, že pacienti s rakovinou a inými chorobami si želajú, aby boli plne informovaní o svojej diagnóze a prognóze. Poskytovanie úplných informácií s taktom a citlivosťou pacientom, ktorí ich chcú vedieť, by malo byť štandardom. Medzi smutné dôsledky neoznámenia pravdy o rakovine alebo inom závažnom ochorení patrí aj to, že pacienta pripravíme o možnosť uskutočniť naplánované dôležité životné úlohy ako napr. dať do poriadku finančné záležitosti vrátane rozdelenia majetku, zmieriť sa s odcudzenými členmi rodiny a priateľmi, dosiahnuť duchovný poriadok prostredníctvom rozjímania, modlitby, rituálov a náboženských sviatostí, atď.

Na rozdiel od USA sa v iných krajinách úplné informovanie pacienta veľmi líši. V nezápadných spoločnostiach pretrváva zvyklosť, že lekár poskytuje informácie rodine a nie pacientovi. Pravdepodobnými dôvodmi odporu lekárov oznámiť zlé správy sú obavy, že by to mohlo

vyvolať úzkosť a stratu nádeje, určitá neistota ohľadom výsledku alebo presvedčenie, že pacient by nebol schopný informáciám porozumieť alebo by ich nemusel chcieť vedieť. Nemusí však ísť o protichodnú voľbu, pretože dôkladné pochopenie princípu autonómie odhaľuje, že autonómna voľba je právom pacienta a pacient pri uplatňovaní tohto práva môže poveriť člena alebo členov rodiny, aby rozhodovali za neho.

Dôvernosť

Lekári a sestry sú viazaní povinnou mlčanlivosťou, čo v praxi znamená, že nemôžu prezradiť dôverné informácie poskytnuté pacientom inej strane bez jeho súhlasu. Zrejmovou výnimkou (s implicitným súhlasom pacienta) je zdieľanie lekárskejších informácií potrebných na starostlivosť o pacienta od primárneho lekára konzultantom a iným zdravotníckym tímom. V súčasných moderných nemocniciach s viacerými vyšetrovacími miestami a konzultantmi a s používaním elektronických zdravotných záznamov došlo k narušeniu dôvernosti. Jednotliví lekári a sestry však musia zachovávať povinnosť mlčanlivosti a nehovoriť o konkrétnych údajoch o pacientovi s jeho rodinnými príslušníkmi alebo na spoločenských stretnutiach a v sociálnych médiách. Existuje niekoľko pozoruhodných výnimiek z dôvernosti informácií o pacientoch. Medzi ne patrí okrem iného zákonom vyžadované hlásenie strelných poranení a pohlavne prenosných chorôb a výnimočné situácie, ktoré môžu spôsobiť inému veľkú škodu (napr. epidémie infekčných chorôb, oznámenie partnera pri ochorení HIV, relatívne oznámenie určitých genetických rizík atď.)

1.2.4 Spravodlivosť (justice)

Etický princíp spravodlivosti sa všeobecne interpretuje ako spravodlivé, nestranné a primerané zaobchádzanie s osobami bez rozdielu veku, národnosti, kultúrnej a náboženskej príslušnosti, atď.

Problematiky spravodlivosti sa dotýka aj tzv. distribučná spravodlivosť. Distribučná spravodlivosť sa vzťahuje na spravodlivé, nestranné a primerané rozdelenie zdrojov zdravotnej starostlivosti určené odôvodnenými normami, ktoré štruktúrujú podmienky sociálnej spolupráce.

K príkladom o otázkach distribučnej spravodlivosti, s ktorými sa stretávame v nemocničnej a ordinačnej praxi patrí napr. pridelovanie obmedzených zdrojov (vybavenie, testy, lieky, transplantácie orgánov), starostlivosť o nepoistených pacientov a pridelovanie času na ambulantné návštevy (rovnaký čas pre každého pacienta? na základe potreby alebo zložitosti? na základe sociálneho a ekologického statusu?)

Napriek spomenutým ťažkostiam vyskytujúcim sa v reálnej praxi, lekári a sestry musia akceptovať režim spravodlivosti obsiahnutý v tejto zásade. Spravodlivosť voči pacientovi nadobúda pri konflikte záujmov úlohu prvoradej dôležitosti. Do očí bijúcim príkladom porušenia tejto zásady je, keď sa vyberie určitá možnosť liečby namiesto iných, alebo sa vyberie drahý liek namiesto rovnako účinného, ale lacnejšieho, pretože to lekárovi prináša finančné alebo iné výhody.

1.2.5 Konflikty medzi etickými princípmi

Každý zo štyroch etických princípov sa má považovať za povinnosť prima facie, ktorá sa musí plniť, pokiaľ nie je v konkrétnom prípade v rozpore s iným princípom. Zoberme si príklad konfliktu, ktorý má jednoduché riešenie: pacientovi v šoku liečenému urgentnou tekutinovou resuscitáciou spôsobilo zavedenie vnútrožilového katétra bolesť a opuch. Tu prevažuje zásada benefiencie nad zásadou nonmaleficiencie. Mnohé konflikty, ktorým lekári a sestry čelia, sú však oveľa zložitejšie a ťažšie. Ako napr. situácia, keď kompetentný pacient odmietne zákrok, ktorý mu môže zachrániť život (napr. zavedenie mechanickej ventilácie), alebo požiada o zákrok, ktorý mu môže ukončiť život (napr. ukončenie mechanickej ventilácie). Nikde v oblasti etického rozhodovania nie je konflikt taký výrazný ako pri strete princípov dobročinnosti a autonómie.

Beneficiencia má v tradičnej medicíne historickú úlohu. Avšak dať jej prednosť pred autonómiou pacienta je **paternalizmus**, ktorý robí vzťah medzi lekárom a pacientom analogickým vzťahu otca a matky k dieťaťu. Otec/matka môže odmietnuť želanie dieťaťa, môže dieťa ovplyvňovať rôznymi spôsobmi (neoznámením, manipuláciou, klamstvom, nátlakom atď.) v súlade so svojím zmýšľaním o tom, čo je pre dieťa najlepšie. To však v medicínskej a ošetrovateľskej praxi nie je prípustné.

Doterajšia zdravotná starostlivosť u nás je kriticky označovaná ako paternalistická, pričom ako alternatíva sa ponúka „partnerský vzťah“ medzi lekárom a pacientom. Paternalizmus je súborom viacerých typov správania, ktoré sa v praxi vyskytujú vplyvom jedinečností vzájomných interakcií zdravotníkov a pacientov.

Vzťah k pacientovi ako k dieťaťu predstavuje najväčší problém paternalistickej medicíny. Vytvára obraz závislého, pasívneho a nerozhodného pacienta a je čoraz viac odmietaný ako vhodný postoj k pacientovi.

Autori Beauchamp a Childress rozlišujú tzv. tvrdý paternalizmus, ktorý ide proti autonómii informovaného pacienta s normálnou vôľou (napr. akútna záchrana života, odmietnutie liečby,

ktoré odporuje svedomiu lekára). Tvrdý paternalizmus je konanie lekára, ktorého cieľom je prospieť pacientovi, ale ktoré je v rozpore s dobrovoľným rozhodnutím autonómneho pacienta, ktorý je plne informovaný a kompetentný, a je eticky neobhájiteľný.

Na druhom konci škály tvrdého paternalizmu je konzumerizmus, zriedkavá a extrémna forma autonómie pacienta, ktorá zastáva názor, že úloha lekára sa obmedzuje na poskytovanie všetkých lekárskejších informácií a dostupných možností intervencií a liečby, zatiaľ čo plne informovaný pacient si vyberá z dostupných možností. V tomto modeli je úloha lekára obmedzená a neumožňuje plné využitie jeho vedomostí a zručností v prospech pacienta, čo sa rovná istej forme opustenia pacienta, a preto je eticky neospravedlňateľná.

Oproti tomu mäkký paternalizmus znamená ovplyvňovanie, presvedčanie u tých pacientov, ktorí majú obmedzenú rozhodovaciu schopnosť (vyčerpanosť, depresie, drogová závislosť). Mäkký paternalizmus môže veľmi ľahko sklznúť do manipulatívneho nátlaku. Zo skúseností mnohých pacientov vyplýva, že paternalistický prístup môže obsahovať aj takú formu správania, ako je nátlak, nepriateľské správanie, agresia, súdenie pacienta, manipulácia, klamanie, zadržiavanie informácií, deprivácia. Ako alternatíva sa ponúka partnerský vzťah, charakteristický spoluprácou, hľadaním konsenzu, a teda väčšia aktivita pacienta a rešpekt k jeho autonómii. Mäkký paternalizmus je komplikovaný kvôli ťažkostiam pri určovaní, či bol pacient v čase rozhodovania neautonómny, ale je eticky obhájiteľný, pokiaľ je konanie v súlade s tým, čo lekár považuje za pacientove hodnoty.

Pomáhanie je mocenským vzťahom. Ja, ako pomáhajúci mám v určitom ohľade väčšiu moc, viac vedomostí, schopností, viac sily, druhý človek je v núdzi, čo znamená, že je oslabená jeho autonómia. Podľa Haškovcovej (2015) platí rovnosť iba vo formálnej rovine. Vedomie tejto moci pravdepodobne stálo za potrebou vytvárania deontologických kódexov v medicíne v minulosti.

Prehnaný dôraz na autonómiu tam, kde o ňu pacient nestojí, alebo jej nie je schopný, je tiež paternalistický prístup, ale v inom uhle pozornosti. Niektorí pacienti nie sú schopní o sebe rozhodovať z viacerých dôvodov, ako napr. z preťaženia informáciami, ktorým nerozumejú, z oslabenia organizmu samotným ochorením, z potreby väčšej miery podpory, ako rozhodovania o sebe samom, z potreby určitejšej závislosti.

Podstata nepaternalistického správania spočíva v myšlienke: Nejde o to rozhodovať za druhého človeka, ale pomôcť mu k dobrému rozhodnutiu.

Ilustratívne prípady konfliktov medzi etickými princípmi

V klinickej praxi sa vyskytuje široká škála konfliktov medzi etickými princípmi. Niektoré z nich, najmä tie, ktoré sa týkajú rozhodnutí o starostlivosti na konci života, sú zložité. Niekoľko nasledujúcich prípadov uvádzame preto, aby sme poukázali na význam uvažovania nad etickými princípmi v konkrétnej situácii tak, aby sa dospelo k eticky správne riešeniu.

Prípad 1

Dvadsaťročného vysokoškolača žijúceho na internáte priviedol priateľ na oddelenie urgentného príjmu (OUP) kvôli neutíchajúcej bolesti hlavy a horúčke. Zdalo sa, že je ospalý, ale reagoval a pri vyšetrení mal horúčku (40 °C) a stuhnutý krk. Urobila sa lumbálna punkcia, miechový mok bol zakalený a vykazoval zvýšené množstvo bielych krviniek; Gramovo farbenie ukázalo prítomnosť grampozitívnych diplokokov. Na základe diagnózy bakteriálnej meningitídy sa začali podávať vhodné antibiotiká a pacientovi bola odporučená hospitalizácia. Hoci pôvodný súhlas s diagnózou bol implicitný a súhlas s lumbálnou punkciou bol explicitný, v tomto momente pacient bez udania dôvodu odmietol liečbu a trval na návrate do svojej ubytovne. Aj po vysvetlení lekára o závažnosti jeho diagnózy a absolútnej potrebe okamžitej liečby (t. j. ohrozenie života bez liečby) pacient odmietol.

Komentár. Z dôvodu tohto odmietnutia sú lekárske indikácie a preferencie pacientov v rozpore. Je eticky správne liečiť pacienta proti jeho vôli, ktorý urobil rozhodnutie, ktoré má hrozivé následky (invalidita, smrť), pričom neuvádza žiadny dôvod pre toto rozhodnutie a u ktorého nemožno jednoznačne určiť mentálnu nespôsobilosť (hoci sa dá predpokladať zmenený mentálny stav)? V tomto prípade sa dostávajú do konfliktu zásada beneficencie a zásada autonómie. Zváženie faktorov: (1) pacient nemusí prijímať odôvodnené rozhodnutie vo svojom najlepšom záujme z dôvodu dočasnej duševnej nespôsobilosti; a (2) závažnosť život ohrozujúceho ochorenia a naliehavosť liečby na záchranu jeho života podporuje rozhodnutie v prospech beneficencie (t. j. liečby).

Prípad 2

U 56-ročného muža, právnik a súčasného fajčiara cigariet, ktorý viac ako 30 rokov fajčí krabičku denne, sa na röntgenovom snímku hrudníka, ktorý sa robil v rámci žiadosti o poistenie, zistil solitárny útvar v pravom hornom laloku pľúc veľkosti 5 cm. Útvar nebol kalcifikovaný a neboli v ňom žiadne iné pľúcne abnormality. Nemal žiadne príznaky a jeho vyšetrenie bolo normálne. Kožný test na tuberkulózu bol negatívny a v minulosti necestoval do endemickej oblasti s výskytom plesňových infekcií. Keďže rakovina pľúc bola najpravdepodobnejšou a najvýznamnejšou diagnózou, ktorú bolo treba brať do úvahy a včasná chirurgická resekcia poskytovala najlepšie vyhliadky na vyliečenie, chirurg odporučal bronchoskopickú biopsiu a

následnú resekciu. Pacient chápal plán liečby a význam neodkladania liečby. Avšak opätovne sa rozčul'oval a uvádzal, že si nemyslí, že má rakovinu; a obáva sa, že operácia by ho zabila. Aj po ďalších vysvetleniach o nízkej úmrtnosti pri operácii a dôležitosti odstránenia útvaru pred jeho rozšírením naďalej odmieta liečbu.

Komentár. Aj keď lekárom predpísaná liečba, t. j. odstránenie útvaru, ktorý je pravdepodobne zhubný, poskytuje najlepšiu šancu na vyliečenie a odklad jeho odstránenia zvyšuje šancu na vznik metastáz a dosiahnutie nevyliciteľného štádia - voľba tohto dobre informovaného a duševne spôsobilého pacienta by sa mala rešpektovať. V tomto prípade prevažuje autonómia nad prospešnosťou. Lekár však nesmie pacienta opustiť a je povinný pokračovať v ambulantných návštevách s radami, aby sa nerozhodoval na základe strachu, ale výsledkov vyšetrení, pravidelných testov, prípadne s odporúčením, aby vyhľadal názor druhého odborníka.

Prípad 3

71-ročný muž s veľmi ťažkou chronickou obštrukčnou chorobou pľúc (CHOCHP) bol prijatý na jednotku intenzívnej starostlivosti (JIS) s pneumóniou, sepsou a respiračným zlyhaním. Bol intubovaný a mechanicky ventilovaný. Posledné 2 roky bol na nepretržitej kyslíkovej liečbe a pri minimálnej námahe sa zadýchal. Za posledný 1 rok bol 2-krát hospitalizovaný na jednotke intenzívnej starostlivosti; v oboch prípadoch si vyžiadal intubáciu a mechanickú ventiláciu. V súčasnosti, aj pri viacnásobnom podávaní antibiotík, hydratácii prostredníctvom intravenózneho terapie a liečbe vazopresormi, zostáva jeho systolický krvný tlak pod 60 mm Hg a pri suplementácii kyslíkom s vysokým prietokom zostáva jeho saturácia na úrovni 80 %; pH jeho arteriálnej krvi je 7,0. Jeho pečňové enzýmy boli zvýšené. Bol anurický a počas nasledujúcich 8h sa jeho kreatinín zvýšil na 5 mg/dl a naďalej stúpa. Upadol do komatózneho stavu. Ošetrojúci lekár na JIS navrhuje ukončenie podávania vazopresorov a mechanickej ventilácie, pretože ich ďalšie používanie je zbytočné. Pacient nemá žiadne predbežné pokyny týkajúce sa jeho starostlivosti v závažnom stave, ani určeného splnomocnenca pre zdravotnú starostlivosť.

Komentár. Termín "neúčinnosť" sa dá definovať rôzne a často je kontroverzný, a preto niektorí odborníci navrhujú alternatívny termín "klinicky neprínosné intervencie". V tomto prípade prebiehalo multisystémové orgánové zlyhanie pri už existujúcej CHOCHP v konečnom štádiu a lekárske zásahy by nezvrátili zhoršenie. Vtedy je vhodné prediskutovať stav pacienta s jeho rodinou s cieľom ukončiť život udržiavajúce intervencie. Tieto rozhovory by sa mali viesť citlivo, so súcitom a empatiou. Mala by sa poskytnúť paliatívna starostlivosť na zmiernenie symptómov a podpora rodiny až do smrti a po nej v smútení.

Prípád 4

67-ročná vdova niekoľko mesiacov pociťovala nevoľnosť, nechutenstvo a stratu hmotnosti. Počas posledného týždňa mala aj tmavožltý moč a žlté sfarbenie kože. Do multišpecializovanej fakultnej nemocnice ju priviezol jej syn, ktorý lekára informoval, že jeho matka má "žltáčku", a ak sa zistí nejaké vážne život ohrozujúce ochorenie, nemá ju informovať. Požiadal, aby všetky informácie prichádzali k nemu, a ak sa objaví nádorové ochorenie, aby ju neliečil, keďže je staršia a slabá. Vyšetrenia v nemocnici odhalili, že má rakovinu pankreasu, a chemoterapia, hoci by ju pravdepodobne nevyliečila, by jej predĺžila život.

Komentár. V niektorých starých kultúrach majú členovia rodiny (najmä starší muži) právomoc rozhodovať o manželstve, práci a zdravotnej starostlivosti. Žena bola v tomto prípade závislá od svojho syna a vzhľadom na tento kultúrny pohľad si syn môže oprávnené nárokovať, aby mal právomoc rozhodovať o zdravotnej starostlivosti za ňu. Lekár teda čelí viacnásobným úlohám, ktoré nemusia byť v súlade. Na jednej strane musí rešpektovať kultúrne hodnoty a pacientove preferencie, na druhej strane dodržiavať normu úplného informovania pacienta a odmietnuť synove požiadavky.

Princíp autonómie poskytuje pacientovi možnosť delegovať rozhodovaciu právomoc na inú osobu. Preto by bolo vhodné zvoliť taktný prístup a priamo informovať pacienta, že diagnostikované ochorenie si bude vyžadovať rozhodnutia o vhodnej liečbe. Lekár by mal zistiť, či by pacientka uprednostnila, aby tieto rozhodnutia robila sama, alebo či by uprednostnila, aby všetky informácie dostal jej syn a aby všetky rozhodnutia robil on.

Prípád 5

45-ročná žena podstúpila laparotómiu a cholecystektómiu pre bolesti brucha a viacnásobné žlčové kamene. Tri týždne po prepustení z nemocnice sa u nej opäť objavila horúčka, bolesti brucha a citlivosť. Dostala antibiotiká, a keďže jej horúčka pretrvávala, bola vykonaná laparotómia a explorácia, počas ktorej sa našiel tampón, ktorý zostal v dutine brušnej počas nedávnej cholecystektómie. Bol odstránený, oblasť vyčistená a rez uzavretý. Pokračovalo sa v podávaní antibiotík a pacientka sa zotavila bez ďalších komplikácií a bola prepustená do domácej starostlivosti. Z etického hľadiska nastoľujeme otázku: mal by chirurg upozorniť pacienta na svoju chybu?

Komentár. Hovorenie pravdy, ktoré je súčasťou autonómie pacienta, je v tejto situácii veľmi dôležité a vyžaduje sa jeho informovanie. Chyba spôsobila pacientovi škodu (chorobnosť a opätovnú hospitalizáciu, druhú operáciu a finančnú stratu). Hoci konečný výsledok napravil škodu, chirurg je povinný informovať pacienta o chybe a jej dôsledkoch a ospravedlniť sa.

Takéto chyby sa vždy hlásia výborom pre operačné sály a výborom pre zlepšenie kvality chirurgických výkonov v amerických nemocniciach. Nemocničné mechanizmy na znižovanie rizík (napr. oddelenie riadenia rizík), ktoré sú prítomné vo väčšine amerických nemocníc, by incident vyšetrili a prišli by s konkrétnymi odporúčaniami na zmiernenie chyby a ich elimináciu v budúcnosti. Mnohé inštitúcie zvyčajne uzatvárajú finančné dohody, aby sa predišlo súdnym sporom o zodpovednosti (odpustenie poplatkov a nemocničných poplatkov a/alebo peňažná kompenzácia pre pacienta). Dôležití je ospravedlnenie zo strany inštitúcie a odškodnenie pacienta. Či už v USA alebo inde, žaloba za nesprávny postup je v tejto situácii veľmi možná, ale atmosféra čestnosti podstatne znižuje hrozbu právnych nárokov, pretože väčšina pacientov dôveruje svojim lekárom a nie je pomstychtivá.

Prípad(y) 6

Nasledujúci scenár sa odohráva v mestskej nemocnici počas vrcholu pandémie COVID-19: 74-ročná žena, ktorá býva v zariadení pre seniorov, je privezená na oddelenie urgentného príjmu s dýchavičnosťou a malátnosťou. Počas posledných 4 dní pociťovala suchý kašeľ, nechutenstvo a únavu; 2 dni predtým prestala jesť a začala mať s ubfebrílie. Test na COVID-19, ktorý vykonalo zariadenie pre seniorov, bol ráno v deň návštevy v nemocničnom zariadení pozitívny. Pani, zdravotná sestra na dôchodku, je vdova; obe jej dospelé deti žijú mimo štátu. Už mnoho rokov má hypertenziu, ktorú denne koriguje liekmi. Po dvoch mozgových príhodách bola pred 3 rokmi presťahovaná do zariadenia pre seniorov. Po poslednej mozgovej príhode sa jej väčšina funkcií obnovila a potrebovala pomoc len pri kúpaní a obliekaní. Je schopná primerane odpovedať na otázky, ale len pomaly, pretože má dýchacie ťažkosti. Má tachypnoe (34/min), tachykardiu (120/min), teplotu 101 °C, tlak 100/60 a 90 % saturáciu O₂ (na doplnkovom O₂ 4 l/min). Má sucho v ústach a na jazyku a patologické zvuky pri auskultácii pľúc. Jej dychová frekvencia sa pri pozorovaní zvyšuje a je viditeľne unavená.

Ďalší pacient je privezený sanitkou; ide o 22-ročného muža, ktorý žije v byte a už týždeň má príznaky chrípky. Kvôli pandémie dodržiaval odporúčanú domácu liečbu a nemal žiadnu známu expozíciu koronavírusu. Na zmiernenie bolesti hrdla, kašľa a horúčky používal kloktadlá s fyziologickým roztokom, paracetamol a sirup proti kašľu. V posledných 2 dňoch sa jeho príznaky zhoršili, preto sa sám odviezol na stanicu na testovanie vírusov a nechal sa otestovať na COVID-19; bolo mu povedané, že mu budú oznámené výsledky. Vrátil sa do svojho bytu a po bezsennej noci s horúčkou, potením a úporným kašľom sa zobudil a cítil sa vyčerpaný. Výsledok testu potvrdil COVID-19. Následne si zavolať sanitku.

Predtým bol zdravý. Je nefajčiar a alkohol užíva zriedkavo. Je študentom druhého ročníka medicíny. Je slobodný a jeho rodičia a súrodenec žijú stovky kilometrov ďaleko.

Pri vyšetrení má výrazné tachypnoe ($>40/\text{min}$), plytké dýchanie, srdcovú frekvenciu 128/min, teplotu 103°F a saturáciu O₂ 88 na pulznej oxymetrii. Je ospalý a pomaly reaguje na otázky. Je podpretý do polohy v sede, pretože je pre neho nepohodlné byť v ľahu. Prídavné svaly krku a medzirebrové svaly sa sťahujú pri každom nádychu a pri auskultácii má bazilárne praskanie a roztrúsené vrzgoty. Jeho saturácia O₂ klesá na 85 a napriek nebulizačnej bronchodilatačnej liečbe má respiračnú tieseň.

Obaja títo pacienti sú v stave respiračného zlyhania, klinicky potvrdeného arteriálnymi krvnými plynmi, a naliehavo potrebujú intubáciu a mechanickú ventiláciu. K dispozícii je však len jeden ventilátor; kto ho dostane?

Komentár. Rozhodnutie o pridelení vzácneho a potenciálne život zachraňujúceho zariadenia (ventilátora) je veľmi ťažké, pretože sa priamo týka otázky: "Kto bude žiť, keď nie všetci môžu žiť?" Toto rozhodnutie nemôže byť riadené emóciami alebo svojvoľne; nemalo by sa zakladať ani na majetku či spoločenskom postavení osoby. Priority musia byť stanovené eticky a musia sa dôsledne uplatňovať v tej istej inštitúcii a v ideálnom prípade v celom štáte a krajine. Všeobecná spoločenská norma, podľa ktorej sa so všetkými zaobchádza rovnako alebo podľa zásady "kto prv príde, ten prv melie", nie je v tomto prípade vhodnou voľbou. Medzi odborníkmi na klinickú etiku panuje zhoda, že v tejto situácii je dominantnou hodnotou pri rozhodovaní maximalizácia úžitku. Maximalizáciu prínosov možno vnímať dvoma rôznymi spôsobmi: v zachránených životoch alebo v zachránených rokoch života; líšia sa v tom, že prvý spôsob je neutilitaristický, kým druhý je utilitaristický.

Podriadeným hľadiskom je uprednostnenie pacientov, ktorí majú väčšiu šancu na prežitie a primeranú očakávanú dĺžku života. Ďalšie 2 úvahy sú podpora a odmeňovanie inštrumentálnej hodnoty (prínos pre ostatných) a závažnosť choroby. Zdravotnícki pracovníci (lekári, sestry, terapeuti atď.) a účastníci výskumu majú inštrumentálnu hodnotu, pretože ich práca prospieva iným; medzi nimi majú väčšiu hodnotu tí, ktorí aktívne prispievajú, ako tí, ktorí už prispeli. Potreba uprednostniť najchudobnejších a najmladších je tiež uznávanou hodnotou, ak sú tieto hodnoty v súlade s dominantnou hodnotou maximalizácie prínosov. V súvislosti s pandemiou COVID-19 mnohí odborníci zvažovali a analyzovali tieto hodnoty a ponúkli niektoré odporúčania. Niektorí odborníci na etiku zastávajú názor, že v čase pandémie by bremeno rozhodovania o tom, kto dostane ventilátor a kto nie (často ide o rozhodnutie o živote a smrti), nemalo byť na lekároch v prvej línii, pretože im to môže spôsobiť vážnu a celoživotnú emocionálnu záťaž. Táto záťaž môže byť ťažká aj pre sestry a iných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v prvej línii. Ako poistku navrhujú, aby rozhodnutie spočívalo na vybranej

komisii, ktorá vylúči lekárov, sestry a iných, ktorí sa starajú o zvažovaného pacienta (pacientov).

Obaja pacienti opísaní v súhrnoch prípadov majú porovnateľnú závažnosť ochorenia a obaja potrebujú mechanickú ventilačnú podporu. V dominantnej hodnote maximalizácie prínosov sa však obaja pacienti líšia; z hľadiska zachránených rokov života má druhý pacient (22-ročný muž) náskok, pretože jeho očakávaná dĺžka života je dlhšia. Okrem toho má väčšiu pravdepodobnosť že prežije mechanickú ventiláciu, infekciu a možné komplikácie ako staršia žena. Ďalším podporným faktorom v prospech druhého pacienta je jeho potenciálna inštrumentálna hodnota (prínos pre ostatných) ako budúceho lekára.

Na rozdiel od ostatných ilustračných prípadov sa scenár týchto dvoch prípadov nehodí na plne uspokojivé riešenie. Spravodlivosť pridelovania vzácneho a potenciálne život zachraňujúceho zdroja na základe maximalizácie úžitku a uprednostňovania inštrumentálnej hodnoty (úžitku pre ostatných) je otázna. American College of Physicians uviedla, že rozhodnutia o pridelovaní počas nedostatku rezdrojov by sa mali robiť "na základe potreby pacienta, prognózy (určenej objektívnym vedeckým meradlom a informovaným klinickým úsudkom) a účinnosti (t. j. pravdepodobnosti, že terapia pomôže pacientovi zotaviť sa), ... aby sa maximalizoval počet pacientov, ktorí sa zotavia".

1.3 Etické dilemy v ošetrovatelstve

Kapitola nastoľuje súčasný obraz ošetrovateľskej praxe vo vzťahu k významu aplikácie vedomostí z ošetrovateľskej etiky v každodenných situáciách. Sestry riešia mnohé dilemy etickej povahy, pričom by mali vychádzať zo znalostí významných deontologických kódexov, etických princípov a pod., aby im boli nápomocné pri riešení týchto situácií. Poukazujeme na význam vlastných presvedčení a hodnôt sestier vo vzťahu k rešpektovaniu autonómneho rozhodovania pacientov. Uvádžame fakty, ktoré poukazujú na existenciu mnohých etických dilem a schopností sestier alebo budúcich sestier (študentov ošetrovatelstva) narábať so svojimi poznatkami. Prezентujeme výsledky viacerých štúdií zaoberajúcich sa touto problematikou a zaujímame stanovisko k nim z nášho pohľadu na aktuálnu situáciu u nás.

Ošetrovateľská starostlivosť podlieha rýchlemu vývoju v dôsledku pokročilého rozvoja medicínsko-ošetrovateľských poznatkov a technológií používaných v zdravotníctve.

Ošetrovateľstvo ako veda sa začalo na Slovensku rozvíjať po nežnej revolúcii približne v 90-tych rokoch 20. storočia. Vývoj od tohto obdobia pretrváva ďalej a zasahuje do profesie sestry nielen v pozitívnom zmysle, ale aj negatívnom. Menia sa spôsoby liečby a tým aj ošetrovateľské postupy, skracuje sa doba hospitalizácie a pacient sa presúva do domácej starostlivosti, ktorá si vyžaduje následnú liečebnú a ošetrovateľskú starostlivosť. Z pohľadu viacerých aspektov sa menia vzťahy na pracoviskách nielen medzi zamestnancami, ale aj pacientmi a ich rodinnými príslušníkmi. Z dôvodu narastajúceho nedostatku lekárov a sestier sa presúvajú a pravdepodobne budú presúvať kompetencie sestier tak, ako to vidíme v západných krajinách. Sestra je samostatne alebo spolu s lekárom vystavená riešeniu rôznych dilematických situácií, kedy sa musí rozhodnúť čo najlepšie v prospech pacienta. To si vyžaduje, aby bola dostatočne pripravená nielen na zvládanie ošetrovateľských výkonov, ale aj na rozvoj osobnostných vlastností, ktoré si vyžaduje profesia sestry. Ide najmä o zodpovednosť, dôveryhodnosť, pravdivosť, čestnosť, obetavosť, schopnosť empatie a etického myslenia, profesionálnej komunikácie a mnohých ďalších.

Mladí ľudia, ktorí sa rozhodujú pri voľbe profesie byť sestrou, istým spôsobom disponujú vlastnosťami pre danú profesiu. Vlastnosti však musia byť naďalej rozvíjané tak, aby boli kvalitné a umožňovali sestrám zvládať mnohé situácie v ošetrovateľskej praxi. Ich rozvoj prebieha počas pregraduálneho štúdia najmä pri štúdiu behaviorálnych vied, ako sú ošetrovateľská etika, komunikácia, psychológia, sociológia. K rozvoju vlastností prispieva vo veľkej miere aj odborná prax, kde sú študenti priamo konfrontovaní so situáciami, ktoré je potrebné aktuálne riešiť. „Etické rozhodovanie je logický proces, ktorý zahŕňa prijímanie najlepších morálnych rozhodnutí prostredníctvom systematického uvažovania v situácii, ktorá prináša protichodné voľby“ (Sari, d. Et al., 2018, In: Berrgren et al., 2002). Príkladom riešenia situácií sú pre nich sestry so skúsenosťami, čo však nezaručuje, že tieto riešenia budú vždy kvalitné z viacerých uhlov pohľadu. Preto je dôležité, aby sa naučili rozlišovať medzi tým, čo je správne (dobré) pre pacienta (princíp zabezpečenia blaha pre pacienta, resp. čo najlepšieho života pre pacienta) a taktne vedeli poukázať na neetické postupy tak, aby nedochádzalo k narušeniu vzájomných vzťahov na pracovisku.

Etické dilemy sa vynárajú už počas spracovávania tejto problematiky – na jednej strane hovoríme o potrebe sestier disponovať etickými a mravnými vlastnosťami tak, aby ich mohli uplatňovať v praxi. Na druhej strane je to súčasný stav zdravotnej starostlivosti, ktorý je charakterizovaný nedostatkom sestier na pracoviskách, preťažením sestier, ktoré napriek zlým

platovým a iným podmienkam v praxi ešte ostávajú (práca nadčas, často nezaplatená, viac pracovných povinností, viac kompetencií), čo časom môže viesť k vyhoreniu sestier a ich odchodom z pracoviska. Naskytuje sa nám otázka, či táto spoločnosť má právo od sestier žiadať morálku a etiku, keď sama nie je k nim morálna a etická? Dostávame sa tak do bludného kruhu a nevieme nájsť cestu von.

Ošetrovateľstvo je založené na holistickom prístupe, ktorého ústredné hodnoty sú zachovávať a rešpektovať ľudskú dôstojnosť a integritu bez ohľadu na rasu, pohlavie, náboženstvo, jazyk, kultúru, atď. Práca v rámci časových limitov a vysokého pracovného zaťaženia vedie k vyhoreniu, neetickej citlivosti sestier a k nedostatočnému dodržiavaniu morálnych pravidiel. Preto sa realizujú mnohé štúdie, ktoré sa zameriavajú na zisťovanie názorov sestier na etické dilemy v praxi a ich riešenia (Haar, A. et al., 2020), na ktoré chceme poukázať.

1.3.1 Bežné dilemy ošetrovateľskej etiky

Technologický a medicínsky pokrok, rastúca zložitnosť situácií v oblasti starostlivosti a nedostatok intervencií založených na dôkazoch vyžadujú, aby sestry neustále a kriticky uvažovali o tom, ako môžu prispieť k blahu svojich pacientov, čo si zasa vyžaduje, aby mali vysokú úroveň profesionálnej kompetencie a etickej zrelosti (Dierckx de Casterlé, et al., 2008). Etická prax sa zdá byť najproblematickejšia v každodenných etických dilemách, ktoré vznikajú v situáciách, ktoré zahŕňajú protichodné hodnoty alebo presvedčenia o tom, či rozhodnutie pre diagnostiku, liečbu a prevenciu predstavuje pre pacienta ten správny alebo najlepší postup (Ham, 2004).

Napr. môže ísť o odlišný názor sestry na rozhodnutie pacienta odmietnuť liečbu z dôvodu kultúrneho alebo osobného presvedčenia, pričom etický princíp autonómie jej hovorí, že toto rozhodnutie musí rešpektovať.

Pri rozhodovaní o konci života môže byť svedkom konfliktu medzi pacientom a jeho rodinou, ktorá napr. vyžaduje, aby vyjadrila svoj postoj a názor na ich vzniknutý konflikt.

Jedna z najbežnejších etických dilem nastáva vtedy, keď má pacient diskutabilnú schopnosť rozhodovať sa (najmä v oblasti dlhodobej starostlivosti) a nie je jasné, čo by od zdravotnej starostlivosti požadoval v rámci liečby a ošetrovateľskej starostlivosti, a či záťaž liečby stojí za očakávaný prínos a náklady. To predstavuje konflikt medzi hodnotami a očakávaniami pacienta, rodiny a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (Fleming, 2019).

Sestry v intenzívnej starostlivosti v štúdiu Gutierrezovej (2005) opísali rôzne situácie, ktoré boli v rozpore s ich etickými hodnotami a v ktorých sa od nich očakávalo, že budú realizovať kroky, ktoré považovali za eticky nesprávne. Veľká pracovná záťaž, nedostatok času, organizačné a finančné obmedzenia a personálne problémy totiž často sťažujú sestram, aby sa eticky orientované rozhodnutia stali prioritou ich praxe. Môže u nich vznikáť tzv. „morálna tieseň“, ktorá je definovaná ako vedomie, že je potrebné urobiť určitý (správny) úkon, ale nie je to vzhľadom na okolnosti možné (Dierckx de Casterlé, et al., 2008, (Duchesne University, School of Nursing, 2020). Podobnú myšlienku vyjadrili aj Haar et al. (2020): vznik etických dilem vyvoláva nedostatok súladu medzi ideálmi starostlivosti a praxou. Vyplývajú z konfliktov medzi hodnotami, normami a záujmami a možno ich definovať ako napätie medzi poznaním správneho postupu a inštitucionálnymi alebo inými obmedzeniami.

Prekážky etickej praxe sú zrejmé aj zo zistení novo kvalifikovaných sestier, ktoré ukazujú, že noví absolventi spočiatku zakladajú svoje konanie na individuálnych etických kódexoch (Ham 2004), ale postupne podliehajú tlaku okolia z dôvodu nutnosti prispôsobenia sa zaužívaným postupom na svojom pracovisku (Dierckx de Casterlé, et al., 2008).

Keď vzniknú rozsiahle otázky, ako sú tieto, je dôležité ich riešiť konzistentným a uvážlivým spôsobom, aby sa maximalizovala spokojnosť, porozumenie a účasť všetkých zainteresovaných, a aby tak najlepší možný klinický výsledok mohol mať zdravotný aj morálny charakter.

Autori (McAlpine et al., 1997, Doane et al., 2004) vyjadrili tvrdenie, že málo sa vie o tom, ako sa sestry samy zapájajú do etického rozhodovania a konania. Je zrejmé, že etická prax sestier nie je dobre pochopená. Podpora etickej praxe sestier si vyžaduje lepšie pochopenie ťažkostí, s ktorými sa v praxi stretávajú (Dierckx de Casterlé, et al., 2008). S týmto tvrdením môžeme súhlasiť, pretože aj v našich podmienkach sa riešeniu etických dilem nevenuje v praxi veľká pozornosť, čím nechceme tvrdiť, že sa neriešia. Riešia sa však skôr intuitívnym spôsobom, sestry pracujú podľa zaužívaných pravidiel, nespájajú si vzniknutú situáciu napr. s príslušným etickým dokumentom, princípom. Tak vznikajú chyby v zmysle nevhodnej komunikácie s pacientom, nedostatočného porozumenia pacientovi, „škatuľkovanie“ pacientov, prejavy ageizmu s pod.

Sestra musí vedieť, o čo sa má v takýchto situáciách oprieť, s kým danú situáciu analyzovať a hľadať optimálne riešenia do budúcnosti, v prípade podobných situácií. Dôležitou pomôckou, o ktorú by sa mala opierať sú vedomosti z ošetrovateľskej etiky a znalosť

deontologických kódexov, vzťahujúcich sa k profesii sestry (najmä Etický kódex zdravotníckeho pracovníka, Etický kódex sestier a pôrodných asistentiek, Práva pacientov a ďalšie).

Sari, et al. (2018) vo svojej štúdií uvádzajú, že študenti absolvujú odbornú prax pod vedením sestier a pedagógov, ktorí by mali byť vzorom nielen pri vykonávaní jednotlivých činností, ale aj v komunikácii, správaní a etickom myslení.

Etická výchova nemôže byť efektívna, ak sestry (a iní zdravotnícki pracovníci) nebudú v praxi konať v súlade s princípmi vyučovanými v škole.

Na ilustráciu uvedieme niekoľko štúdií, v ktorých autori skúmali, aké etické dilemy sestry (alebo študenti ošetrovateľstva) riešia v praxi a aký etický postoj k nim vedia zaujať.

1.3.2 Štúdie o etickej citlivosti a úrovni etického rozhodovania sestier

Štúdie o etickej citlivosti a úrovni etického rozhodovania sestier (tiež študentov ošetrovateľstva) ukázali, že nie sú na dobrej úrovni. Najčastejšie etické dilemy sa vyskytovali v komunikácii s nevyliciteľnými pacientami a ich rodinnými príslušníkmi pri oznamovaní pravdy o existencii choroby, v problematike eutanázie, súkromia (mlčanlivosti), resuscitácie pacientov a práv pacientov.

Sari (2018) et al. skúmali etické dilemy u študentov ošetrovateľstva. Zistili, že študenti sa najčastejšie stretávali so skutočnosťou, že realizácia výkonov v klinickej praxi nezodpovedala štandardom, ktoré sa učili v teoretickom vzdelávaní, nebola dodržaná informovanosť pacienta a nebolo realizované uplatnenie KPR (preložené z anglického originálu, pravdepodobne išlo o neuplatnenie KPR v u každého pacienta, ktorý to potreboval). Pri riešení etických problémov väčšina študentov zohľadňovala etické princípy, aj keď iné štúdie ukázali, že študenti pri rozhodovaní v rámci etickej dilemy relatívne zostávajú pod vplyvom faktorov prostredia, teda prispôsobujú sa zaužívaným praktikám daného pracoviska. To je aj z nášho pohľadu pravdepodobné, nakoľko vidíme u našich študentov rešpekt pred zdravotníckymi tímami na jednotlivých pracoviskách, na základe ktorého si nedovolia presadzovať svoje názory.

V štúdií, ktorú uskutočnili so skúsenými sestrami a postgraduálnymi študentmi ošetrovateľstva sa zistilo, že čím viac rokov praxe mali, tým menej používali vedomosti z ošetrovateľskej etiky.

V štúdií Haahr, A. et al. (2019) ktorá mala charakter obsahovej analýzy dokumentov zistili, že vo väčšine zdravotníckych zariadení (od novorodeneckej starostlivosti až po starostlivosť

o starších ľudí, akútnej starostlivosti, psychiatrickej starostlivosti až po domovy dôchodcov) sa vyskytovali etické dilemy, ktoré by sa dali zhrnúť na etické dilemy:

- týkajúce sa nadmerného pracovného preťaženia a jeho vplyvu na kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti,
- pri ktorých sa ošetrovateľská starostlivosť môže dostať do rozporu s vlastným morálnym presvedčením a hodnotami sestier, najmä ak musia vykonávať prácu, ktorá im je nariadená, pridelená. Konflikty vznikajúce v týchto situáciách môžu u sestier vyvolávať napätie, stres a výčitky svedomia, či už sú spôsobené nezhodami s pacientmi, príbuznými, lekármi, alebo v dôsledku rigidných organizačných štruktúr. To „podkopáva aj etické a morálne hodnoty, ktorými sa riadila ošetrovateľská prax už od čias Florence Nightingalovej“ (Norlyk et al., 2017, In: Haarh, A., 2020).
- tzv „navigácie pri nezhodách“, ktoré poukazujú na rozdiely medzi sestrami a lekármi. Tieto rozdiely boli identifikované v zahrnutých štúdiách ako veľmi náročné. Sestry si želali, aby boli vnímané ako rovnocenní spolupracovníci lekárov, aby boli uznávané a zapojené do liečby a starostlivosti na základe svojich kompetencií. Lekári však prijímali dôležité rozhodnutia bez nich. Tým sa narušila ich potreba uznania ako profesionálov a objavili sa pocity menejcennosti. Podľa Honnetha, A. (1995) je uznanie vo sfére solidarity veľmi významné. Zdôrazňuje, že vzťah k sebe samému je intersubjektívny proces, ktorý zahŕňa prežívanie uznania zo strany druhých.

Castner (2008) upozorňuje na sťažnosti sestier ohľadom nadmerného množstva dokumentácie, ktorú musia spracovávať na úkor starostlivosti o pacienta. Nadmerná zaneprázdnenosť sestier, môže viesť k prehliadnutiu volania pacienta o pomoc alebo potrebu starostlivosti.

Zaujímavý pohľad na etické dilemy priniesli vo svojej štúdií Bolling et al. (2015), ktorí opisujú etické dilemy ako veľké a každodenné. Veľké ilustrujú ako „etický ľadovec“ a každodenné ako tie, ktoré sú skryté pod hladinou. Skryté každodenné dilemy prežívajú sestry ako najvýznamnejšie (Haarh, A., et al., 2020).

Záver

V kapitole sme sa snažili poukázať na existenciu rôznorodých etických dilem vyskytujúcich sa v ošetrovateľskej praxi. V praxi sestier je dôležité, aby sa vedeli oprieť o skúsené sestry a sestry manažérky, ktoré vytvoria podmienky na možnosti diskusie o etických problémoch na svojich

pracoviskách. Vďaka otvorenému dialógu o etických problémoch sa sestry môžu poučiť z chýb, ktorých sa dopustili ostatní a tak sa naučiť pristupovať k etickým problémom a výzvam (Duquesne University, School of Nursing, 2020).

Spracovanie literatúry k príspevku bolo podnetom pre autorov uskutočniť podobný výskum aj v našich podmienkach a v budúcnosti interpretovať získané údaje.

Zoznam použitej literatúry:

BERGGREN I, BEGAT I, SEVERINSSON E. Australian clinical nurse supervisors'ethical decisionmaking style. In: *Nurs Health Sciences*. 2002; roč.4., č. 1-2,s.15–23. [online], [cit. 29.1. 2022], Dostupné z:

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1442-2018.2002.00096.x?casa_token=blGBs4z8gjUAAAAA%3Ab4msTHmalLCj_fKEo88Im_J_4FhBru8czHwhmbHj-oKlmaOLsCN5e41eFXatNc61gt8zIATVV8Fh5jxj

Dierckx de Casterlé, B., Izumi, S., Godfrey, N.S. Denhaerynck, K., 2008. Nurses' responses to ethical dilemmas in nursing practice: meta-analysis [Reakcie sestier na etické dilemy v ošetrovateľskej praxi: metaanalýza]. In: *JAN, Loading global nursing Research*, roč. 63, č. 6, 9/2008, s. 540-549, [online], [cit. 29.1. 2022], Dostupné z:

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04702.x>

Duquesne University, School of Nursing, 2020. *Ethical Issues in Nursing: Explanations & Solutions*. [Etické problémy v ošetrovateľstve: vysvetlenia a riešenia]. [online], [zverejnené 5.6.2020], [cit. 30.1. 2022], Dostupné z: <https://onlinenursing.duq.edu/blog/ethical-issues-in-nursing/>

A Review. In: *Murs Ethics*, roč. 27, č.1, 258-272 s. doi: 10.1177/0969733019832941. [online], [cit. 10.1. 2022], Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30975034/>

Ham, K., 2004. Principled thinking: a comparison of nursing students and experienced nurses. [Principiálne myslenie: porovnanie študentov ošetrovateľstva a skúsených sestier].

The Journal of Critical Care Nursing, 24 s. 229-241. PMID: 15070189 DOI: [10.3928/0022-0124-20040301-08](https://doi.org/10.3928/0022-0124-20040301-08) [online], [cit. 29.1. 2022], Dostupné z:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15070189/>

Fleming, D.A. Responding to Ethical Dilemmas in Nursing Homes: Do We Always Need an “Ethicist”? [Reakcia na etické dilemy v domovoch dôchodcov: Potrebujeme vždy „etiku“?] HEC Forum 19, 245–259 (2007). [online], [cit. 29.1. 2022], Dostupné z:

<https://doi.org/10.1007/s10730-007-9043-4>

Importance of Empathy in Nursing: 5 Patient Care Tips, [online], [cit. 3.1. 2022], Dostupné z: <https://online.norwich.edu/academic-programs/resources/empathy-in-nursing>

JOHANSEN, A., 2022. What Role Does Empathy Play in Nursing? **In:** *Dialy Nurse. The pulse of nursing*. [online] [zverejnené: 03-06-22] [cit. 23-10-22]. Dostupné z: <https://dailynurse.com/what-role-does-empathy-play-in-nursing/>

KOLEŇÁKOVÁ, R., Š., 2019. Inovatívne trendy v odborových didaktikách. Prepojenie teórie a praxe výučbových stratégií kritického a tvorivého myslenia. In: *Inovatívne trendy v odborových didaktikách v kontexte požiadaviek praxe*. Zborník štúdií z medzinárodnej vedeckej konferencie. Nitra: Pedagogická fakulta UKF v Nitre. 2019. ISBN 978-80-558-1408-7. [online], [cit. 24.10.2021]. Dostupné z: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Inovati%CC%81vne+trendy+v+odborovy%CC%81ch+didaktika%CC%81ch>

KOZÁROVÁ, N., GUNIŠOVÁ, D., 2020. *Stratégie rozvoja kritického myslenia vo vyučovaní PEDAGOGIKY*. Nitra, UKF v Nitre, Pedagogická fakulta, s. 193, ISBN 978-80-558-1518-3, ISBN (online) 978-80-558-1520-6 [online], [cit. 3.1. 2022], Dostupné z: https://www.pf.ukf.sk/images/docs/projekty/2017/pC-Cp/publikacie/Strategie_rozvoja_kritickeho_myslenia_vo_vyucovani_pedagogiky.pdf

SARI, D. et al. , 2018.

“Ethical Decision Making Levels of Nursing Students.” In: *Pakistan journal of medical sciences* vol. 34,3 (2018): 724-729. doi:10.12669/pjms.343.14922. [online], [cit. 29.1. 2022], Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6041523/>

Sémanticky orientovaná elektronická učebnica Etiky sociálnej práce (KEGA 067UKF-4/2012) [online], [cit. 29-01-21]. Dostupné z: <https://amos.ukf.sk/course/index.php?categoryid=41>

The importance of Empathy in Nurses and Caregives. [online] [cit. 23-10-22]. Dostupné z: <https://amplioncare.com/the-importance-of-empathy-in-nurses-and-caregivers/>

2. Empatia

Empatiu ako kapitolu sme do učebnice zaradili preto, lebo schopnosť empatie považujeme za kľúčovú pre výkon povolania sestry. Zároveň existuje veľa názorov na prejavy empatie a preto sme chceli vytvoriť širší pohľad na túto problematiku a jej význam v profesii sestry.

Empatia (gr. *empathia*, *em* = dovnútra, *pathos* = cit, utrpenie) = vcítenie, vcit'ovanie sa. Predstavuje zložitý emocionálny a sociálny proces/schopnosť pochopiť kritickú situáciu druhého človeka a hľadať spôsoby a prejavy emocionálnej pomoci druhému človeku. Schopnosť empatie je podmienkou pochopenia druhého človeka.

Vymětal (1996) vymedzil empatiu ako aktívne úsilie čo najpresnejšie vnímať a pochopiť, vnútorný svet iného človeka s jeho subjektívnymi významami a pocitmi. Svoje porozumenie situácii následne ohľaduplne komunikovať druhému (Stehlíková, 2016).

Jedlička (2018) definuje empatiu ako porozumenie na základe vcítenia sa do duševného stavu druhého človeka (pacienta), neznamená stotožnenie sa alebo súhlas s ním, ale pochopenie jeho motivácie, potrieb alebo spôsobov jednania. Ide o snahu pochopiť jeho myslenie, na ktoré vplyva množstvo okolností z prostredia v ktorom žije, pracuje (vplyv blízkych a známych ľudí, kultúrne zvyklosti, spôsob života, postoj k vlastnému zdraviu a zdraviu svojich blízkych, atď.). McLarenová (2013) definuje empatického človeka ako osobu, „ktorá si uvedomuje, že dokáže vnímať emócie, jemné odtiene, podtexty, nevyslovené veci, úmysly, myšlienky, sociálny priestor, interakcie, vzťahové správanie, reč tela a gestá lepšie a presnejšie, než sa považuje za obvyklé.“

Buda (1993) vo svojej publikácii vyzdvihuje schopnosť empatie ako „špecifickú schopnosť človeka vžívať sa do psychického stavu iného človeka.“ Uvádza, že empatia nepredstavuje jediný spôsob poznávania človeka, avšak ako jediná umožňuje poznanie jedinečných, špecifických citových vzťahov. Disponuje ňou každý človek v menšej či väčšej miere, ale treba pripomenúť, že nie každý ju vie uplatniť v rovnakej (podobnej) situácii. Uplatňovaniu empatie predchádza prax, je potrebné si najprv osvojiť mnohé schopnosti a poznatky, aby sa stala účinnou. Prejavy empatie „závisia od charakteru vzťahov medzi ľuďmi a vôle človeka, ktorý

empatiu prežíva.“ Predpokladom empatie je sociálna situácia a bezprostredná komunikácia vo všetkých jej formách. Človek, ktorý vedome uplatňuje empatiu pomocou komunikácie podnecuje druhého k tomu, aby poskytol informácie, ktoré pomôžu lepšie sprístupniť jeho emocionálne stavy a nálady. Hlavnou zárukou empatie je hodnovornosť, neprotirečenie si a vyvolanie pocitu u druhého človeka, že cieľom a zmyslom komunikácie je pomôcť. Ak človek (pacient) zistí, že máme snahu pochopiť ho za účelom pomoci, tak sa viac otvorí a spolupracuje. Pri uplatňovaní empatie môžeme rozpoznať stavy ako úzkosť, vnútorné napätie, rozrušenosť, starosti, potlačený strach, únavu, ospalosť, hnev, antipatiu, nedôverčivosť, nedôveru, strach z autority, atď. Z hľadiska obsahu komunikácie, môžeme badať vierohodnosť, úprimnosť, klamstvo, vyhýbavé reakcie, uzatvorenosť, neochotu komunikovať. Z hľadiska empatického porozumenia predstavuje samostatnú oblasť aj naše vlastné správanie, vedomá a zdravá sebareflexia, chápanie úrovne našej komunikácie, jej účinkov, schopnosť „odhadnúť“ človeka, všímanie si toho, aký obraz o sebe chce vytvoriť, ktoré svoje vlastnosti vyzdvihuje, ktoré napr. potláča, v akom smere a či reálne potrebuje pomôcť a nie sa len neustále sťažovať, atď. ...

Empatia sa uskutočňuje využívaním zvyčajne skrytých nevedomených komunikačných kanálov.

Dôležité je uvedomiť si, že pokiaľ budeme vnímať empatiu iba ako porozumenie druhému, ktoré môžeme dosiahnuť aj jeho pozorovaním, nedocielime empatické vcítenie sa (pocítenie bolesti, strachu a ďalších psychických obsahov). Vtedy ide iba o porozumenie, ktoré má intelektuálny a racionálny charakter, nejde však o vnímanie a chápanie citových vzťahov (Glaserová, 2017).

Z psychologického hľadiska pojmu empatia predchádzali veľmi blízke pojmy a to pojem **sympatia a vcítenie**. Pojem **sympatia** sa používal v definíciách a myslení filozofov od pradávna. Označoval duchovnú jednotu všetkých vecí, z ktorých vyplynula aj schopnosť človeka porozumieť druhým ľuďom. Bol vnímaný ako vlastnosť ľudskej duše, tvoril základ súcitu, svedomia, spravodlivosti, altruizmu a predstavoval nástroj na reguláciu vzťahov medzi ľuďmi.

Anglický filozof D. Hume označil tento pojem ako vrodenu a silnú schopnosť človeka prijímať vo vzájomnej interakcii s druhým jeho city, myšlienky, aj keď sú odlišné od jeho vlastných. Sympatia je podľa neho tým silnejšia, čím je človek podobnejší s pozorovanou osobou.

Filozof A. Smithe (in Stehlíková, 2016) „chápal sympatiu ako prirodzenú ľudskú vlastnosť, ktorá spočíva v súcite s ostatnými a slúži k regulácii egoistického správania človeka.“

Allport vyjadril názor, že sympatia vzniká v procese učenia, je súčasťou emocionálnej skúsenosti človeka a jej základnou funkciou je kultivovať vzťahy medzi ľuďmi.

Sympatia je podobná empatii, nie je v však pri nej potrebná snaha pochopiť druhého človeka, spolucítenie sa prejavuje automaticky, nie na vedomej úrovni. Predstavuje vnímanie cítenia, ktoré nepodrobujeme rozumovej analýze citov druhého človeka. V procese prejavov sympatií hrá úlohu projekcia, čo znamená, že oveľa ľahšie preberáme emócie druhého, ak sa situácia týka podobnej, alebo rovnakej, ktorú sme zažili v minulosti. Projekcia je viazaná aj na pohlavie, problémy matky lepšie pochopí matka, problémy muža zasa muž. Emócie vyvolané sympatiou sú silnejšie, ako emócie vyvolané empatiou, pretože do ich pociťovania vnášame kognitívny aspekt.

Sympatii je podobný jav prenášania citu tzv. „nákazy“. Najčastejšie sa objavuje u podobne ladených skupín alebo davu, ktoré majú určitý cieľ. Citová reakcia vzniká na základe prenášania „vybičovaného“ citového stavu na ostatných, vedúca k činom, ktoré by za normálnych okolností nespravili. Je to z dôvodu nevedomého prenosu emócií. Za základnú funkciu emócií sa pokladá aj to, ak sa určité automatické alebo mimovoľné formy správania nevedome napodobňujú (zívanie, kašľanie, postoj tela, rúk a pod.). Citová nákaza má významné miesto v empatii najmä u ľudí, ktorí ju využívajú v rámci terapeutického procesu pretože im umožňuje lepšie sa vžiť do prežívania druhého človeka.

T. Lippse popísal **vcítenie** ako špecifický druh poznania s emocionálnym nábojom, ktoré je založené na pozorovaní človeka a napodobňovaní niektorých jeho prejavov a na snahe pozorovateľa predstaviť si v ňom svoje vlastné prežívanie, preto môžeme povedať, že vedie k sebapoznaniu.

Podľa Freuda je podstatou empatického procesu odpútanie pozornosti od seba samého, sám v sebe si sprítomniť emotívne a kognitívne stavy druhého človeka so schopnosťou naplniť jeho subjektívne prežívanie. Zastával názor, že porozumenie je dôležitejšie ako samotná liečba zameraná na časť tela pacienta. Odhaľovanie vnútorných súvislostí môže viesť k emocionálnemu uvoľneniu a tým aj k ústupu chorobných príznakov. „**Hlavnou úlohou terapeuta je stať sa pre pacienta zrkadlom jeho sebapoznania** (Stehlíková, 2016).“

2.1 Vývoj empatie

Buda (1994) vo svojej publikácii uvádza, že „empatická schopnosť detského veku je nepatrná...“ Nejde o vzájomné spojenie dvoch autonómnych osôb, ale o závislosť detskej

osobnosti od dospelých. Egocentrizmus v osobnostnom vývine dieťaťa neustupuje vzrastom empatie, ale postupným osvojovaním si pravidiel sociálnych interakcií.

Existujú však dôkazy, že náznaky empatie sa objavujú u dieťaťa od narodenia. Novorodenci dokážu približne hodinu po pôrode vnímať výraznú mimiku iného človeka, ktorý sa im prihovára, čo je dôkazom existencie vrodeneho mechanizmu emočnej reakcie a napodobňovania iných. Sagi a Hoffman (in Čavojská et al., 2011) hovoria o základných prejavoch afektívnej empatie u novorodencov, ktorá sa môže prejaviť ako plač, ktorého podnetom je plač iného dieťaťa. V dojčeneckom veku dieťa vyhodnocuje neverbálne prejavy najbližších osôb (najmä matky), ktoré sa oňho starajú, syntetizuje emočný obsah, získava spätnú väzbu, čo nakoniec vedie k správaniu, ktoré znižuje príčiny alebo prejavy núdze inej osoby. Hovoríme o predstupni „pravej“ empatie. Dieťa však v tomto období ešte nechápe, že „utrpenie“ ktoré vidí, nie je jeho. S pojmom empatia sa úzko spája pojem „prosociálne správanie“, ktoré je motivované empatiou. Z vývinového hľadiska sa takéto správanie objavuje už u ročných detí a zvyšuje sa v priebehu 2. roku vývoja. V detskom veku predchádza vývinu kognitívnej empatie vývin emočnej empatie. Emočná empatia poskytuje základ pre vývoj sociálnych vzťahov a morálny vývin, kognitívna empatia vedie k spracovaniu informácií, ktoré dieťa dostáva prostredníctvom emočnej empatie (Čavojská et al, 2011). V druhom roku života dieťa dokáže rozlíšiť, kedy sa utrpenie (nepriaznivá situácia) týka jeho samotného, alebo niekoho iného. Nezačne plakať, keď vidí plakať iného, snaží sa mu prejsť empatiou napr. podaním obľúbenej hračky, pretože to by predstavovalo v podobnej situácii útechu jemu samotnému. Vo veku troch rokov dieťaťa sa začínajú reakcie na utrpenie líšiť, čo súvisí s prístupom rodičov a reakcií okolia na utrpenie druhých. Emočná opora, emočné prijatie a emočná vrelosť matiek sú významnými prediktormi pozitívneho vývinu empatie u detí. Čo vidia deti doma, to napodobňujú, pričom si súčasne rozvíjajú repertoár empatických reakcií. K porozumeniu emócií výrazne napomáha vývin reči, podnecovanie dieťaťa k vyjadrovaniu emócií, budovanie zdravej sebadôvery, sociálne komunikácia s druhými. Dieťa sa tak postupne stáva empatickým k utrpeniu ľudí, ktorých priamo nevidí (Knafo & Uzefovsky, 2013).

V období predškolského veku majú deti dostatočne bohatý slovník na označenie rôznych emócií, pričom pojmy, alebo situácie ktoré nechápu, konfrontujú s vychovávateľmi, rodičmi alebo ľuďmi zo svojho najbližšieho okolia. Chápať emócie sa učia aj hrou, čítaním rozprávkových knižiek, počúvaním príbehov z rozprávania druhých a pod. V tomto období dokážu rozoznať, ak niekto v prejavovaní pocitov klame, alebo sa snaží svoje pocity potláčať. Dokážu popísať pocit, ktorý druhý človek prežíva, ale nevedia, čo sa za pocitom skrýva.

Je známe, že deti, ktoré sú vnímavejšie v pocitoch druhých, sú v predškolskom veku (ale i v školskom) obľúbenejšie v kolektíve (Vágnerová, 2012).

V školskom veku je dieťa schopné viac logicky uvažovať o svojich emocionálnych zážitkoch. Orientuje sa vo vlastnom prežívaní a chápaní pocitov druhých. Dokáže si predstaviť, ako sa kto cíti v rôznych situáciách, vie popísať, aké správanie mu nie je na druhých sympatické a dokáže zdôvodniť prečo. Približne v 10. roku života dokáže vnímať rôznorodosť pocitov k nejakému človeku, situácii, objektu, udalosti.

Empatická zručnosť sa vyvíja a zdokonaľuje najviac v období puberty, kedy sú deti schopné identifikovať a čítať emočné prežívanie druhého z jeho prejavov, výrazu tváre (očí) najmä nástupom rovnocenných rovesníckych vzťahov. V dozrievaní osobnosti vývin empatie pokračuje a vrchol dosahuje v období ukončenia vývinu identity. V období zrelosti, teda v dospelosti je schopnosť empatie ustálená vyvíja sa minimálne, (Čavojská et al, 2011, Buda, 1994), pokiaľ si človek neuvedomuje, že touto schopnosťou disponuje, resp. nemá potrebu túto schopnosť ďalej rozvíjať a pracovať na nej v prospech seba a druhých ľudí. Starnutie a staroba sú charakteristické postupnou stagnáciou kognitívnych procesov, čiže empatická schopnosť sa znižuje. Neplatí to paušálne na každého človeka, závisí od sociálneho prostredia a sociálnych interakcií, v ktorých sa v tomto životnom období nachádza.

2.2 Empatia a pohlavie

Schopnosť prejavov empatie je vyššia u žien ako u mužov. Súvisí to z historického hľadiska s postavením a rolami žien a mužov v spoločnosti. Ženám prináležala výchova detí a starostlivosť o domácnosť. Starostlivosť o deti sa spájala s potrebou chápania ich potrieb na základe neverbálnych prejavov (charakter plaču, prejavy radosti, bolesti a pod.). Buda (1994) vyjadril predpoklad, že „nadbytok empatickej schopnosti u žien nie je podmienený biológiou ich pohlavia, ale ich spoločenským postavením a z neho vyplývajúcou sériou skúseností a zážitkov. Mužom v dôsledku väčšej spoločenskej angažovanosti v oblasti práce a spoločenského života, prináležala skôr funkcia pragmatická, faktická, osobnostná, úloha emócií bola vnímaná ako „patriaca ženám.“

V súčasnej dobe mierne pretrváva uvedený historický pohľad na schopnosť prejavovania citov a empatie, avšak spoločnosť prešla oproti minulosti mnohými zmenami, v ktorých sa postavenie žien a mužov v mnohom ohľade zmenilo.

2.3 Faktory rozvíjajúce, alebo utlmujúce empatiu

Medzi faktory rozvíjajúce empatiu patrí množstvo životných skúseností, situácií a špecifických zážitkov, charakter intímnych vzťahov, konflikty, napätia, zmeny spoločenského prostredia (povolanie, styk s ľuďmi), prežité krízy a nebezpečenstvá, vplyv rodinnej výchovy, charakter medziľudských vzťahov, vzťah k umeniu a masovokomunikačným prostriedkom, kontakt s cudzími kultúrami.

Medzi faktory znižujúce empatiu patrí spoločenská nadržanosť, choroba spojená s bolesťou alebo funkčnými poruchami, strach a úzkosť, neúspechy a napätia v medziľudských vzťahoch, duševné choroby, poškodenie mozgových funkcií, dlhodobé požívanie alkoholu a narkotík, napätia z neuspokojených potrieb (sexuálnych, biologických - hlad, smäd), prílišné vedomie povinnosti, perfekcionizmus.

2.4 Uplatňovanie schopnosti empatie v práci sestry

V pomáhajúcich profesiách, medzi ktoré patrí aj práca sestry hrá ľudský vzťah medzi pomáhajúcim profesionálom a pacientom veľmi podstatnú úlohu, pretože pacient potrebuje cítiť, že je prijímaný taký aký je, že sa nachádza v bezpečí, že je tu niekto, kto mu chce pomôcť a môže mu bezvýhradne dôverovať. Sestry čelia v praxi často zložitým citovo podfarbeným situáciám, v ktorých vedieť čo povedať alebo na ne reagovať nie je vždy jednoduché. Na jednej strane je potrebné prejavovať empatiu, na druhej strane zachovať pokoj, profesionalitu a chrániť si aj vlastné hranice pred vyhorením.

Empatia je podstatou všetkých interakcií medzi sestrou a pacientom a mala by sa považovať za dôležitý klinický ukazovateľ pri hodnotení kvality ošetrovateľskej starostlivosti. Napriek tomu, že je ťažko merateľná, autori viacerých štúdií realizovaných v zahraničí použili meracie nástroje, ktoré však vo väčšine prípadov mali svoje limity. Napriek tomu môžeme tvrdiť, že empatický vzťah medzi sestrami a pacientmi prispieva k úľave od bolesti, k zlepšeniu srdcovej činnosti, emocionálnych prejavov pri závažných ochoreniach, znižuje úzkosť, depresiu, zlepšuje narušený obraz tela, sebaaprijatie a sebaakceptáciu.

Význam empatie v ošetrovateľskej starostlivosti môžeme zhrnúť do 6 dôvodov:

1. Pacienti sa cítia pohodlnejšie, rýchlejšie sa zotavia.

Každý, kto príde do kontaktu so zdravotnou starostlivosťou akosi očakáva, že empatia je prirodzená u každého zdravotníckeho pracovníka. Avšak empatia alebo jej prejavy súvisia s mnohými ďalšími faktormi, ako sú napr. absencia životných (pracovných) skúseností u začínajúcich sestier, alebo naopak bohaté skúsenosti sestier, ale akási otupenosť z rôznorodého správania množstva pacientov, o ktorých sa starali v minulosti. Preto je dôležité, aby si sestry tieto skutočnosti uvedomovali a snažili sa s problematikou empatie pracovať.

Viacere zahraničné štúdie poukazujú na to, že pri hodnotení zdravotnej starostlivosti pacienti označili prejavy empatie za najdôležitejšie. V zahraničí sa empatii venuje väčšia pozornosť ako u nás. V nemocniciach prebiehajú rôzne programy na rozvoj empatie, ktoré prinášajú výsledky v zlepšení vzťahov na pracovisku, vo vyššej spokojnosti sestier so svojou prácou, v autentickjších reakciách na potreby pacientov, zníženom množstve stresu a v menšom riziku ohrozenia syndrómom vyhorenia. Nemocnice, ktoré kladú dôraz na empatickú starostlivosť, profitujú z väčšieho dodržiavania pravidiel zo strany pacientov, čo im pomáha znižovať opätovné hospitalizácie a sankcie za pochybenia (www.amplioncare.com).

Uplatňovanie empatie v praxi u sestier vedie k lepšiemu nadviazaniu vzájomného rešpektu s pacientom, podporuje pozitívne správanie a postoje, prijímanie etických rozhodnutí, a získavanie dôležitých informácií o zdravotnom stave pacientov (www.online.Norwich.edu).

Empatické sestry sa tiež môžu navzájom podporovať pri riešení problémov spojených s ošetrovateľskou praxou vytváraním podporných skupín priamo na pracovisku, alebo prostredníctvom sociálnych sietí. To môže vo výraznej miere prispieť k zníženiu rizika vyhorenia a k pokračovaniu v starostlivosti o pacientov tak, ako najlepšie vedia (Johansen, A., 2022).

Odporúčania pre začlenenie empatie do praxe sestier:

1. Počúvajte pacientov a prejavte záujem o ich život

Potvrďte vyjadrenia pacientov prikývnutím a odpoveďami, ktoré naznačujú pochopenie. Pýtajte sa, ako zdravotné problémy ovplyvňujú životy pacientov, aktívne počúvajte, kladte doplňujúce otázky a prejavte záujem o ich životy. Odpovedzte na všetky obavy pacienta. Pacienti, ktorí cítia, že ich sestry počúvajú, sú otvorenejší a ľahšie spolupracujú pri získavaní údajov o príznakoch ochorenia, otázkach a obavách, ktoré riešia v súvislosti s chorobou, čo v konečnom dôsledku vedie k efektívnejšej starostlivosti a vyššej spokojnosti.

2. Buďte láskaví a úctiví

Buďte láskaví, poskytnite odbornú pomoc, ktorá môže zlepšiť stav pacienta. Neberte do úvahy svoje osobné predsudky a zaujatosť, namiesto toho sa usilujte zabezpečiť rovnaký prístup ku kvalitnej starostlivosti pre všetkých.

Majte na pamäti, že mnohým pacientom je nepríjemné diskutovať o citlivých zdravotných otázkach. Usilujte sa o vytvorenie takej úrovne pohodlia a dôvery, ktorá umožní otvorený dialóg.

3. Rozvíjajte kultúrne kompetencie a povedomie

Pochopenie a rešpektovanie etnickej príslušnosti, rasy, náboženstva, sexuálnej orientácie, presvedčenia, potrieb a individuality pacienta vedie k poskytovaniu čo najempatickejšej a najefektívnejšej starostlivosti.

Ak chcete rozvíjať kultúrne kompetencie, vyhľadávajte informácie o rôznych skupinách pacientov, vystavujte sa novým kultúram a skúsenostiam a pestujte interakcie s ľuďmi z rôznych prostredí. Ochota učiť sa môže sestram pomôcť preklenúť rozdiely a personalizovať starostlivosť.

4. Používajte stratégie na prevenciu syndrómu vyhorenia

Starostlivosť o druhých si vyžaduje starostlivosť o seba, či už to znamená rozhovor s priateľom, cvičenie alebo trávenie času vonku.

5. Chod'te príkladom

Prejavovanie empatie v ošetrovatel'stve presahuje hranice zdravotníckych zariadení. Schopnosť empatie je vlastnosť, ktorú využívame aj v bežnom živote, vo svojom sociálnom prostredí (komunita), kde môžeme byť empatickým správaním príkladom pre ostatných (www.online.norwich.edu)

Empatické sestry sa tiež môžu navzájom podporovať pri riešení problémov spojených s ošetrovatel'stvom. V dôsledku toho môže viesť k zníženiu vyhorenia, čo umožní sestram pokračovať v starostlivosti o pacientov tak, ako najlepšie vedia.

Pracovný list

1. Ako by ste zabezpečili dodržanie princípu beneficiencie, ak by ste zistili, že vaša kolegyňa nedodržiava pri určitom ošetrovatel'skom výkone odporúčaný postup v záujme uľahčiť si prácu (napr. nedodržiava sterilitu pri cievkovaní)? (Vyberte 1 odpoveď)

a/ upozorním ju na nesprávny postup pri výkone s tým, že môže pacientovi ublížiť,

b/ informujem o tom vedúcu dennej zmeny,

c/ informujem o tom vedúcu sestru pracoviska,

d/ nespravím asi nič, aby som si nepokazila vzťahy na pracovisku

e/ nespravím nič, dôležité je, že pracujem ja sám/ja sama správne

f/ iné (doplňte)

Čo by ste spravili, ak by sa jej správanie opakovalo?

.....

2. Popíšte situácie, kedy sestra koná „dobro“ a „zo“pre pacienta

.....
.....
.....
3. Uvedomili ste si niekedy, že pacienta možno poškodiť napr. nevhodnou verbálnou alebo neverbálnou komunikáciou?

a/ áno, b/ nie, c/ nikdy som nad tým takto nerozmýšľal/la

Príklad: na pacientovej izbe prebehne veľká vizita. Zdravotnícky personál vyjde z izby pacienta a rozpráva sa za presklenou stenou o probléme, ktorý sa už pacienta netýka. Pacient pozorne sleduje neverbálnu komunikáciu napr. medzi dvoma lekármi a jednou sestrou, ktorí sa počas komunikácie mračia, krúčia hlavami a bezradne rozhadzujú rukami. Pacient si myslí, že jeho stav je beznádejný, pritom zdravotníci sa o ňom nerozprávajú. Pacient si omnoho viac zosobňuje neverbálnu (samozrejme aj verbálnu) komunikáciu na seba, lebo je v situácii, kedy má čas sa viac sledovať, pod vplyvom ochorenia je viac zraniteľný a pod.

Uveďte príklady z praxe, kedy prišlo k takémuto alebo podobnému poškodeniu pacienta

.....
.....
.....
4. Dodržiavajú sestry štandardy pri ošetrovateľských výkonoch?

a/ áno, b/ nie, c/ neviem, d/ nikdy som to nezisťoval/la

5. Dodržiavanie postupu ošetrovateľského výkonu podľa štandardu znamená:

a/ nepoškodenie pacienta

b/ ochranu sestry pred sankciami pri komplikáciách zdravotného stavu pacienta

c/ konanie dobra pre pacienta

d/ dodržanie princípu spravodlivosti

6. Vžité do role pacienta, ktorý prišiel do neznámeho prostredia, je chorý, zraniteľný, má bolesti. Aké by ste mali očakávania od zdravotnej starostlivosti?

.....
.....
.....
.....

7. Na odbornej praxi si všimnite, ako sa správajú sestry k jednotlivým pacientom, vo vzťahu k veku, spoločenskému statusu, pohlaviu, vzdelaniu,... (máme na mysli napr. oslovenie, spôsob komunikácie, tón hlasu, úroveň starostlivosti a pod.)

a/ **veku** – deti, mladí ľudia, dospelí v strednom veku, starí ľudia

b/ **spoločenskému statusu** – bezdomovec, bohatý človek, prípadne človek s vysokým postavením

c/ **pohlaviu** – žena, muž

d/ **vzdelaniu** – žiadne vzdelanie, základné vzdelanie, stredoškolské vzdelanie, vysokoškolské vzdelanie

Jednotlivé typy správania popíšte, prípadne pridajte ďalšie kritériá.

8. Sestra môže pacienta informovať o

a/ diagnostických metódach

b/ priebehu vyšetrení

c/ zmene lieku v liečbe

d/ o aktuálne nameraných fyziologických funkciách

e/ diétnych opatreniach vo vzťahu k diagnóze ochorenia

f/ o prognóze ochorenia

9. Do psychohygieny v práci sestry môžeme zaradiť:

a/ autogénny tréning

b/ športové aktivity

c/ čítanie kníh

d/ hranie elektronických hier

e/ trávenie času na sociálnych sieťach

f/ venovanie sa koníčkam

g/ rozoberanie pracovných situácií s priateľmi alebo rodinnými príslušníkmi

10. Prejavovaním empatie pacientom môže sestra psychicky vyhorieť

a/ áno, určite

b/ nemyslím si to

c/ určite nie

Zoznam použitej literatúry:

ČAVOJOVÁ, V., BALLOVÁ, MIKUŠKOVÁ, E., BELOVIČOVÁ, Z., 2011. Chápanie duševných stavov v kontexte kognitívneho vývinu detí. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 2011. 311 s., ISBN 978-80-88910-32-9 EAN 9788088910329

HADDAD, LM., GEIGER, RA, 2018. Nursing Ethical Considerations. StatPearls Publishing L.L.C. ID: NBK572144PMID: 34283510. [online], [cit. 12.08.2022]. Dostupné z: <https://europepmc.org/article/nbk/nbk526054#free-full-text>

JEDLIČKA, R., KOŤA, J., SLAVÍK, J., 2018. Pedagogická psychologie pro učitele. Praha: Grada, 2018, 528 s., ISBN 978-80-271-0586-1

KOZÁROVÁ, N., GUNIŠOVÁ, D., 2020. *Stratégie rozvoja kritického myslenia vo vyučovaní PEDAGOGIKY*. Nitra, UKF v Nitre, Pedagogická fakulta, s. 193, ISBN 978-80-558-1518-3, ISBN (online) 978-80-558-1520-6 [online], [cit. 3.1. 2022], Dostupné z: https://www.pf.ukf.sk/images/docs/projekty/2017/pC-Cp/publikacie/Strategie_rozvoja_kritickeho_myslenia_vo_vyucovani_pedagogiky.pdf

KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. 163 s., ISBN 978-80-247-2069-2

PETLÁK, E. 2019. Paradigmy súčasnej didaktiky. In: DUCHOVIČOVÁ, J., HOŠOVÁ, J., KOLEŇÁKOVÁ, R., Š., 2019. Inovatívne trendy v odborových didaktikách. Prepojenie teórie a praxe výučbových stratégií kritického a tvorivého myslenia. In: *Inovatívne trendy v odborových didaktikách v kontexte požiadaviek praxe*. Zborník štúdií z medzinárodnej vedeckej konferencie. Nitra: Pedagogická fakulta UKF v Nitre. 2019. ISBN 978-80-558-1408-7. [online], [cit. 24.10.2021]. Dostupné z: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Inovati%CC%81vne+trendy+v+odborovy%CC%81ch+didaktika%CC%81ch>

[KOVALOVÁ, D., Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika, 2004.](#) Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, Fakulta humanitných vied 2004. 78 s., ISBN 80-8055-996-1

LAJDOVÁ, A., 2019. Etika a legislatíva v chirurgii. In: RYSKA, M. 2019. *Chirurgie pro bakalárske a magisterské studium v oboru ošetrovatelství*. Praha: Code creator, 2019. [online], [zverejnené: 07.02.2020], [cit. 30.10.2021], 63 MB, ISBN 978-80-88246-46-6 . Dostupné z: <https://publi.cz/eknihy?book=889-chirurgie>

ONDOK, J., P., 2005. Bioetika, biotechnologie a biomedicína. Praha: Triton, 2005, 214 s., ISBN 80-7254-486-1

SANDANUSOVÁ, A., SCHLARMANOVÁ, J., 2020. *Kritické a tvorivé myslenie v príprave učiteľov biológie*. Nitra. UKF, 2020, 75 s., ISBN 978-80-558-1637-1 [online], [cit. 4.12.2022] Dostupné z: https://www.pf.ukf.sk/images/docs/projekty/2017/pC-Cp/publikacie/Kritick%C3%A9_tvoriv%C3%A9_myslenie_v_pr%C3%ADprave_u%C4%8Dite%C4%BEov_biol%C3%B3gieu%C4%8Debnica_final_na_tlac.pdf

STEHLÍKOVÁ, J., 2016. Rozvíjanie empatie v pomáhajúcich profesiách. Belianum: Banská Bystrica, 2016. 197 s. ISBN 978-80-557-1140-9 Sémanticky orientovaná elektronická učebnica Etiky sociálnej práce (KEGA 067UKF-4/2012) [online], [cit. 29-01-21]. Dostupné z: <https://amos.ukf.sk/course/index.php?categoryid=41>

UHEROVÁ, Z., HORŇÁKOVÁ, A., JACOVÁ, A., MIŽENKOVÁ, E. (2007). Rozvíjanie tvorivosti v kontexte požiadaviek súčasnosti. In *Molisa 4: medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša*. Prešovská univerzita: FNŠP J. A. Reimana v Prešove: Falck Záchranná a. s., s. 168-169, ISBN 978-80-8068-622-2.

VARKEY, B., 2021. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice [Princípy klinickej etiky a ich aplikácia v praxi], In: *Medical Principles and Practice*, Vol.30, No. 1, 2021 [online], [cit.10-1-22] dostupné z: <https://www.karger.com/Article/FullText/509119>, <https://doi.org/10.1159/000509119>

VRUBLOVÁ, Y., 2006. *Etika v ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 25 s. [online] [cit. 18-11-21]. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/II-etika.pdf>

Zákon č. 576/2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. [online] [cit. 16-11-21] Dostupné z: http://www.fntt.sk/dokumenty/Zakon_c_576_2004%20Zz_o_zdrav_starostlivosti.pdf

ŽALOUĐÍK, J., 2014. Význam a šíre etiky v klinickej praxi. In: PTÁČEK, R., BARTUNĚK, P. A kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014, 519 s., ISBN 978-80-247-5471-0

3 ETICKÉ ASPEKTY KOMUNIKÁCIE

3. 1 ETICKÉ ASPEKTY A DILEMATICKÉ SITUÁCIE V KOMUNIKÁCIÍ S RODINNÝMI PRÍSLUŠNÍKMI CHORÉHO ČLOVEKA

Rodina – integrálna súčasť zdravotnej starostlivosti

V zdravotnej starostlivosti je pacient a jeho rodina v centre našej pozornosti. Rodinu pacienta ako integrálnu súčasť starostlivosti preto nemožno opomenúť. Rodina je biologická entita, ktorá z nás robí to, čím sme. Je to sociálna jednotka, z ktorej vychádzame a čerpáme svoju identitu. Pacienti sú členmi rodiny, problémy pacienta sú problémami rodiny a problémy rodiny sú problémami pacienta. Toto konštatovanie môže znieť ako samozrejmosť, no často sa stretávame s nevysloveným predpokladom, že jedinú, na čom záleží, je pacient. Ak sa v rodine vyskytne nevyliciteľné ochorenie, ostatní členovia sa často zmobilizujú. Trvajú na tom, že pacient má

vo všetkom prednosť a popierajú svoje vlastné potreby. Pre členov rodiny je situácia ochorenia príbuzného nesmierne náročná. Okrem zvládania choroby a jej dôsledkov musia často fungovať v pracovnom procese a každodenných povinnostiach. Musia podporovať a starať sa o chorého a často zároveň zvládať aj jeho predchádzajúce úlohy. Enormná záťaž, šok z diagnózy a strach o chorého môžu spolu s ďalšími faktormi viesť k neprimeraným či nevhodným reakciám rodiny a ich neschopnosti viesť konštruktívny dialóg s lekárom/sestrou. Ohrozenie života a veľké straty vyvolávajú v akomkoľvek veku vzťahové správanie (attachment behavior). V takej záťažovej situácii sa môže dostať na povrch veľa predchádzajúcich problémov. Komunikácia sa stáva vzhľadom na uvedené extrémne skutočnosti častokrát veľmi náročná (Farkašová et al, 2016). Rodina a rodinní príslušníci môžu byť pre lekára a sestru jedinečným zdrojom informácií o pacientovi. Pacient môže byť počas rozhovoru paralyzovaný strachom alebo prílišnou úctou. Naopak, pacient sa môže so zdravotníckym personálom rozprávať o témach, ktoré sú v rámci rodiny tabu (smrť, zomieranie) (Theová, 2007).

Komunikácia s rodinou pacienta a jej špecifiká v paliatívnej starostlivosti

Výskumné zistenia ukazujú, že pre pacientov a ich rodiny v rámci paliatívnej starostlivosti bol dôležitejší spôsob komunikácie ako samotný obsah komunikácie. Významné bolo aj načasovanie, poradie informácií a postoj komunikujúceho. Z hľadiska obsahu boli najcitlivejšie témy prognózy a nádeje. Ako komunikačné bariéry boli vnímané: nedostatočné zaangažovanie pacienta a rodiny do rozhovoru, nedostatočné množstvo poskytnutých informácií a dyskomfort lekára/sestry pri zdieľaní informácií (hlavne o prognóze ochorenia). Ukázalo sa, že nedostatočne zrozumiteľné poskytnutie informácií zomierajúcim pacientom a ich rodinám môže viesť k nárastu neistoty. Komunikáciu lekára/sestry s rodinou môže komplikovať situácia, keď rodina pozná fakty o stave pacienta, ale neberie ich na vedomie (často ide o obranné mechanizmy popierania reality a vytesňovania informácií) (Andrášiová, Bednařík, 2015).

Príbuzní spolu s pacientom môžu prechádzať jednotlivými fázami vyrovnávania sa so smrťou. Existenciálny distress sa môže nesprávne označiť ako terminálna agitácia a môže viesť k podávaniu zvýšených dávok sedácie. Blízki môžu dlhodobo prežívať pocity viny, ľútosti a smútku, ako aj skomplikovanie prirodzeného procesu smútenia. Hoci v praktických situáciách často rozoznáme, čo je potrebné urobiť, formálne identifikovanie komunikačných krízových momentov ako jedných z najzávažnejších kríz v rámci paliatívnej starostlivosti môže zvýšiť povedomie a zlepšiť ich zvládanie (Dobříková, 2005). Očakávania rodiny a pacientov od medicíny môžu byť často príliš vysoké. Niekedy si plne neuvedomujeme skutočnosť, že pacienti sa chcú napriek všetkému uzdraviť. Pacienti spolu s blízkymi niekedy nemajú dostatok

času na spracovanie informácie, že umierajú. Práve prijatie definitívnosti stavu je pre ďalšie konanie rodiny nevyhnutné. Je dôležité, aby plne pochopili prognózu ochorenia svojho príbuzného a predišli tak prípadným výčitkám svedomia. Stáva sa, že partneri znášajú ochorenie horšie ako samotní pacienti. Chorobou netrpí len pacient, ale v skutočnosti je chorá celá rodina, ktorá ochorením trpí. Niekedy na to zabudne aj samotná rodina, od ktorej sa toho veľa očakáva. Do situácie vstupujú častokrát s minimálnymi skúsenosťami so starostlivosťou o chorých, takže správne posúdiť vážnosť situácie je pre nich nesmierne náročné. Komunikácia s rodinou je v rámci paliatívnej starostlivosti nevyhnutná. Rodina by mala byť informovaná o aktuálnom stave pacienta, ďalších postupoch a cieľoch v liečbe a ich porozumenie by sa malo overiť (Andrášiová, Bednařík, 2015).

Efektívna komunikácia a jej vplyv na kvalitu starostlivosti

V rámci piatich subtém boli opísané najdôležitejšie komunikačné oblasti:

1. budovať raport s pacientom a rodinou na vytvorenie dôvery a partnerstva,
2. venovať pozornosť očakávaniam a vysvetľovať ciele starostlivosti,
3. priebežne informovať pacienta a rodinu o -jeho zdravotnom stave,
4. aktívne počúvať a vnímať pacientove obavy a individuálne potreby,
5. poskytnúť bezpečný priestor na rozhovor o smrti a zomieraní.

Prvé štyri subtémy vytvárajú bázu pre možnosť realizovania piatej témy (Theová, 2007).

Praktické aspekty efektívnej komunikácie s rodinou pacienta

Optimálne pre všetky strany (pacienta, rodinu aj lekára/sestru) je poskytnutie primeranej miery informácií pacientovi a so súhlasom pacienta aj jeho rodine. Za každých okolností by však malo byť pravidlom, že na prvom mieste treba zväžiť najlepší záujem pacienta a až následne želania jeho rodiny. Dôležité je konať v prospech pacienta, ale zároveň o tom citlivo komunikovať s jeho rodinou. V rámci komunikačných nedorozumení sa často objavuje rozdielne vnímanie situácie. Preto je vhodné na začiatku rozhovoru overiť, ako príbuzný chápe situáciu a aké informácie o chorobe má. Rozhovor sa preto odporúča začínať otvorenou otázkou: Mohli by ste mi povedať, čo viete o ochorení vášho príbuzného? Rovnako dobré je v úvode overiť, ako príbuzní chápu možnosti paliatívnej starostlivosti: Aké sú vaše očakávania od paliatívnej starostlivosti? Prípadné nezrovnalosti je vhodné hneď ozrejmiť a rovnako overiť pochopenie. U pacientov a rodinných príslušníkov sa stretávame s často rozdielnou potrebou informovania o ochorení a prognóze. Interindividuálne rozdiely v potrebe informácií by sme mali vždy rešpektovať. Či bolo množstvo informácií primerané, môžeme jednoducho overiť na konci rozhovoru: *Máte pocit, že teraz máte o jeho/jej zdravotnom stave dostatok informácií ?* (Andrášiová, Bednařík, 2015).

Lekár/sestra by mal podávať príbuzným len tie informácie, ktoré najmä z hľadiska legislatívy a odbornosti nemôže podávať iný člen paliatívneho tímu. Aby sme docielili dodržiavanie určitého časového harmonogramu lekára z hľadiska jeho konzultačných hodín, tak je nevyhnutné, aby lekár (prípadne aj iný člen hospicového tímu) dokázal aj s náročným, prípadne manipulatívnym príbuzným komunikovať nielen empaticky, ale aj asertívne. Počas rozhovoru lekára/sestry s príbuzným odporúčame dodržiavať nasledovné: nerušené prostredie, predstavenie sa, podanie si ruky, očný kontakt, oslovovanie titulom alebo priezviskom, nevytvárať bariéry z hľadiska posturiky, prekřížené ruky a nohy. Hneď na začiatku upresniť, koľko času mu môžeme venovať (napr.: *pani Nováková, som veľmi rád/rada, že máme k dispozícii týchto 20 minút, počas ktorých môžeme nerušene prebrať zdravotný stav vášho manžela*). Nechať začiatok rozhovoru na príbuzného, aby sme nehovorili informácie 2-krát, prípadne, aby sme nerozoberali záležitosti, ktoré príbuzného vôbec nezaujímajú (napr.: „Povedzte mi, čo konkrétne by ste chceli vedieť, prípadne aké postrehy alebo pripomienky máte“). Keď totiž necháme príbuzného vyrozprávať sa (pokojne aj 10 minút bez prerušenia), tak bude jeho základná potreba po vypočutí naplnená. Rovnako bude vnímať náš záujem o jeho emócie, prípadne postrehy. Hoci by nebolo možné v určitých oblastiach príbuznému vyhovieť, už len samotné vypočutie a uznanie jeho obáv znižuje jeho stres a posilňuje dôveru v lekára. Príbuzní sa môžu sťažovať, že ich blízky má zlú starostlivosť. Ale ak ich zdravotnícky pracovník nepreruší a nechá rozprávať, v čom vidia nedostatky, tak sa častokrát dozvie, čo im vadí. Po vysvetlení sú schopní prijať fakty ako súčasť choroby a zmeniť nazeranie na aktuálnu situáciu. V konečnom dôsledku to eliminuje ich negatívne prežívanie a prípadnú nedôveru v zdravotníkov. Pri počúvaní treba využívať techniky aktívneho počúvania - neverbálne prejavy – prikývnutie, očný kontakt, parafrázovanie, sumarizácia a pod. V prípade, že želania príbuzného a želania pacienta sú v rozpore, je potrebné vysvetliť, že hlavnou úlohou je rešpektovať prania pacienta. Ak sa príbuzný pýta, ako by mal pristupovať k pacientovi, môžeme odporučiť konzultáciu s psychológom, ktorý má priestor všetko podrobne vysvetliť. Reč by mala byť jednoduchá, treba používať krátke vety, zrozumiteľné slová, v prípade potreby je nutné vysvetliť neznáme výrazy. Netreba sa báť ani persúazie (presviedčania), že určitý liečebný postup je potrebný a žiaduci a iný by zas mohol pacientovi uškodiť. Je potrebné oceniť záujem príbuzného o pacienta, prípadne oceniť iné aspekty, ktoré sú významné pre danú osobu. Zároveň mu dať aj spätnú väzbu o tom, že hospitalizácia bola vzhľadom na všetky skutočnosti nutná (eliminujeme pocity viny, že sa nestará o pacienta v domácom prostredí). Okrem toho treba uznať vážnosť jeho problémov. Klásť vhodné otázky a usmerňovať rozhovor: *Opíšte mi bližšie... / Z čoho konkrétne usudzujete, že... / Chceli by sme tejto vašej obave porozumieť,*

môžete mi, prosím, viac priblížiť... / Čo by ste navrhovali, aby... Na záver je potrebné zosumarizovať povedané a poďakovať sa za rozhovor i záujem o pacienta zo strany príbuzného. Rovnako je potrebné verbalizovať, že stanovený časový priestor uplynul a ukončiť rozhovor. Ak príbuzný potrebuje hovoriť viac, tak je vhodné buď dohodnúť konzultáciu na iný deň, alebo u iného odborníka z paliatívneho tímu (sestra, psychológ, sociálny pracovník) podľa situácie (Farkašová et al, 2016).

„Ludia, ktorí v sebe majú silu a lásku zostať s umierajúcim v hlbokom tichu, ktoré sa vymyká slovám, spoznajú, že ten okamih v skutočnosti nie je strašný ani bolestný, je to pokojný zánik telesného fungovania. Je to pohľad na padajúcu hviezdu, jednu z milióna svetiel v ohromnom priestore oblohy, ktoré sa na krátku chvíľu zablyskne a zmizne v tme. Možnosť byť v blízkosti zomierajúcich nám dáva spoznať jedinečnosť človeka v obrovskom mori ľudstva. Vedie nás k uvedomeniu si ohraničenosti ľudského života, no zároveň vytvorenia jedinečnej biografie zapojenej do jemného vlákna ľudských dejín“ (Šlipko, 1998 in Lojan, 2015).

3. 2 ETICKÉ ASPEKTY A DILEMATICKÉ SITUÁCIE V KOMUNIKÁCIÍ S DETSKÝM PACIENTOM

Porozumieť dieťaťu a vedieť s ním komunikovať si vyžaduje poznať priebeh jeho psychického vývinu a osobitosti jednotlivých vývinových období. V rámci formy komunikácie, platí, že čím je dieťa mladšie, tým viac prirodzene prevláda neverbálna forma. Už aj novorodenec má dostatočne rozvinutú schopnosť komunikovať, ale táto komunikácia prebieha výlučne na neverbálnej úrovni. Dieťa, podobne ako aj dospelý, je väčšinou zneistené novou, nepríjemnou situáciou, ktorú spôsobilo ochorenie. Lekár/sestra by mal byť schopný svojimi neverbálnymi prejavmi dávať dieťaťu najavo, že jeho nepríjemným pocitom rozumie, je ich „schopný“ uniesť a zároveň mu vyjadrovať podporu, aby ich dieťa dokázalo zvládnuť. V takejto situácii je z hľadiska podpory dieťaťa neverbálna komunikácia ešte dôležitejšia, pretože „pozitívne“ emócie, ktoré dieťa potrebuje, vníma ľahšie v rovine konkrétnych prejavov „reči tela“, ako v slovnom vyjadrení. Postupne ako sa dieťa vyvíja, narastá jeho schopnosť verbálnej komunikácie – lekár však musí voliť slová a spôsob vyjadrovania tak, aby boli pre dieťa zrozumiteľné a prijateľné (Matějček, 2011).

Komunikácia s dieťaťom a jeho rodičmi vyžaduje veľkú dávku trpezlivosti, dôslednosti, úprimnosti, ľudskosti, schopnosti počúvať, ale aj profesionálne vystupovanie. Pri komunikácii s chorým dieťaťom platí dvojnásobne, že je treba počúvať nielen sluchom, ale aj zrakom (signály neverbálnej komunikácie) a zvlášť srdcom (prejavovať empatiu). Naš prístup

k dieťaťu nemá byť ani príliš strohý a chladný, ani príliš familiárny a podliezavý – každá krajnosť má tendenciu zosilňovať úzkostnú neistotu (Lošťáková, 2017). Obsah verbálnej komunikácie sa týka toho, čo a koľko dieťaťu povedať. Potrebné je postupovať veľmi citlivo, zohľadňovať okolnosti a individuálne zvláštnosti. Nemožno stanoviť nejaké všeobecné zásady či pravidlá. V zásade platí, že dieťaťu by sa mala hovoriť pravda, a to sa týka aj vážnejších, či život ohrozujúcich ochorení. Mnohí odborníci hovoria, že pokiaľ sa dieťaťu povie o jeho ochorení pravda, môže to zlepšiť jeho spoluprácu v priebehu liečby (Matějček, 2011). Podľa Matějčka sa komunikácia s detským pacientom odlišuje na základe jednotlivých vývinových období. U novorodenca je vhodné udržiavať očný kontakt a pozorovať reakcie dieťaťa. U dojčiat prevláda neverbálna komunikácia a kontakt s rodičmi. Je dôležité udržiavať očný kontakt, hovoriť na dieťa pokojne, využívať telesný kontakt, zapájať dieťa do jednotlivých hier. U batoláťa je stále rovnako dôležitá neverbálna komunikácia, je vhodné oslovovať dieťa menom, zaujať priateľský prístup, získať si jeho dôveru zapájaním niektorých slov z jeho slovníka. Treba akceptovať jeho prejavy vzdorovitosti, pri ktorých je dobré najmä odvedenie pozornosti alebo zrkadlenie. V predškolskom období sa stále využíva čoraz rozsiahlejšia verbálna komunikácia, avšak stále treba mať jednoduché, stručné a zrozumiteľné vyjadrovanie. U dieťaťa sa v tomto období rozvíja fantázia čo znamená, že je vhodné viac využívať hru pomocou ktorej môžeme ľahšie dieťaťu vysvetliť ošetrovateľské intervencie. Dieťa dokáže oceniť partnerský „dospelácky“ prístup ako podanie ruky alebo predstavenie sa. V školskom veku, v ktorom dochádza k väčšiemu rozvoju reči, dieťa viac chápe, rozumie, dokážeme s ním lepšie komunikovať, lepšie mu vysvetliť situáciu. Stále však prevažuje detský slovník. Počas pubertálneho veku dieťaťa je ťažšie nadväzovanie komunikácie. V tomto veku sa často prejavuje presadzovanie seba, svojich názorov, predstáv, vzdoruje autoritám. Adolescenta oslovujeme menom a uprednostníme vykanie. Musíme rešpektovať jeho súkromie a v prípade nesúhlasu nehovoriť s rodičmi „o ňom bez neho“ (Matějček, 2011).

Sestra má s detským pacientom užší kontakt. Je prvá, ktorú detský pacient zavolá, keď niečo potrebuje. Uspokojuje jeho bio-psycho-sociálne potreby. Týmto plní funkciu expresívnu - vnútornú, ktorá sa spája s tvorbou terapeutického prostredia, s podporou v duševnej oblasti v schopnosti prispôbiť sa. Pomáha tak vytvárať dôveru k lekárovi, ktorý plní funkciu inštrumentálnu- vonkajšiu funkciu smerujúcu k cieľu (Bradlová, Matulay, 2009).

Lošťáková (2017) odporúča pri komunikácii s dieťaťom dodržiavanie dvoch základných princípov:

- transparentnosť - dieťa informujeme o tom, kto sme a prečo má s nami hovoriť, nič nezatajujeme a vysvetlíme, prečo sa na isté veci pýtame. Ak sa počas rozhovoru objavia

u dieťaťa určité emócie, nebojíme sa ich osloviť a dáme dieťaťu priestor na jeho prípadné otázky.

- **férovosť** - dieťa je v rozhovore partner. Keď na niečo nepoznáme odpoveď, prípadne niečomu nerozumieme, priznáme to. Hovoríme mu pravdu, ak ju poznáme. Ak si z rozhovoru vytvoríme hypotézu, ponúkneme mu ju a overíme si ju vypočutím jeho názoru. Pri utváraní si hypotézy, je dôležitý spôsob kladenia otázok. Za nevhodné sa považuje kladenie tzv. sugestívnych otázok, ktoré sú jednak uzatvorené, majú manipulatívny charakter a hlavne im chýba informačná hodnota. Tento typ otázok predstavuje pre dieťa istý druh nátlaku, a tak dieťa vie, ako má odpovedať, aby vyhovel. Týmto typom otázok, ktoré sú kladené často, sa nedozvieme pravdu. Ako sa teda pýtať? Ak použijeme uzatvorené otázky (odpoveď áno/nie) mali by byť jednoducho a zrozumiteľne formulované. Ak dieťa nezvláda odpoveď na otvorenú otázku, ponúkneme mu alternatívnu, kde mu dáme na výber medzi niekoľkými odpoveďami. Otvorené otázky majú najväčší informatívny potenciál (začínajú slovami *Ako?*, *Čo?*, *Aký?* a iné). Zároveň dieťaťu pomáha porozumieť situácii, ak pozná náš zámer, prečo sa ho na to, či ono pýtame. Vďaka tomu sú aj odpovede dieťaťa dôveryhodnejšie. Pýtame sa len jednu otázku, v jednej chvíli, nezahlcujeme dieťa otázkami.

Venglářová, Mahrová (2006) uvádzajú, že dobre vedený a pripravený rozhovor má svoju štruktúru, ktorú by mala sestra ovládať a v prístupe k pacientovi aplikovať.

Prípravná a plánovacia fáza – sestra hľadá odpovede na otázky: „*S kým? Prečo? Ako? Čo? Kedy? Kde?*“

Otvorenie rozhovoru – pri otvorení rozhovoru je dôležité zaujať polohu zdravotníckeho pracovníka. Otvorenie rozhovoru má dve fázy: navodenie kontaktu a nastavenie témy.

Priebeh (jadro) rozhovoru – najdlhšia fáza rozhovoru. Mali by sme sa držať viacerých zásad, ktorými sú získanie dôvery, prejavenie záujmu o pacienta, udržiavanie očného kontaktu, vyvarovanie sa odbornej terminológie, prispôsobenie sa jazykovému prejavu pacienta, nevnucovanie pacientovi vlastné názory, akceptovanie ticha a mlčania.

Ukončenie rozhovoru – zdravotnícky pracovník ukončuje rozhovor pomaly, nie naraz, naznačí, že sa blíži koniec rozhovoru a vyhlási, že cieľ rozhovoru je splnený.

Záznam rozhovoru – robí sa vo výnimočných prípadoch, pri zisťovaní anamnestických údajov.

Faktory u detí, ktoré ovplyvňujú intenzitu negatívnych pocitov počas hospitalizácie:

- vek dieťaťa - najrizikovejšie obdobie pre pôsobenie negatívnych vplyvov je od 7 mesiacov do 3 rokov.
- charakteristika osobnosti - dieťa je ovplyvnené viacerými faktormi, ktoré vplývajú na vývoj osobnosti preto aj jeho správanie sa vzťahuje na motiváciu.
- podpora rodičov - dieťa s celkovou pozitívnou oporou nielen počas choroby sa celkovo lepšie prispôsobuje a zvláda nepríjemné zážitky.
- závažnosť ochorenia - deti v školskom veku ochorenie berú ako únik od povinností v škole ale každé ochorenie ktoré sa spája hlavne s bolesťou, dieťa znáša veľmi ťažko
- ochrannoliečebný režim - komunikácia, prístup zdravotníkov, prostredie (Ondriová, Sinaiová, 2014).

V komunikácií s detským pacientom je veľmi dôležité ovládať a využívať správne zásady komunikácie s detským pacientom. Rešpektovať jeho súkromie, získať si jeho dôveru a hovoriť vždy pravdu. Jasne a zrozumiteľne odpovedať na jeho otázky. Dôležitou súčasťou je komunikácia s rodičmi/ zákonnými zástupcami.

3.3 ETICKÉ ASPEKTY A DILEMATICKÉ SITUÁCIE V KOMUNIKÁCI SO SLUCHOVO POSTIHNUTÝM PACIENTOM

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) zaraďuje sluchové postihnutie na druhé miesto z hľadiska závažnosti postihnutia. Na Slovensku je evidovaných 5-7% populácie nepočujúcich alebo nedoslýchavých. Podľa neoficiálnych štatistík 90% detí so sluchovým postihnutím sa narodí v počujúcej rodine (Romančíková, Šmídova, 2010). Sluchové postihnutie vzniká následkom organickej alebo funkčnej poruchy v ktorejkoľvek časti sluchového analyzátoru, sluchovej dráhy a sluchových kôrových centier, prípadne funkcionálne percepčných porúch. Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť je nemysliteľná bez komunikácie medzi zdravotníkmi a pacientmi. Schopnosť efektívne komunikovať by mala patriť k najdôležitejším schopnostiam zdravotníckeho pracovníka, keďže sociálny kontakt je nevyhnutnou súčasťou zdravotníckej profesie. Vyžaduje sa špecifický prístup osobám so sluchovým postihnutím, nakoľko sluchové postihnutie predstavuje v živote človeka obmedzenia:

- komunikačnú bariéru (narušený vývin reči, obmedzená schopnosť porozumenia ostatným);
- deficit v orientačných schopnostiach (orientácia v priestore je obmedzená na rámec zorného poľa);
- psychickú záťaž (život vo „väzení ticha“);

- obmedzenú sieť sociálnych vzťahov (predovšetkým vzhľadom na problém v komunikácií);
- negatívny vplyv na vývoj myslenia (nerozvíja sa vnútorná reč);
- stratu bezpečnostnej funkcie sluchu (sluch je aktívny u počujúceho človeka aj v spánku).

Komunikácia s pacientmi s postihnutím sluchu

Pacienti s postihnutím sluchu sa pri komunikácii odlišujú od počujúcich predovšetkým pohybmi rúk a mimických svalov, taktiež ešte polohou hlavy a hornej časti trupu. Náhodný a nezainteresovaný pozorovateľ takejto komunikácie býva obvykle naklonený názoru, že nepočujúci používajú k dorozumievaniu hlavné gestá a mimiku, teda prostriedky neverbálnej komunikácie. Sústavnejšie pozorovanie a analýza komunikácie nepočujúcich však ukázala niečo iné: prostriedky, ktoré nepočujúci používajú ku komunikácii sú s neverbálnymi gestami a mimikou príbuzné len na prvý pohľad, svojou podstatou sú od nich odlišné a porovnateľné sú naopak s prostriedkami tých jazykov, ktoré používajú počujúci ľudia. Ľudia s vážnym sluchovým postihnutím používajú iný komunikačný systém ako väčšina, preto je ich dorozumevanie s ostatnými ľuďmi ťažké. Sluchovo postihnutí ľudia používajú podľa Vágnerovej (2008) dvojaký jazykový systém a to:

Verbálna komunikácia - artikulovaná, orálna reč využíva zvyšky sluchu a odpozeranie. Jej zvládnutie je veľmi ťažké, pre nepočujúcich je nevyhovujúcim komunikačným prostriedkom, ale má výhodu v tom, že jej rozumejú ostatní ľudia. Osvojenie či uchovanie schopnosti komunikovať orálnym spôsobom je pre človeka s ťažkým sluchovým postihnutím veľmi náročné, pretože chýba najdôležitejší predpoklad – ľahkosť vnímania verbálneho vyjadrenia, resp. kontroly vlastného prejavu. Pre nepočujúcich (eventuálne osoby so zvyškami sluchu) je orálna reč v zásade nevyhovujúcim komunikačným prostriedkom, ktorý sa učí preto, aby neboli v majoritnej spoločnosti tak veľmi izolovaní. Miera motivácie k osvojovaniu môže byť rôzna, závisí na schopnostiach a skúsenostiach jedinca. Impulzom k zlepšeniu orálnej reči môže byť prechod do prostredia počujúcich, napriek tomu, že je táto situácia prežívaná ako nepríjemná a stresujúca.

Neverbálna komunikácia - mimika a pantomimika – významný spôsob komunikácie sluchovo postihnutých. Znakovú reč (posunková reč) založenú na vizuálno-pohybovom kóde s kodifikovanou sústavou znakov daných základnými polohami, pohybmi rúk so sprievodom tvárovej mimiky, okrem polôh a pohybov celej ruky sa uplatňujú hlavne rôzne zmeny polôh prstov. Osvojovanie znakovkej reči je veľmi náročné, nemožno sa ju naučiť doma. Znakový

system má určité obmedzenia – jednotlivé znaky sú často mnohoznačné a znakový jazyk má odlišnú gramatiku.

V ošetrovateľskej praxi si nevystačíme len s komunikáciou, ktorú sme si osvojili v bežnom živote, musíme využiť aj ďalšie možnosti špecifického prístupu, ktoré nám pomôžu hlavne s handicapovanými pacientmi nadviazať kontakt. Podľa Tutkovej (2007) medzi zásady špecifického prístupu u pacientov s postihnutím sluchu patrí:

- s nepočujúcim pacientom hovoríme prirodzene, pozeráme mu priamo do očí;
- pri rozprávaní nejeme, nepijeme, nefajčíme, nežujeme, nepodopierame si bradu, nedávame si ruky pred ústa;
- udržujeme pomalší rytmus reči, sme trpezliví a taktní;
- využívame mimiku tváre a gestikulácie rukami;
- pokiaľ pacientovi s postihnutím sluchu nerozumieme, požiadame ho o spomalenie reči a zopakovanie vety; pri komunikácii odstránime rušivé zvuky;
- overíme si, či pacient informácií skutočne rozumel a nezabúdame na nutnosť rešpektovať individuálne zvláštnosti pacienta.

Vágnerová (2008) uvádza na zmierňovanie pacientovho prežívania nasledujúce komunikačné stratégie:

- aktívne prejsť porozumenie empatiou – môže to pomôcť pacientovi prežiť emócie efektívnejšie, spracovať ich a hovoriť o nich (verbalizovať ich), napr. „*Rozumiem, že je to pre Vás teraz ťažké...*“.
- poskytnúť pacientovi čas na upokojenie a čakať – povedať pacientovi, že rozumiete tomu, že je to pre neho nová, náročná situácia a že chvíľu počkáte, kým sa z prvotného šoku spamätá. To mu dáva pocit porozumenia a čas na zvládnutie prvých emócií. Vhodné je zostať pri ňom, prejsť porozumenie, podať mu pohár vody, vreckovku a po pár minútach si overiť, či vás dokáže ďalej vnímať, napr. „*Rozumiem, že to potrebujete chvíľu predýchať...*“.
- poskytnúť pacientovi spätnú väzbu a ak je to potrebné povzbudiť ho ku komunikácii – okrem empatie je možné pacientovi ukázať, že ho vnímame, napr. „*Vidím, že plačete..*“ a vyzvať ho, aby aj v takejto situácii spolupracoval na tom, aby ste emóciu spoločne zvládli, napr. „*Keď budete môcť so mnou ďalej hovoriť, som pripravený, bude pre nás oboch dobré porozprávať sa, vyjasniť si veci, dohodnúť ďalší postup...*“.

Uvedené stratégie môžu po niekoľkých minútach pomôcť zmierniť pacientovu úzkosť, strach i iné negatívne emočné reakcie a tým prejsť k zmysluplnej diskusii, resp. spolupráci s pacientom.

Ak toto nepomôže, je pravdepodobne psychická reakcia pacienta hlbšia, a ak nemá lekár/sestra momentálne toľko času, aby mu pomohli, je lepšie stretnutie ukončiť a vrátiť sa k rozhovoru neskôr. Ukončenie rozhovoru s pacientom je potrebné urobiť taktne a citlivo, aby v ňom nezostal pocit zlyhania a zahanbenia. Napr. „*Rozumiem, že je teraz pre Vás ťažké rozprávať a ja to úplne chápem. Napíšem Vám základné informácie na papier, aby ste si ich mohli neskôr prečítať...*“.

K zlepšeniu kvality života sluchovo postihnutých, ako uvádza Tarcsiová (2005) môže prispieť používanie pomocných akustických prostriedkov, ako sú:

- komunikačné pomôcky – načúvacie aparáty, kochleárne implantáty, písacie a mobilné telefóny, elektronická pošta;
- informačné pomôcky – výpočtová technika, internet, televízory s teletextom, DVD rekordéry, elektrotechnické záznamníky a iné;
- signalizačné pomôcky – budíky, hodinky, alarmy, bytové zvončeky, iné signalizačné zariadenia, sú upravené tak, že signalizujú svetelne resp. vibračne.

Základné pravidlá efektívnej komunikácie so sluchovo postihnutým pacientom:

- zreteľná artikulácia;
- komunikácia tvárou v tvár;
- pomalá reč;
- jednoduché vety;
- pýtanie sa;
- kontrola neverbálnej komunikácie;
- maximálna trpezlivosť;
- dostatok času a možnosti na oddych;
- pochvala pacienta slovom aj neverbálnymi prejavmi (úsmevom, pohladením, pohľadom, dotykom a iné).

Špecifiká komunikácie so sluchovo postihnutým seniorom:

- komunikácia s nepočujúcim pacientom prostredníctvom papiera je väčšinou neúčinná, zvlášť ak ide o pacienta, ktorý sa narodil až ako nepočujúci alebo ak stratil sluch v rannom detstve. Títo pacienti nemajú dostatočne vyvinutú slovnú zásobu, preto je tento spôsob komunikácie neúčinný;
- s nepočujúcim pacientom hovoríme pomaly, prirodzene, tvárou k nemu, s prázdnyimi ústami. Pri rozhovore dodržiavame základy zásady, ako: nejesť, nepiť, nefajčiť,

nežuvať, nepodopierať si bradu, či nedávať ruky cez ústa. Hovoriť pomaly a nezvyšovať hlas;

- pri komunikácii využívať mimiku tváre, gestá rúk;
- je zistené, že čítanie z pier pre nepočujúceho je zreteľné na 30-40%;
- pokiaľ nepočujúcemu pacientovi nerozumíme, môžeme ho požiadať, aby vykladané zopakoval v pomalšom tempe;
- ak poznáme niektoré základné znaky znakového písma alebo znakovú abecedu, môžeme ju použiť;
- pri komunikácii v skupine, kde je aj nepočujúci, zapájame do diskusie aj postihnutého pacienta, zabraňujeme izolácii;
- pri rozhovore je optimálne zabrániť rušivým elementom, to znamená, vypnúť mobil, rádio, televízor a pod.;
- pri komunikácii s takto postihnutým pacientom je potrebné overiť sprostredkované informácie spätnou väzbou (otvorene sa ho spýtame, či nám rozumel, prípadne mu položíme kontrolnú otázku);
- so sluchovo postihnutým starým človekom komunikujeme v pokojnom prostredí a snažíme sa ho ubezpečiť o našom úprimnom záujme o neho (Tutková, 2009).

V komunikácii so sluchovo postihnutým seniorom je rovnako dôležitá úprava prostredia, očný kontakt, používanie kompenzačných pomôcok, prípadne používanie posunkovej komunikácie. Známe je skutočnosť, že kvalita počutia závisí od toho, ako ďaleko je nedoslýchavý jedinec od zdroja zvuku a zároveň ako ďaleko od rušivých vplyvov, ktoré sa môžu s týmito zvukmi prelínať.

3.4 ETICKÉ ASPEKTY A DILEMATICKÉ SITUÁCIE V KOMUNIKÁCIÍ SO ZRAKOVĽO POSTIHNUTÝM PACIENTOM

Starostlivosť o pacientov so zrakovým postihnutím musí byť starostlivo individuálna a zároveň podporovať normalizáciu. To sa dá dosiahnuť efektívnou komunikáciou a hlavne uznaním pacienta so zrakovým postihnutím ako človeka s rovnakým rozsahom potrieb a pocitov ako má človek s normálnym zrakom. Významné biologické a fyziologické potreby pacientov so zrakovým postihnutím sú spojené s jedením a pitím. Vzhľadom k tomu, že stupeň zrakového postihnutia osoby bude určovať mieru pomoci pri jedle a pití, osvedčený postup zahŕňa zistenie od pacienta, zvyčajný režim počas jedla. Pacient sa opýtame, kam je najlepšie umiestniť určité

predmety, ako sú príbory, poháre, poháre a tanieri. Jadenie môže byť jednoduchšie a príjemnejšie, ak je možné identifikovať druh jedla a jeho polohu na tanieri. Dá sa to urobiť metódou „ručičiek hodín“, napríklad mäso na dvanásť hodine, hrášok na šiestej hodine, zemiaky na deviatej hodine. Užitočné môže byť aj krájanie jedla na malé, zvládnuteľné porcie. Najlepšie je vyhnúť sa preplneniu pohárov, najmä horúcimi tekutinami, aby ste predišli rozliatiu a prípadnému obareniu úst a pier. Hladinu kvapaliny je vždy potrebné popísať pacientovi. Pri studených tekutinách to možno dosiahnuť tak, že pacientovi umožníte cítiť hladinu tekutiny umiestnením ukazováka priamo do pohára. Hygiena je dôležitá, pokiaľ ide o jedlo. Vybavenie na umývanie rúk by malo byť zabezpečené pred jedlom aj po jedle, pretože mnohí pacienti budú musieť svoje jedlo „cítiť“.

Sú poruchy zraku u starších ľudí spojené s pádmi, ktoré často vedú k zlomeninám, dislokáciám a tržným ranám. S poruchou zraku súvisí aj obmedzená pohyblivosť a ťažkosti pri vykonávaní životných aktivít. Pacient so zrakovým postihnutím nepochybne zažíva určitý stupeň dezorientácie v dôsledku umiestnenia do cudzieho prostredia nemocnice. Sprevádzanie pacienta po novom prostredí podľa potreby pomôže podporovať určitú orientáciu a vzbudzovať pocit bezpečia. Pacienta treba vždy citlivo spýtať, či je potrebná pomoc, a potom mu dovoliť vziať sestru za rameno alebo ruku. Sestra by mala ísť o krok vpred, dávať vhodné pokyny a varovať pred všetkými hroziacimi prekážkami na trase. Keď sa sestra blíži k dverám, mala by stáť na rovnakej strane ako kľučka dverí, otvoriť dvere, prejsť a podať kľučku pacientovi, ktorý má potom kontrolu nad zatváraním dverí. Pri vyjednávaní v úzkom priestore by mala byť ruka sestry umiestnená za jeho chrbtom a pacient by mal ísť za sestrou. Keď sa blíži ku schodom, sestra by mala byť o krok pred pacientom a dávať pokyny, či má ísť hore alebo dole. Sestra zariaďuje bezpečnostné opatrenia ako je dobré osvetlenie, umiestnenie skrinky pri posteli na stranu, ktorá je pre konkrétneho pacienta najvhodnejšia, a zabezpečenie zvončeku - ľahko dostupný. Existujú dôkazy, že dobre informovaní jedinci majú menej úzkosti a depresie a sú schopní lepšie zvládať svoje zdravie a liečbu ako tí, ktorí informovaní nie sú. Prvé stretnutie s pacientom so zrakovým postihnutím je dôležité, pretože prvý dojem ovplyvní očakávanie pacienta. Súcitný a empatický prístup je preto kľúčový pri napĺňaní očakávaní pacienta a pri vytváraní vzťahu starostlivosti založeného na vzájomnej dôvere. Niektorí starší pacienti so zrakovým postihnutím majú aj poruchy sluchu a pohybové problémy. V starostlivosti o nich je nevyhnutná trpezlivosť a dobré schopnosti počúvať. Prijímanie a prepúšťanie zrakovo postihnutého človeka môže trvať oveľa dlhšie ako u človeka vidiaceho. Pri absencii zraku je ďalším najdôležitejším zmyslom dotyk. Pri približovaní sa k pacientovi by sa teda sestry mali predstaviť srdečným, pokojným a ústretovým pozdravom.

Loveridge (2000) tvrdí, že dotyk môže pomôcť pri rozvíjaní terapeutického vzťahu. Keď sa pokúšate orientovať pacientov do ich nového prostredia, je užitočné ukázať im usporiadanie oddelenia alebo jednotky tým, že im umožníte „cítiť“ cestu do priestorov, ako je kúpeľňa, toaleta a spoločenská miestnosť. To znamená umiestniť ich ruky do kontaktu s fyzickými štruktúrami prostredia; napríklad stena alebo kus nábytku. Pomôže to nielen ich orientácii, ale aj rovnováhe. Ešte dôležitejšie je, že pomáha podporovať určitú nezávislosť, čo prispieva k podpore sebadôvery a udržiavaniu sebaúcty. Podobne, predstavenie pacienta bezprostredným susedom vytvorí sociálnu orientáciu a prijatie. Keď sa sestra priblíži k pacientovi, aby sa s ním porozprávala, je dôležité hovoriť normálnym tónom hlasu, pretože to nie je ohrozujúce. Často existuje tendencia hovoriť nahlas len preto, že pacient má náhodou poruchu zraku. Keď je potrebné vykonať procedúru pri lôžku, sestra by mala vopred upozorniť na blížiacu sa osobu tým, že začne hovoriť skôr, ako sa dostane k lôžku, aby pacienta nevyľakala. Podobne aj verbálna indikácia pri odchode z postele minimalizuje rozpaky z toho, že pacient pokračuje v rozhovore v neprítomnosti sestry. Preto je veľmi s dôležité oznámiť pacientovi odchod z miestnosti. Niektorí pacienti majú pocit, že ich zrakové postihnutie ohrozuje ich identitu, pretože museli urobiť množstvo psychologických, emocionálnych a intelektuálnych úprav straty zraku. Pomôcť im znovu získať určitú kontrolu nad ich stavom alebo základným systémovým ochorením, ktoré ho spôsobuje, môže byť spôsob, ako pomôcť obnoviť ich sebaúctu a sebadôveru (Lopúchová, 2015).

Boj s progresívnou stratou zraku znamená, že si musíte viac uvedomovať seba samého a vedieť viac o vytváraní prijateľného životného štýlu. Poskytnutie informácií týmto pacientom o pomôckach pre slabozrakých, ako sú hovoriace knihy, materiály na čítanie s veľkým písmom, malé ručné lupy a teleskopické zariadenia, môže uľahčiť ich adaptáciu na stratu zraku. Podobne, pomoc pacientom obnoviť všeobecné sociálne aktivity a zručnosti, koníčky a cestovanie môže uľahčiť udržiavanie rodinného a rovesníckeho kontaktu. To často pomáha predchádzať nástupu depresie, čo je dobre zdokumentovaný psychosociálny dôsledok poškodenia zraku. Nedávna strata zraku je skutočne jedným z faktorov, ktorý súvisí s ťažkosťami pri vykonávaní každodenných činností, zníženým pocitom pohody a depresiou.

Zrakové postihnutie môže viesť k strate postavenia, zodpovednosti a pocitu úspechu. To môže často narušiť úlohy a vytvoriť ekonomické požiadavky a stres v rodine pacienta. Potreba neustáleho osobného rastu a sebarealizácie sa preto stáva významnou. Sestra môže pomôcť tým, že povzbudí pacienta, aby vnímal akékoľvek potenciálne problémy spôsobené zrakovým postihnutím ako výzvy a situácie, ktoré si vyžadujú riešenia, a nie ako neprekonateľné problémy. Napr. pacienti so slabým zrakom, ktorí radi čítajú alebo potrebujú pokračovať v

čítaní v rámci svojej práce alebo štúdia, by mohli byť informovaní, že vizuálne čítanie môže byť doplnené zariadeniami na výstup reči, ako sú hovorené počítačové programy a knihy na audiokazetách (Mamojka, 2011). Okrem toho poskytovanie informácií rodine o funkčných dôsledkoch zrakového postihnutia zvýši pochopenie správania a pocitov člena rodiny so stratou zraku. To uľahčí neustály osobný rast jednotlivca a je základom pre realizáciu jeho potenciálu. Napĺňanie individuálnych potrieb prostredníctvom efektívne riadenej starostlivosti môže pomôcť zmeniť pacientov so zrakovým postihnutím. Na dosiahnutie tohto cieľa je dôležitá efektívna komunikácia (Lopúchová, 2008).

3.5 ETICKÉ ASPEKTY A DILEMATICKÉ SITUÁCIE V KOMUNIKÁCI S MENTÁLNYM CHORÝM

Mentálne postihnutie je stav celkového zníženia intelektových schopností, pod priemer, ktorý nastal v určitom období vývinu a je sprevádzaný jednou alebo viacerými poruchami v oblasti zrenia, učenia, sociálnej prispôsobivosti. Zjednodušene povedané, ľudia s mentálnym postihnutím nie sú chorí, majú „len“ ťažkosti s učením – učia sa pomalšie, oneskorene a naučené informácie nevedia dobre využiť v bežných životných situáciách. Ale tak ako sa my tzv. nepostihnutí líšime v schopnostiach, vedomostiach a zručnostiach, tak isto sa líšia aj ľudia s mentálnym postihnutím medzi sebou – sú medzi nimi veľmi ťažko postihnutí odkázaní na celoživotnú opateru, ako aj takí, ktorí po dostatočnom zácviaku môžu bývať, pracovať a existovať relatívne samostatne (Kusá, 2010).

Väčšina ľudí s mentálnym postihnutím má v komunikácii problémy. Nejde len o rozprávanie. Je tu tiež mimika, gestikulácia. Je veľa dôvodov, prečo majú ľudia s mentálnym postihnutím problémy v komunikácii a ich problémy sú rôzne. Niektorí sa dokonca nenaučili rozprávať a ani toho nebudú schopní. Pri komunikácii využívajú niektorú z foriem uľahčovanej komunikácie (napr. piktogramy, zjednodušenú znakovú reč, čítacie knihy a pod.). Ľudia s mentálnym postihnutím majú nedostatočné spracovávanie veľkého množstva informácií podávaných v krátkom čase a udržanie pozornosti počas komunikačného aktu. Poznanie limitov postihnutých nám napomáha pri hľadaní efektívnejších ciest v komunikácii s nimi. V dôsledku obmedzených kognitívnych schopností a narušeného procesu pamäte – poskytujeme ľuďom s mentálnym postihnutím len obmedzené množstvo informácií súčasne. Ľudia s mentálnym postihnutím majú slabú krátkodobú pamäť, ktorej úloha spočíva v priebežnom uchovávaní informácií. Preto je žiaduce podávať im informácie v malých, ucelených častiach. Napr.

upozornenie, že nemá behať po chodbe je efektívnejšie vyjadriť v podobe „Po chodbe sa kráča.“ než „Ak budeš po chodbe behať, môžeš sa pošmyknúť a spadnúť. Kráčaj!“ Neustále rozvíjajte ich komunikačné zručnosti. Nikdy nie je neskoro na zmenu, aj keby mala byť len nepatrná. Stále sa snažte rozvíjať ich komunikačné zručnosti – opakovane zdôrazňujte, že pri komunikácii sa treba pozerať na toho, s kým sa rozprávame; na otázky treba odpovedať, tzn. nemožno len tak zmeniť tému rozhovoru; je slušné rozprávať aj na témy, ktoré zaujímajú aj iných; rozvíjajte ich slovnú zásobu správnym pomenovaním skutočností a pod. Ľudia s mentálnym postihnutím majú horšiu predstavivosť a abstraktné myslenie – vyhýbajte sa preto používaniu abstraktných výrazov a akronymov, hovorte konkrétne.

Základné pravidlá komunikácie s mentálne postihnutým človekom:

- Uistite sa, že sa človek s mentálnym postihnutím na vás sústreďí – oslovte ho/ ju menom, trvajte na očnom kontakte.
- Môže sa stať, že niekedy v dôsledku ťažkého stupňa postihnutia pochybujete o tom, či je dotyčná osoba schopná komunikovať. Bez ohľadu na to, či sa dozviete ako to naozaj je, pristupujte k danej osobe s rešpektom a s vierou, že tomu tak je.
- Používajte primeraný slovník (jednoduché a jasné slová, krátke a zrozumiteľné vety) a primeraný tón.
- Dajte človeku s mentálnym postihnutím dostatočne dlhý čas na odpoveď, resp. reakciu.
- Overte si, či vám skutočne rozumie, pričom otázka „Rozumieš mi?“ nestačí.
- Buďte v komunikácii čestný a priznajte, keď nechápete, nepredstierajte, že rozumiete, keď tomu tak nie je (stačí povedať: „Prepáč, nerozumiem ti. Zopakuj mi, prosím, čo si povedal.“)
- Zapojte aj alternatívne komunikačné stratégie (ukazovanie obrázkov, znakov a pod.). (Kusá, 2010).

S narastajúcim úsilím o integráciu ľudí s mentálnym postihnutím sa ukázalo, že aj títo ľudia sú schopní sa rozvíjať, veľa sa naučiť a dosiahnuť relatívne uspokojivú úroveň samostatnosti. Ak sa zvolí správny terapeutický postup, psychoterapia je pre týchto ľudí viac než prospešná. U detí môže vstup do rovesníckej skupiny posilniť sebadôveru a fungovanie v spoločnosti. Otázkou je, ktoré psychoterapeutické postupy môžeme považovať za vhodné pre ľudí s mentálnym postihnutím a aké úpravy sú potrebné na dosiahnutie správnej psychoterapie. Vo všeobecnosti je mentálne postihnutie trvalý stav, ktorý sa nedá vyliečiť. Rôzne terapeutické metódy slúžia na podporu prijateľného rozvoja jedincov so zdravotným postihnutím a na prispôbenie prostredia, v ktorom ľudia s mentálnym postihnutím žijú a ktoré ich obklopuje

(Hanuš, 2000). Pri liečbe a starostlivosti o mentálne postihnutých je veľmi dôležitým bodom práce s rodinou postihnutého. Situácia je pre rodičov, ale aj súrodencov stresujúca a mnohokrát práve potrebovali pomoc než postihnutého jedinec, aby sa vyrovnali s touto situáciou, ktorá je pre nich v začiatkoch neľahká a vyžaduje si podporu okolia. Na tieto účely slúži rodinná psychoterapia, ktorá sa stala účinnou a nenahraditeľnou pri práci s rodinnými príslušníkmi mentálne postihnutého. Veľmi osvedčenými sa stali svoj pomocné skupiny rodičov, ktorých deti majú mentálne postihnutie. Ich terapeutický účinok spočíva v poskytnutí opory, navodenia pocitu pochopenia. Rodičia v spojení s pomocou zdieľajú podobné pocity, veľakrát sú im nápomocní pri výmene skúseností (Vágnerová, 2008). U osôb s ľahším mentálnym postihnutím zahŕňa hlavne podporu starostlivosti o seba a dosiahnutie samostatnosti. K pacientom treba pristupovať empaticky, budovať si vzájomnú dôveru a poskytnúť mu časový priestor na porozumenie. Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti sa sestra snaží zistiť vplyv ochorenia, poruchy emócií a motoriky, ktoré pôsobia na pacienta. V jemnej či hrubej motorike sú pacienti menej šikovní, taktiež aj koordinujú, v dôsledku narušenia pohybu, kde aj hlavné veci ako napr. viazanie šnúrok, môže byť problém. Ošetrovateľská starostlivosť by mala obsahovať rehabilitáciu u imobilných pacientov a tiež ich aktivizovať, ale aj pacientov s ľahším postihnutím k aktivitám v ich voľných chvíľach (Petr, Marková, 2014). Pacient je zvyknutý na denný systém usporiadania činnosti, ktorý je prispôbený jeho potrebám. Napomáha pacientom k adaptácii v prostredí. Pri jednom kontakte s pacientom sestra rešpektuje úctu k pacientom a ochraňuje jeho zdravie (Marková, Babiaková, Venglářová, 2006).

3.6 ETICKÉ ASPEKTY A DILEMATICKÉ SITUÁCIE V KOMUNIKÁCIÍ SO ZOMIERAJÚCIM PACIENTOM V TERMINÁLNO M ŠTÁDIU

V starostlivosti o terminálne chorého človeka je veľmi dôležité, aby zdravotnícky personál zvládol nielen techniku, ale hlavne etiku starostlivosti o zomierajúceho pacienta. Dôraz sa kladie hlavne na ich osobnostné vybavenie ako sú charakter, empatia, zodpovednosť, ochota vzdelávať sa, trpezlivosť, ochota pracovať na sebe (Gulášová, 2012). Medzi hlavné zásady, ktoré by sestra mala v komunikácii s umierajúcim pacientom dodržať zaraďujeme aktívne počúvanie, otvorenú komunikáciu, podávanie pravdivých informácií, avšak len vtedy, ak si chorý tieto informácie vyžaduje. Sestra by mala adekvátne reagovať na strach pacienta a jeho rodiny, neoberať ho o vieru v nádej na zlepšenie stavu a akceptovať pacienta a jeho rodinu pri rozhovore v takom časovom rozmedzí, ako si to vyžaduje. Základom pri oznamovaní diagnózy je vzťah medzi lekárom a pacientom, ktorý stojí veľa úsilia a sily, a ktorého neodlúčiteľnou súčasťou je kvalitná vzájomná komunikácia. Spôsob podania by mal korešpondovať s jeho

telesným, mentálnym a emočným stavom a informácie musia nadväzovať na to, čo už vie. Je dôležité ponechať pacientovi priestor na jeho reakcie a prejavíť mu porozumenie a podporu aj v prípade, že si neželá informácie o svojom zdravotnom stave (Andrášiová, 2016). Oznámenie diagnózy prebieha osobne, nikdy nie po telefóne. Je potrebné vybrať vhodné prostredie, minimalizovať rušivé vplyvy, vyhradiť si dostatok času, a zvoliť vhodnú stratégiu rozhovoru s ohľadom na osobnosť pacienta. Informácie majú byť podané zrozumiteľne, presne, nie v odbornej terminológii. Dôležité je ponechať pacientovi čas na otázky, priestor na jeho reakciu a poskytnutie informácií o ďalších postupoch liečby (Vymětal, 1994). Informácie o zlej prognóze by mali byť komunikované s rešpektom k individuálnym schopnostiam pacienta a príbuzných (Dobříková, 2017). Je dôležitá dostatočná príprava rozhovoru. Lekár musí vopred zistiť, či chce byť pacient informovaný do detailov, a do akej miery je pripravený informáciu prijať (Andrášiová, 2016). V minulosti sa používala stratégia „pia fraus“ alebo stratégia „pravdy po kvapkách“. Je dôležité nedávať falošnú nádej, pretože to pacienti vycítia a prestanú dôverovať lekárovi ako aj liečbe (Vasil'ková, 2021). Sestra si porozumenie informácií u pacienta overuje pomocou priebežných, otvorených otázok, aby sa uistila že si ich pacient správne zapamätá a bude ich vedieť správne interpretovať (Andrášiová, 2016). Pri rozhovore je nevyhnutné aktívne počúvať pacienta, vyhnúť sa rozptyľovaniu počas rozhovoru, prerušovaniu hovoriaceho, skákaniu do rečí. Aktívne počúvanie je doplnené aj o neverbálne prejavy ako sú očný kontakt, úsmev, mimika, haptika, gestika, posturika. Neodlučiteľnou súčasťou komunikácie je empatia, ktorou môžeme pomôcť pacientovi objaviť jeho hodnotu a spoznať lásku Boha i človeka (Cehuľová, 2010).

Elisabeth Kuebler – Rossová publikovala teóriu o štádiách zomierania, ktoré pomáhajú lepšie porozumieť umierajúcim, a rozdelila ich do 5 fáz. V prvej fáze pacient popiera, spochybňuje klinické nálezy, diagnózu a odmieta diagnostické úkony a liečebné opatrenia s tým, že ich nepotrebuje. V druhej fáze pacient cíti hnev, vzburu. Pýta sa prečo práve on musí byť chorý. Dostáva sa do konfliktu s rodinou a ošetrojúcim personálom následkom svojich výbuchov hnevu. Tieto výbuchy sú vlastne volaním o pomoc, ktoré vyvierajú z bezmocnosti a odkázanosti na smrť, čo si vyžaduje hlboké pochopenie zo strany okolia. V tretej fáze začína vyjednávať. Jeho správanie sa mení, začína vyjednávať s Bohom. Stanovuje si ciele, ktorých sa chce dožiť, vyhľadáva nové liečebné stratégie, liečebné postupy v iných zariadeniach aby dosiahol odklad neodvratného. Štvrtá fáza sa prejavuje depresiou a zúfalstvom. Pacient stráca fyzické sily a uvedomuje si, že je nevyliciteľne chorý. Vzdáva sa nereálnych nádejí a žiada o „vyslobodzujúcu“ injekciu, ktorá by mu skrátila čakanie na smrť alebo sa pokúša o samovraždu. Je veľmi dôležité rozpoznať depresívny stav a pomôcť mu sa vyrovnáť

s osudom. Akceptácia a prijatie je poslednou fázou. Pacient sa zaujíma o okolie, vyjadruje svoje prania. Emočná bolesť, ktorú doteraz pociťoval mizne a objavuje sa nová nádej v zmysel prežitého utrpenia. Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta v terminálnom štádiu je pre sestru veľmi náročná hlavne po psychickej stránke. Je veľmi dôležité, aby bola sestra zmierená najprv so svojou vlastnou smrteľnosťou, aby následne dokázala sprevádzať iných (Gulášová et al, 2012).

Úlohou lekára je informovať terminálne chorého pacienta o potrebe ukončenia kuratívnej liečby a o dôležitosti prechodu na paliatívnu liečbu. Lekár musí byť pripravený viesť najťažšiu komunikáciu v jeho živote - komunikáciu so zomierajúcim (Bencová, 2016). Vo viacerých štúdiách boli opísané problémy so začatím takejto komunikácie. Lekári opísali strach z emócií pacientov a strach z oznamovania zlých správ (Friedrichsen et al, 2000). Zomierajúci majú strach z telesného utrpenia, osamelosti, poníženia, straty dôstojnosti (Bencová, 2016). S rodinou umierajúceho musíme hovoriť citlivo, empaticky, s porozumením a pochopením. Musíme ich vypočuť, nechať vyplakať a vyjadriť uznanie za zvládanie takejto ťažkej situácie (Ďurmeková, 2010). Práca ošetrovateľského tímu, ktorý sa stará o zomierajúcich je veľmi náročná. Sestry poskytujú pacientom okrem odbornej pomoci útechu, povzbudenie a nádej a stoja pri nich do poslednej chvíle. Je veľmi dôležité pristupovať k pacientom empaticky, dodržiavať správne zásady komunikácie s umierajúcim pacientom a prejavovať skutočné porozumenie a podporu pri procese zmierovania sa s ochorením.

3.7 ETICKÉ ASPEKTY A DILEMATICKÉ SITUÁCIE V KOMUNIKÁCI SO SENIORMI – ZDRAVÝMI, CHORÝMI – DEMENCIA, ALZHEIMEROVA CHOROBA

Komunikácia so seniormi musí prebiehať pokojne, nenáhľivo a v povzbudivom prostredí. Základom efektívnej ošetrovateľskej starostlivosti je správna komunikácia, ktorá musí byť vecná a zrozumiteľná. „Väčšina pacientov so syndrómom demencie sú seniori (často starší 85 rokov) trpiaci poruchami zmyslových orgánov, typická je neschopnosť porozumieť hovorenej reči v rušnom prostredí a znížená sluchová citlivosť pre vysoké tóny“ (Petr, Marková et al., 2014, s.191). V komunikácii dbáme na dodržiavanie očnému kontaktu, používame krátke vety, vyhýbame sa odborným pojmom a rešpektujeme tempo pacienta.

Okrem verbálnej komunikácie je dôležitá aj neverbálna komunikácia. Charakteristickým znakom starnutia je postupné utváranie komunikačných bariér. Signály neverbálnej komunikácie, v porovnaní s tým, čo človek hovorí, sa považujú za pravdivejšie. Preto by sme

si mali všimáť všetko, čo sprevádza verbálnu zložku komunikácie, a to gestá, mimiku, pohyby tela i fyzický vzhľad. Pri verbálnej komunikácii by sa nemalo zabúdať na význam ticha a vždy ponechať seniorovi dostatok času na odpoveď.

Štandardné zásady komunikácie so seniormi :

- hovoriť zrozumiteľne a pomalšie, dostatočne artikulovať;
- komunikovať s kľudom a hovoriť nahlas, ale nekričať;
- dať pacientovi priestor na spätnú väzbu a opakovať, ak pacient nerozumie;
- dôležité informácie pacientovi čitateľne zapísať odpovedajúcou veľkosťou písma;
- nevnučovať svoj názor, ale využívať vhodnú argumentáciu a logické formulácie podporujúce náš názor a postoj;
- byť trpezlivý a načúvať (Ondriová, 2020).

Zásadná podmienka v komunikácii s dementným pacientom je kľudné, príjemné prostredie bez rušivých faktorov okolia a dostatok času. Metódy komunikácie je treba prispôbiť zmenenej schopnosti pacienta prijímať a spracovávať informácie. Dôležité je posilňovať schopnosti, ktoré pacientovi ešte zostali zachované a nesnažiť sa naučiť ho niečo nové, čo je už nenávratne stratené (Holmerová et al., 2005). Čím nižšie sú kognitívne schopnosti človeka, tým viac sú zapojené emócie, preto sa pri komunikácii musíme zameriavať práve na emočné prežívanie. Vhodné je vychádzať z techník validačnej terapie, prostredníctvom ktorej získavajú dezorientovaní ľudia empatický aktívny posluš, neodsudzovanie, ale akceptovanie ich hľadiska reality. Významnú úlohu pritom hrajú prvky neverbálnej komunikácie, ako je úsmev, očný kontakt, primeraná gestikulácia, nižší tón hlasu a dotyk. V prípade nežiadúcich foriem chovania, akými sú negativizmus, agitovanosť, impulzivita až agresivita, sa používa krízová komunikácia, pri nej je treba brať ohľad najmä na bezpečnosť všetkých zúčastnených, jednať rýchle, jednotne, sústrediac sa na pacienta, jeho prežívanie, dať mu najavo, že akceptujeme jeho emočné rozpoloženie i odpovedajúce fyzické prejavy. Narušenie komunikácie, ktoré môže viesť až k agresívnemu chovaniu, býva spôsobené i senzorickými poruchami pacienta. Používanie pomôcok či technických prostriedkov – naslúchadlo alebo korekcia poškodenia zraku – komunikáciu s chorým výrazne zlepšuje (Ondriašová, 2007).

Je vhodné prihliadnuť k pacientovým problémom s pochopením, dôležité informácie niekoľkokrát zopakovať bez nervozity a snažiť sa podstatu veci vyjadriť čo najjednoduchšie, využiť možnosť ukázať na veci, o ktorých sa hovorí a tiež používať otázky s možnosťou odpovede áno/nie (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2007). Nevhodné prejavy prehliadame,

vulgarizmy pacienta nekomentujeme. Všetkými spôsobmi sa snažíme zachovať dôstojnosť človeka (Venglářová, 2007).

V pokročilých štádiách onemocnenia sa s týmito pacientami verbálne navzájom nedohovoríme a neporozumieme si. Chorý často nerozumie potrebe starostlivosti ani jej slovnému zdôvodneniu, preto je treba klásť dôraz na neverbálny spôsob komunikácie, ktorý je u pacienta s demenciou zachovaný dlhšie (Ondriášová, 2007). Mimika, gestá, pohladenie, objatie sa stávajú pre týchto pacientov nesmierne dôležitými a sú na to extrémne vnímaví (Novotná, Magurová, Balková, 2008).

Profesionálni opatrovatelia v rozhovoroch so seniormi bežne využívajú rečové vzorce, ktoré zahŕňajú prílišné zjednodušenie, nadmerné objasňovanie situácie, ponížujúci tón, povrchnosť komunikácie či detskú reč (baby talk). Často nevedomky tak používame elderspeak alebo štýl reči a komunikácie, ktorá zlyháva a nevedie k dosiahnutiu cieľov podpory pacienta a má kôr negatívny efekt.

Pri komunikácii s dementným pacientom je nevyhnutné vedieť, ako sa taký pacient správa, ako môžeme určiť stupeň postihnutia jeho psychických funkcií, ako s takým pacientom komunikovať. Chorý musí vynaložiť oveľa viac úsilia, keď má druhým jasne vysvetliť, čo cíti alebo potrebuje. Zároveň musí vyvíjať stále väčšie úsilie, aby pochopil, čo sa mu iní ľudia snažia objasniť. Je dôležité sa so seniorom s demenciou naučiť komunikovať – pokojne, jemne, pomaly, vecne, s uvoľneným správaním, ktoré sa tak bude prenášať aj na pacienta. Hovoriť je potrebné pozitívne, vyhýbať sa hrubým výrazom či príkazom, snažiť sa neskákať chorému do reči a nedokončovať za neho vety. To môže byť pre neho ponížujúce. Je dôležité dať mu čas na vyjadrenie, získavať spätnú väzbu a hľadať reakcie vo výrazoch tela a tváre. Postupujúcou progresiou ochorenia klesá schopnosť postihnutého komunikovať a prichádza k rôznym nedorozumeniam. Pacient býva rozčúlený či podráždený, pretože nerozumie všetkému, čo sa od neho vyžaduje. Môže byť frustrovaný aj tým, že nie je schopný vyjadriť svoje myšlienky tak, aby mu ostatní rozumeli. Niektorí chorí môžu opakovať stále dookola rovnaké zvuky či vety, alebo vkladajú do viet nevhodné slová. Je niekedy ťažké odhadnúť, ako ďaleko je chorý človek schopný ešte chápať, to však neznamená, že nerozumie našim upokojujúcim slovám, ak na naše slová nereaguje. Môže rozpoznať postoje alebo pohyby. Je potrebné hľadať iné spôsoby dorozumievania, a to s využitím všetkých zmyslov (Ondriová, 2019). K dôležitým etickým otázkam patrí zbavení svojprávnosti u pacientov s poruchami kognitívnych funkcií predovšetkým v ústavnom zariadení (Poledníková, 2013).

Pre etické poskytovanie zdravotnej starostlivosti seniorm sú rovnosť pri diagnostike a liečbe, dostupnosť odbornej starostlivosti, zabezpečiť autonómnosť seniora, právo na dôstojnú smrť.

Ciele pomáhajú dosiahnuť zásady prístupu k seniorovi pri liečbe, ktoré by mali zdravotnícki pracovníci dodržiavať. K všeobecným zásadám patrí:

- starostlivosť o seniora/geriatrického pacienta povýšiť na prvoradý záujem;
- jednať zdvorilo a ohľaduplne;
- rešpektovať dôstojnosť a súkromie;
- počúvať seniora/geriatrického pacienta a rešpektovať jeho názory;
- poskytnúť informácie v zrozumiteľnej forme;
- rešpektovať právo spolurozhodovať o liečbe;
- zvyšovať svoje profesionálne vedomosti a schopnosti;
- trvať na tom, aby predsudky neovplyvnili zdravotnú starostlivosť;
- vyvarovať sa zneužitiu pozície zdravotníka;
- pracovať v prospech seniora/geriatrického pacienta (Krajčík, 2014).

U seniorov je dôležité správne posúdenie stupňa schopnosti alebo neschopnosti v rozhodovaní. Pacient by mal pochopiť, rozlíšiť, zvážiť všetky možné alternatívy, mať primeranú úroveň prijímať informácie, slobodne sa rozhodnúť bez vonkajšieho nátlaku alebo prinútenia. Má právo na rozhodnutie o budúcej starostlivosti (Kutnohorská, 2007).

Rešpektovanie prania pacienta. Právo na informácie a primeraný prístup, vysvetlenie priebehu intervencii, informovať o právach a povinnostiach počas hospitalizácie. V praxi sa však stretávame s tým, že senior nemôže zasahovať do procesu liečby, nie je dostatočne informovaný. Problémom je aj akceptovanie rozhodnutia pacienta v paliatívnej starostlivosti. Lekár musí byť pripravený počúvať a pacient rozprávať o svojich pocitoch, túžbach dôvodoch svojho rozhodnutia. Na druhej strane, pacient by sa mal mať možnosť zamyslieť sa nad tým, či jeho rozhodnutia v terminálnom štádiu sú kompatibilné s jeho životným postojom, alebo či sú jeho rozhodnutia ovplyvňované strachom a teda ich možno nazvať neautentickými - tu mu môže byť nápomocná rodina, blízki ľudia (Podgorica, 2020). Môžeme teda povedať, že starnutie a staroba je skutočnosť, ktorá sa dotýka nielen samotného človeka, ale zároveň ovplyvňuje aj jeho okolie, predovšetkým však rodinu. V súčasnej postmodernej dobe sa stretávame so situáciami, kedy sa menia tradičné hodnoty a postoje rodiny najmä vo vzťahu k starým rodičom a starostlivosti o nich (Gallová, 2011).

Komunikačné bariéry, chyby a zlovyky možno cielene odstraňovať. Nie sú nevyhnutným zlom. Vždy sa môžeme pokúsiť minimalizovať ich a redukovať. Pri rozhovore je potrebné uvedomiť si tieto chyby a zlovyky a zvoliť vhodnejšiu formu komunikácie. Nie je cesta k starému človeku vždy jednoduchá a ťažko sa buduje. Avšak na konci tejto cesty je vzájomná

spokojnosť a veľká úľava od možných nedorozumení. S pribúdajúcim vekom rastie aj cena času (Ondriová, 2020).

3.8 ETICKÉ ASPEKTY A DILEMATICKÉ SITUÁCIE V KOMUNIKÁCIÍ NA LINKE TIESŇOVÉHO VOLANIA (OS ZZS)

Operačné stredisko záchranej zdravotnej služby zriaďuje Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej OS ZZS SR) v rámci zásahového územia a je povinné plniť úlohy vyplývajúce zo zákonov:

- zabezpečuje príjem tiesňového volania na linke tiesňového volania záchranej zdravotnej služby 155;
- riadi, koordinuje a vyhodnocuje činnosť záchranej zdravotnej služby tak, aby sa zabezpečila jej plynulosť a nepretržitosť;

V zmysle zákona č. 414/2002 Z.z. o hospodárskej mobilizácii vykonáva činnosť subjektu hospodárskej mobilizácie, ktorá je nezastupiteľná pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti obyvateľstvu, príslušníkom ozbrojených síl SR, príslušníkom ozbrojených bezpečnostných zborov a ostatných zložiek v krízovej situácii štátu (Zákon NR SR č. 579/2004 Z.z. o záchranej zdravotnej službe).

Operačné stredisko záchranej zdravotnej služby (OS ZZS) prevádzkuje linku tiesňového volania 155, ktorá je kontaktným miestom pre príjem tiesňového volania, k získaniu a vyhodnoteniu dostupných informácií a na ich základe stanovenia naliehavosti udalosti a potrebného typu zásahovej skupiny, je miestom, z ktorého je zabezpečené operačné riadenie síl a prostriedkov, čiže vysielanie a koordinácia činnosti zásahových skupín ako vzájomne, tak aj s ostatnými zasahujúcimi zložkami a zdravotníckymi zariadeniami, je miestom poskytujúcim informačnú podporu, odborné informácie a inštrukcie, ako zasahujúcim zložkám, tak aj riadiacim štruktúram a verejnosti (Franěk, 2010). Zmena organizácie linky 155 v rámci vybudovania Integrovaného záchranného systému priniesla so sebou zavádzanie jednotných postupov operátorov ZZS v riadení a koordinácii, príjem tiesňového volania na linke 155 na krajskej úrovni, podporila rozvoj nových informačných a komunikačných technológií. Benefitom tejto zmeny v oblasti ZZS by mal byť spokojnejší pacient (Takáčová, 2012).

Operačné stredisko ZZS SR sa stalo centrálnym a jediným prvkom operatívneho riadenia prevádzky záchranej zdravotnej služby. Zároveň je režimovým pracoviskom, s upraveným vstupom a pohybom osôb. Dôvodom týchto obmedzení sú bezpečnostné dôvody na strane jednej a sústredená práca operátorov bez akýchkoľvek rušivých momentov na strane druhej. Operačné stredisko ZZS má 8 krajských operačných stredísk, sídliacich v každom krajskom meste (Franěk, 2007).

Operátor ZZS je zdravotnícky pracovník podľa zákona č. 578 / 2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve vykonávajúci zdravotnícke povolanie pri zabezpečovaní záchranej zdravotnej služby podľa § 3 ods. 1 písm. b) zákona č. 578 / 2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve.

Komunikácii na tiesňovej linke sa operátori učia počas celého svojho pôsobenia v tomto povolaní. Dobre zvládnutá komunikácia je základom úspešnej interakcie. Umožňuje si porozumieť s ostatnými, zdravo presadiť svoj názor a chrániť sa pred verbálnou agresiou, najmä jej socializovanou formou (Guľašová, 2014).

Pri svojej dennodennej práci sa operátor na linke tiesňového volania stretáva s pokusmi o manipuláciu zo strany volajúceho, čo dokonca verbálnou agresiou. Tento komunikačný fenomén, ktorý je mnohokrát vyvolaný stresom volajúceho je nutné v tiesňovom hovore zvládnuť, najmä ak je identifikované počas hovoru reálne ohrozenie ľudského života, ktoré môže končiť smrťou. V osobnosti operátora ZZS zohráva dôležitú rolu rozhodovací proces a schopnosť rýchleho a správneho rozhodovania. Tiesňové volanie je v SR pre verejnosť zabezpečované niekoľkými linkami tiesňového volania. Linka tiesňového volania Integrovaného záchranného systému dostupná na skrátenom čísle 112 zároveň pod sebou združuje národné tiesňové čísla 155 (Záchranná zdravotná služba), 150 (Hasičský a záchranný zbor) a 158 (Policajný zbor SR). Volania na tiesňovej linke ZZS prechádzajú tromi fázami - príjem volania, spracovanie volania a realizácia odozvy na volanie. Podľa Franěka (2010) má spracovanie tiesňových volaní v zásade dve fázy:

- príjem (call- taking) - činnosť súvisiaca s komunikáciou s volajúcim, ktoré zabezpečuje call – talker;
- operačné riadenie - riadenie a koordinácia zásahových skupín ZZS, ktorú zabezpečuje dispečer.

Pri prichádzajúcom volaní na tiesňovej linke ZZS je automaticky volajúcemu prehrávaná hláska s identifikáciou organizácie. V niektorých prípadoch však môže prichádzať k nekompletnému

prehrávaníu hlásky a je potrebné volajúcemu organizáciu v úvode príjmu volania predstaviť (Metodické usmernenie č. 2 „Príjem tiesňového volania“).

Príjem volania na tiesňovej linke ZZS je podmienený zistením základných informácií o dôvode volania na tiesňovú linku ZZS. Operátor ZZS pri prijíme volania zisťuje miesto udalosti, druh udalosti, komu sa udalosť stala a kedy k udalosti prišlo. Pri spracovaní tiesňového volania sa operátor ZZS zameriava na podrobné zhodnotenie aktuálneho zdravotného stavu postihnutej osoby, priradenie priority realizácie odozvy na tiesňové volanie a poskytovanie telefonicky asistovanej prvej pomoci. Základným atribútom presného spracovania hovoru je volajúceho vyzvať k spolupráci, avšak iba do takej miery, aby neohrozil svoje zdravie a život ako laický záchranca (Metodické usmernenie č. 3 „Spracovanie volania prichádzajúceho na tiesňovú linku ZZS“). V každom volaní, ktoré má charakter potreby poskytnutia zdravotnej starostlivosti je nevyhnutné, aby operátor ZZS aktívne získal informácie o zdravotnom stave osoby v intenciách prvotného a druhotného vyšetrenia osoby. Pri prvotnom vyšetrení zisťuje operátor ZZS stav základných životných funkcií. Pri druhotnom vyšetrení sa v podmienkach telefonického zisťovania vyšetrenia „od hlavy k päťam“ zameriava na stav fyziologických funkcií, ostatných prítomných symptómov a významné anamnestické údaje o pacientovi.

Základné etické požiadavky kladené na osobnosť zdravotníckeho operátora

- predpoklad psychického a somatického zdravia;
- odbornosť: predpoklad celoživotného vzdelávania sa;
- osobnostné predpoklady: vzťahy k práci, charizmatiké vlastnosti;
- prosociálnosť: radosť v kontakte s ľuďmi, mať rád ľudí;
- empatia: schopnosť vcítenia sa;
- kultúrna bezúhonnosť: vernosť tomu, čo robíme, veriť v česťnosť a spravodlivosť;
- ochrana osobných a dôverných informácií o zdravotnom stave;
- uvážlivé, náležité, poctivé konanie pri práci;
- rešpekt a dôstojnosť k volajúcemu;
- úcta k ľudskému životu.

Zdravotnícky operátor a volajúci – pacient:

- Vo vzťahu k pacientovi plní svoje profesionálne povinnosti.
- K pacientom sa správa korektné, s pochopením, s rešpektovaním intimity a trpezlivosťou a nezníži sa k hrubému alebo nemravnému konaniu.
- Nesmie napomáhať porušeniu cti a dôstojnosti človeka, alebo sa na ňom zúčastňovať. Je povinný oznámiť príslušným orgánom podozrenie z hrubého alebo krutého

zaobchádzania a týrania pacienta, a to najmä maloletej osoby a osoby zbavenej spôsobilosti na právne úkony.

- Je povinný v rozsahu svojich kompetencií zrozumiteľným spôsobom poučiť pacienta alebo zákonného zástupcu o charaktere ochorenia, poskytnúť asistovanú prvú pomoc.
- Nesmie zneužiť nijakým spôsobom dôveru a závislosť pacienta. Všetky informácie získané pri výkone povolania sú dôverné počas života pacienta, ako aj po jeho smrti.
- Každý operátor je povinne informovaný o etickom kódexe a má vykonávať svoju činnosť v súlade s ním.

Špecifiká etiky práce zdravotníckeho operátora

Špecifiká etiky sú dané povahou vykonávanej práce – asistovaná komunikácia na LTV (ďalej linka tiesňového volania). Špecifiká sa môžu v určitých bodoch dokonca aj odchyľovať od všeobecne uznávaných morálnych noriem.

Kým všeobecná morálka vyžaduje hovoriť pravdu, niekedy sa uznáva potreba šetrného prístupu vedúceho až k zamlčaniu, alebo dokonca k podaniu klamlivej informácie (pia fraus).

Podobne sa morálka stavia aj k dôvernosti, dôvera sa viaže k prísnej mlčanlivosti. V niektorých situáciách sa však uplatňujú relatívne samostatné pravidla profesionálnej morálky, a to v takej miere, ako to vyžaduje sám cieľ starostlivosti o zdravie. Zdravotnícky operátor každodenne prichádza do kontaktu s individuálnymi prípadmi volajúcich, ktorých riešenie neponúka norma, predpis, ale je potrebné vlastné rozhodnutie. Tu je priestor, kde sociálny cit, dodržiavanie etiky, schopnosť aktívneho počúvania býva veľmi dôležité. Pri rozhodovaní o správnosti svojho kroku musia byť pripravení spoľahnúť sa na svoj úsudok a „zdravý rozum“, pretože etický kódex nemôže opisovať každú situáciu, ktorá môže nastať.

Uvedomujú si: že to čo robia, je dôležité, ale nemenej dôležité je aj to, ako to robia. Ich pracovné aktivity sa priamo dotýkajú životov mnohých ľudí, zabezpečenie dôvery týchto ľudí je podmienené tým, že prácu vykonávajú korektným spôsobom. Na LTV často volajú ľudia vystresovaní, ktorí zdravotníckeho operátora informujú o naliehavej situácii, často nechápu, prečo sa ich zdravotnícky operátor toľko vypytuje a nepoše hneď sanitku. Nie každý však vie, že už počas hovoru ďalší kolega vysiela pomoc, pokiaľ sa zdravotnícky snaží získať čo najviac relevantných informácií o zdravotnom stave pacienta a poskytuje asistovanú zdravotnú pomoc. Keďže volajúceho nevidí, potrebuje, aby bol volajúci jeho očami, ušami, prípadne aj rukami. „Je dôležité, aby sa volajúci nechal operátorom viesť a počúval ho.“ Preto je žiaduce s osobou na opačnom konci telefonickej linky nadviazať správny kontakt. Je pochopiteľné, že volajúci sú pod veľkým stresom a očakávajú pomoc a pochopenie.

Pracovným nástrojom zdravotníckeho operátora LTV je slovo. Slovo, ktoré má silu liečiť, ale aj zabíjať. Etická rovina komunikácie má preto veľmi veľký význam.

Predpoklady etickej roviny komunikácie

Technika komunikácie: jasná artikulácia, dostatočne silný hlas, tón hlasu, priemerná až nadpriemerná slovná zásoba.

Aktívne počúvanie:

- napojiť sa na volajúceho - *...áno, bolí vás brucho, vraciate, ale skôr ako vám pomôžem, potrebujem zistiť vašu adresu, vaše meno,*
- neprerušovaná pozornosť (nepreskakujeme, neskáčeme do hovoru) ... *bolí vás hlava? , ako sa voláte?, boli ste na pohotovosti,, kde bývate?*
- akceptácia ...*váš krvný tlak je ozaj vysoký, je správne, že hľadáte zdravotnícku pomoc,*
- prejavovať záujem ...*prosím, povedzte mi, ako sa vám dýcha, ...užívate lieky?*
- získavať relevantné informácie o zdravotnom stave,
- overovať informácie ...*prosím, počúvajte ma a ja zopakujem to, čo ste mi povedal: bolí vás brucho, teplotu nemáte trikrát ste vracali, povedala som všetky vaše ťažkosti?*
- prejavit' empatiu ...*chápem vaše obavy, vaša bolesť je určite neprijemná..., neospravedlňujte sa, vaša reakcia je prirodzená, momentálne prežívate strach,*
- podporiť, povzbudiť ...*neobávajte sa, momentálny zdravotný stav sa vám upraví, ...vaše zdravotné ťažkosti sa určite zmiernia, musíte byť teraz statočný a robiť to, čo vám zdravotníci prikážu,*
- parafrázovanie ...*takže je vám zle, máte horúčku, vraciate, prosím povedzte mi, ako to vyzerá s vašim dýchaním?*
- uzemnenie ...*počujem, že prežívate veľký strach, ste rozrušená, bolo by dobré, aby ste si ľahla...*

Povinnosťou zdravotníckeho operátora by mal byť osobný záujem rozvíjať svoje komunikačné schopnosti, pracovať na odstraňovaní komunikačných neistôt, ktoré sú zákonitou súčasťou problémových situácií, a to absolvovaním tréningu rozvoja komunikačných zručností. Úskalie práce zdravotníckeho operátora predstavujú veľmi náročné hovory v zmysle problémových, neopodstatnených hovorov a chronicky volajúcich. Tento typ hovorov prácu zdravotníckych operátorov veľmi sťažujú, ale aj napriek týmto skutočnostiam podľa etického kódexu musia zachovávať etickú rovnu komunikácie na LTV. Na LTV v žiadnom prípade nie je akceptovaná slovná agresivita, pohrdanie, vyhrážky, ľahostajnosť, arogancia a nezáujem zo strany zdravotníckeho operátora (Dašková et al, 2013).

3.9 ETICKÉ ASPEKTY A DILEMATICKE SITUÁCIE V SO SOCIÁLNE PROBLEMATICKÝM KLIENTOM/PACIENTOM

V komunikácií so sociálne problematickým pacientom musíme dodržiavať dva princípy. Princíp neverbálnej a verbálnej komunikácie. Princíp neverbálnej komunikácie - postoj tela nesmieme mať konfrontačný ani defenzívny – nesmú byť ruky v bok, skrížené na prsiach, musíme vedieť kontrolovať svoje gestá a postoje. S pacientom komunikujeme v rovnakej výške. Mimika aj gestá musia byť v súlade s verbálnym prejavom. Od pacienta udržiujeme vzdialenosť asi 1 m a pri slovnej agresii treba túto vzdialenosť zvýšiť trikrát. Pri znížení agresívnych prejavov pacienta sa znižuje aj náš odstup od neho. Princípy verbálnej komunikácie základným princípom je kľudný a jasný tón hlasu. Tón hlasu musí zodpovedať energii komunikácie, nálade a výrazu tváre. Komunikáciu udržiujeme plynulú. V počiatočných fázach upokojenia vydávame jednoduché príkazy v jasne formulovaných vyjadreniach, napr.: „Poďme sa posadiť, pohovoríme si o tom, čo potrebujete.“ Počas počiatočnej fázy rozhovoru sa zameriame na hlavný problém, aj keď to môže byť náročné. Vystupujeme ako osoba schopná a ochotná pacientov problém vyriešiť a v prípade nevyhnutnosti prizveme ďalšieho odborníka. Vyhýbame sa slangom. Presvedčíme pacienta o vplyve jeho správania na ostatných, napr.: „Svojím krikom ľudí desíte.“ Vystupujeme v roly toho, kto pomáha, pacienta neobmedzujeme. Niekedy nie je možné uviesť pacienta do úplného pokoja. Pokiaľ je zníženie agresívneho napätia viditeľné, zanecháme ďalšieho pôsobenia na pacienta, lebo by sme mohli vyvolať ďalšiu vlnu napätia. O diagnóze hovoríme citlivo, informujeme o všetkých možných a dostupných formách liečby. Overenie, že pacient porozumel informáciám zistíme tak, že pacient/klient dokáže parafrázovať to znamená, že vlastnými slovami zrekapituluje počuté. Pri prijatí pacientovho prežívania sa venujeme výlučne vecným témam. Pokiaľ nemáme s pacientom terapeutický vzťah, naviažeme s ním kontakt prostredníctvom osobného emočného prežitku, napr. seba otvorením. Agresívneho pacienta sa nesmieme dotýkať a aj po ukludnení treba dotyky zvážiť. Stály a dobrý očný kontakt vyjadruje našu istotu a úprimnosť. Zásadne sa vyhýbame zastrešujúcim pohľadom, neprejavujeme odpor práve naopak vyjadríme pochopenie a podporu z našej strany (Zelman, 2006).

Aktívne počúvanie je súbor komunikačných zručností, ktoré vieme rozvíjať po celý život. Optimálna komunikácia v blízkom vzťahu je priamy, úprimný a otvorený spôsob seba vyjadrovania, ktorý berie do úvahy ako vlastnú sebaúctu, tak aj úctu k partnerovi. Jednou z najdôležitejších komunikačných zručností je aktívne počúvanie. Aktívne počúvanie je proces,

pri ktorom počúvame so zámerom porozumieť tomu, čo chce hovoriaci povedať. Cieľom je rozpoznať, porozumieť a správne interpretovať zachytenú správu, či už verbálnu alebo neverbálnu. Vyžaduje si to naše plné sústredenie, trpezlivosť, ochotu a empatiu, je to počúvanie nielen ušami, ale aj srdcom. Aktívne počúvajúci človek dá hovoriacemu spätnú väzbu tak, aby prejavil rešpekt k jeho názoru.

Proces aktívneho počúvania zahŕňa základné fázy: prijatie oznamu, informácie, dekodovanie, zapamätanie, vyhodnotenie, reakciu. Pri počúvaní zaznamenávame, čo bolo povedané, všímame si neverbálne prejavy a vnímame aj to, čo povedané nebolo. Dávame hovoriacemu najavo, že sa na neho plne sústredíme. To zahŕňa aj zabezpečenie prostredia, v ktorom komunikujeme tak, aby sme odstránili čo najviac rušivých momentov. Pomáhame hovoriacemu aj tým, že ho povzbudzujeme k rozprávaniu. Dôležitou súčasťou aktívneho počúvania je nevytvárať si úsudky, nehodnotiť povedané a počkať až do konca výpovede hovoriaceho. Súčasťou dekodovacej fázy je parafrázovanie, kedy vlastnými slovami zrekapitulujeme počuté. Vo fáze vyhodnotenia sa snažíme posúdiť, čo je zámer hovoriaceho, čo chcel povedať, vyjadriť. Potrebujeme preto rozlíšiť, čo sú fakty a čo osobný zámer hovoriaceho. Mali by sme „čítať aj medzi riadkami“, zatrieďovať si súvislosti. Je veľmi dôležité neurobiť záver skôr ako úplne pochopíme hovoriaceho. Naša reakcia na hovorené by mala byť aj v tejto fáze empatická a prejavujúca rešpekt hovoriacemu, napriek tomu, že nemusíme mať rovnaký názor a pohľad na danú situáciu. Medzi pomáhajúce techniky aktívneho počúvania patrí aj zrkadlenie, kedy počúvajúci slovami hovoriaceho opakuje, čo počul. Ide o preformulovanie negatívnych, výbušných výrokov do menej citovo nabitých výrokov. Použitie iných slov môže pomôcť vidieť veci trochu inak a sústrediť sa na konštruktívne prístupy a stanoviská. Súčasťou aktívneho počúvania môže byť aj ticho. Poskytnite priestor na oddych a utriedenie si myšlienok. Bariéry aktívneho počúvania- prekážky aktívneho počúvania vznikajú z rôznych dôvodov. Môžu byť spôsobené tým, že človek: je v zhone, strese, nie je schopný sústrediť sa, predbieha myšlienky hovoriaceho, rád sa počúva a názor iného ho nezaujíma, je vzťahovačný atď. Je dôležité sa tiež vyvarovať ťukaniu ceruzkou, perom (nervozita, netrpezlivosť), hraniu sa s okuliarmi, papierom, retiazkou, vlasmi a pod. (nuda, nervozita). Pomôže nekladenie prekážok medzi komunikujúcimi stranami (napr. stôl), pretože stavíme bariéry medzi ľuďmi (Švehlákova, 2020).

3.10 ETICKÉ ASPEKTY A DILEMATICKÉ SITUÁCIE V KOMUNIKÁCIIS AGRESÍVNÝM PACIENTOM

Najčastejším spúšťačom agresívneho správania v klinickej praxi je frustrácia pacienta a agresívne správanie môže byť často skôr odrazom dlhotrvajúcej nespokojnosti, než aktuálnej reakcie na konkrétnu prebiehajúcu iniciatívu. Dost' často stačí podvedomý podnet a rozruší sa, človek reaguje neadekvátne nápadne agresívnym dýchaním. Agresia v človeku prechádza v niekoľkých štádiách, najskôr vo forme myšlienok, postupne sa prejavujúcich verbálnou formou, nasleduje agresia voči predmetom a najvyšším a najnebezpečnejším stupňom je agresivita voči človeku.

Hlavným cieľom komunikácii je upokojiť pacienta a pokúsiť sa nadviazať primeraný kontakt. Rozhovor začíname vzájomným predstavením sa. Pacientove napätie a nepohodu sa snažíme znížiť ubezpečením o našej pomoci vyriešiť situáciu. Ak je to možné a pacient spolupracuje necháme ho hovoriť bez prerušenia aspoň prvých päť minút. Po uplynutí daného času (5 min) prevezmeme iniciatívu rozhovoru a vedieme ho správnym smerom (Čerňanová, 2010).

Dôvody agresie môžu byť rôzne. Často ide o biologické zmeny v organizme. Patria sem štrukturálne abnormality mozgu vyplývajúce z traumy, vývojové chyby, neurodegeneratívne a expanzívne procesy, abnormality v absolútnom alebo relatívnom množstve a kvalite mozgových chemických médií (neurotransmitterov) a endokrinné poruchy (napr. hladiny steroidov). Agresivita môže byť aj dôsledkom frustrácie, rodičovských chýb alebo osobných predispozícií. Hranica medzi biologickými a nebiologickými príčinami agresie je nejasná. Súčasné vyšetrovacie postupy nemusia odhaliť biologické zmeny a psychogénne poruchy môžu viesť k biologickým zmenám. Preto je moderný prístup k štúdiu agresie založený na biopsychosociálnom postoji. Agresivita u pacientov s psychiatrickou diagnózou je zvyčajne výsledkom biologických, niekedy zjavných zmien (napr. posttraumatické stavy so štrukturálnym poškodením mozgu), často zle rozpoznaných alebo neznámych, ktoré môžu byť základom psychopatologických symptómov (napr. bludy, halucinácie, poruchy a príčin), psychických (reakcia na chorobu, frustrácia) a sociálnych (Ondriášová, 2007).

Oláhová (2013) zhrnula prejavy agresívneho správania ako:

- verbálna agresia;
- fyzické napadnutie;
- poškodzovanie vecí;
- sebapoškodzovanie;
- neverbálne prejavy.

Základné princípy komunikácie s agresívnym pacientom:

- Pozorne počúvame. Necháme pacienta hovoriť neskáčeme mu do reči. Zistujeme dôvod emocionálne správanie, pýtajúc sa: „Čo ťa trápi? Čo Stalo sa ti to?“
- Dodržiavame bezpečnú vzdialenosť, správajme sa pokojne
- Požiadame pacienta, aby dýchal počas živých gest pravidelne sa ho snažíme posadiť
- Nenecháme sa vyprovokovať, nebudeme si užívať vulgarizmus - môže sa to obrátiť proti nám!
- Hovoríme jasne, stručne, jasne a pokojne.
- Ospravedlňujeme sa, pokiaľ bola príčinou pacientovho správania naša chyba..
- Nedvíhame obočie, nečistíme si pery, nebijeme fondy, nerobíme násilné gestá, podporujeme očný kontakt.
- Vyjadríme svoj pozitívny zámer (Oláhová, 2013).

Rozhovor s agresívnym pacientom

Odborná literatúra na otázku, ako s agresívnym pacientom komunikovať, nedáva jednoznačnú odpoveď. Väčšina autorov nabáda k pokojnému a profesionálnemu správaniu, sú však aj názory, aby bolo agresívne správanie prijaté ako roz-čúlenie a ich zástancovia navrhujú „zrkadlovú odpoveď“. Reakcia zdravotníckeho pracovníka na agresiu by mala byť vždy na profesionálnej úrovni, rešpek-tujúca nasledovné komunikačné prostriedky. Prvým krokom je naviazanie verbálneho kontaktu s pacientom, pri ktorom je dôležitý práve prvý dojem. Preto sa predstavíme a pred-stavíme každého, kto je v miestnos-ti prítomný. Ponúkžeme pacientovi, aby sa posadil a sami sa posadíme. Pacientovi priebežne vysvetľujeme, čo a prečo robíme, ponúkžeme rôzne zmeny a alternatívne riešenia. Pacient má tak možnosť vybrať si, pocíti, že môže sám za seba rozhodovať a nemá pocit úplného znásilnenia. V rámci komunikácie je vhodné ujasniť si aj kultúrnu a náboženskú príslušnosť pacientov. Zdravotníci by mali pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vždy brať do úvahy túto skutočnosť a prispôbiť starostlivosť potrebám pacienta z hľadiska kultúrnej rozmanitosti alebo náboženstva. Pre dosiahnutie väčšej efektivity a kvality komunikácie s agresívnymi pacientmi je potrebné pravidelne školiť personál na posúdenie rizika agresivity a kontrolu komunikačných prostriedkov, vedúcich k upokojeniu pacienta (Čerňanová, Knezovič, 2012).

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

ANDRÁŠIOVÁ, M. 2016. Onkologické ochorenie a psychika pacienta. In *in Vitro – Onkológia* [online]. 2016, vol. 1, no. 4 [cit. 4.3.2022]. ISSN 1339-5912 Dostupné z: <https://www.unilabs.sk/clanky-invitro/onkologicke-ochorenie-psychika-pacienta>

ANDRÁŠIOVÁ, M.- BEDNÁŘÍK, A., 2015. *Komunikácia lekára s pacientom- budem k vám úprimný*. 1. vyd. Bratislava: Slovenská onkopsychologická spoločnosť, 2015, 286 s., ISBN 978-80-971960-0-4

BÁRTLOVÁ, S. MATULAY, S., 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny / Sociológia zdravia, choroby a rodiny*, 2009, 141 s., ISBN 9788080633066

BENCOVÁ, V., 2016. Základné princípy prístupu k pacientovi a jeho rodine v terminálnom štádiu nádorovej choroby. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti* [online]. 2016, vol. 9, no. 2 [cit. 4.3.2022]. ISSN 1335-9592 Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/4e51f643154b73b99bd221a6395394ec.pdf>.

CEHUĽOVÁ, E., 2010. *Bioetika pre vychovávateľov alebo veda prežitia*. Prešov: Michala Vaška, 2010, 237 s, ISBN 978-80-7165-798-9

ČERŇANOVÁ A, KNEZOVIČ R., (2012) <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2012/2/komunikacne-prostriedky-na-upokojenie-agresivneho-pacienta/>

ČERŇANOVÁ A, 2010. Agresívny pacient z aspektu psychiatrického ošetrovateľstva. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*, 17, 2010, č. 2, s. 107-111, ISBN 1335-423X

DAŠKOVÁ, M., VARJASSYOVÁ K. a kol., 2013. *Špecifiká komunikácie na linke tiesňového volania*. Druhé doplnené vydanie, Bratislava: Herba, 2013, 124 s., ISBN 978-80-89631-06-3

[DOBRÍKOVÁ, P. - MEŠKOVÁ, B. 2017. Komunikácia s rodinnými príslušníkmi pacienta v paliatívnej starostlivosti. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti*, ISSN 1336-4790, 2017, roč. 10, č. 1, s. 6-10](#)

DOBRÍKOVÁ, P. – MEŠKOVÁ, B. 2017. Komunikácia s rodinnými príslušníkmi pacienta v paliatívnej starostlivosti. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti* [online], ISSN 1339-4193, 2010, vol.10, no. (1-2 e), [cit. 4.3.2022] Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/bdde28387caf2107de543c8da04cc41b.pdf>.

[FARKAŠOVÁ, J. a kol. 2016. *Etické aspekty komunikácie v medicíne*. 1. vyd. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2016, 69 s., ISBN 978-80-8152-437-0](#)

FRANĚK, O. 2007. Správna praxe ZOS. Stanovisko výboru spoločnosti UM a MK ČLSJEP. In *Urgentní medicína*, ISSN 1212-1924, 2007, roč. 10, č. 2, s. 25-26

FRANĚK, O. 2010. *Manuál dispečera Zdravotníckého operačného strediska*. 2. opr. a dopl.

FRIEDRICHSEN, M. et al. 2000. Breaking bad news in the transition from curative to palliative cancer care. In *Support care cancer* [online]. 2000, vol. 8 [cit. 4.3.2022]. Dostupné z:

GALLOVÁ, I. 2011. Starostlivosť o staršieho človeka v rodine ako záťažová situácia. In Kozoň, a. – Hejdiš, m. a kol. Sociálna a ekonomická integrácia a dezintegrácia v bezpečnosti jedinca a spoločnosti. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2011, s. 273-279. ISBN 978-80-89533-02-2

GULÁŠOVÁ, I. et al. 2012. Prežívanie sestry pri umierajúcom pacientovi. In *Časopis lékaŕu českých* [online]. 2012, vol. 3 [cit. 4.3.2022], ISSN 1805-4420. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/prezivanie-sestry-pri-umierajucom-pacientovi/>

GULÁŠOVA, M. 2014. Prvá pomoc pri strese zdravotníckeho záchranára. Od pochopenia cez prevenciu až ku krízovej intervencii. Falck záchrana a.s.

HANUŠ a kol., Speciální psychiatrie. Praha : Karolinum. 2000, 243 s., ISBN 8071848735

HOLMEROVÁ I., JANEČKOVÁ, H., VAŇKOVÁ, H., VALETA, P. 2005. Nefarmakologické prístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postihené. *Psychiatria pre prax* 2005, 6(4):175-178. ISSN 1335-9592

HOLMEROVÁ I., JAROLÍMOVÁ E, SUCHÁ J. ET AL., 2007. Péče o pacienty s kongnitivní poruchou. Praha: EV public relations, 2007, 149 s., ISBN 978-80-254-0177-4

KRAJČÍK, Š., 2014. Poznámky k etike zdravotnej starostlivosti o seniorov. In *Geriatría*, roč. 20, č. 2, s. 22-25, ISSN 1335 – 1850

KRUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika v ošetrovatel'stve*. Praha: Grada publishing a.s., 2007, 163 s., ISBN 978-80-247-2069-2

KUSÁ, H. 2010. Downov syndróm, *Slniečnica* č. 4/2010. Zdroj: <https://downovsyndrom.sk/v16/node/248>

LOJAN, R. 2015. Etické a psychologické aspekty sprevádzania chorých a zomierajúcich. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. ISSN 1339-424X, 2015, roč. 8, č. 1, s. 20-22

LOŠŤÁKOVÁ, V. 2017. Umíme mlúvit s deťmi. *Psychologie dnes*, 2017. 23(3):50–51

MAJERNÍKOVÁ, MAGUROVÁ a kol. 2012. Starostlivosť o pacienta s Alzheimerovou chorobou v domácom prostredí. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, ISBN: 978-80-555-0698-2. Dostupné na internete: <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Dernarova6/subor/p12.pdf>

MARKOVÁ, E. – VENGLÁŘOVÁ, M. – BABIAKOVÁ, M. 2006. Psychiatrická ošetrovateľská péče. Grada Publishing a.s., 2006, 356 s., ISBN 8024711516

MATĚJČEK, Z. 2011. Praxe dětského psychologického poradenství, 2011, 344 s., ISBN 9788026200000

NOVOTNÁ Z, MAGUROVÁ, D, BALKOVÁ D, 2008. Demencia – aktuálny problém staroby. Molisa: Prešov: Prešovská univerzita 2008, s., 147-149, ISBN 978-80-8068-882-0

OLÁHOVÁ P. 2013. Nепublikovaný text.
https://www.vpl.sk/files/file/XXXIII%20prezentacie%20pdf/sala%20hoepfner/sestricky/OIAhovA_KOM_s_agresivnym_pacientom.pdf

ONDRIAŠOVÁ M, 2007. Ošetrovanie agresívneho pacienta s psychickým ochorením. Ošetrovateľský obzor 2007, 4 (1-2): 15-18. ISSN 13365606

ONDRIOVÁ, I. 2019. Chyby v komunikácii so seniorom. Dostupné z: <https://www.osenioroch.sk/33/chyby-v-komunikacii-so-seniorom-uniqueidmRRWSbk196FPkyDafLfwAJ9VMkRGaGpu27Ffs-cZsebuRqUMg36hhg/?query=Chyby%20v%20komunik%Elcii%20so%20seniorom&serp=1>

ONDRIOVÁ, I. 2020. Princípy komunikácie s pacientom s demenciou. Dostupné z: <https://www.osenioroch.sk/33/principy-komunikacie-s-pacientom-s-demenciou-uniqueidmRRWSbk196FPkyDafLfwAJ9VMkRGaGpu27Ffs-cZseblimAECa5Yqw/?ns=1597147121>

ONDRIOVÁ, I. 2020. Verbálna a neverbálna komunikácia so seniorom. Dostupné z: <https://www.osenioroch.sk/33/verbalna-a-neverbalna-komunikacia-so-seniorom-uniqueidmRRWSbk196FPkyDafLfwAJ9VMkRGaGpu27Ffs-cZseY0Y-pLalUB3g/?query=kommunik%Elcia&serp=1&justlogged=1>

PETR, MARKOVÁ, 2014. Ošetrovateľství v psychiatrii. Grada Publishing a.s., 2014, 296 s., ISBN 9788024742366

PODGORICA, Nertila et al, 2020. A systematic review of ethical and legal issues in elder care. In Nursing Ethics. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1177%2F0969733020921488>

POLEDNÍKOVÁ, Ľubica a kol. 2013. Ošetrovateľský proces v geriatrickom ošetrovateľstve. Martin: Osveta, ISBN 978-80-8063-410-0

ROMANČÍKOVÁ, M., SCHMIDTOVÁ, M.: *Sluchové postihení*. In: LECHTA, V.: Základy inkluzivní pedagogiky, Portál, Praha 2010

ŠVEHLÁKOVÁ, B. 2020. Komunikačné zručnosti a aktívne počúvanie. In *Direktor – portál pre riaditeľov škôl a zriaďovateľov* [online], 2020, ISSN 1339-925X

TAKÁČOVÁ, I. 2010. Integrovaný záchranný systém, Bratislava: SZU, 2010

TARCSIOVÁ, D. a kol. 2005: *Sluchové postihnutie vo vyššom veku*, Nitra: Effeta, 2005, 209 s., ISBN 80-969113-8-4

THEOVÁ, AM. 2008. *Paliatívni péče a komunikace*, 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2008. 242s., ISBN 8087029240

TUTKOVÁ, J. 2009: *Komunikace sestry – pacient*. In: *Sestra*, 2009, roč. XIV, č. 7, s. 22-23., ISSN 1210-0404

VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 872 s., ISBN 80-7367-414-9

VASILKOVÁ, L. 2021. Komunikácia s onkologickým pacientom . In *Nutrition news* [online]. 2021, vol. 5, no. 2 [cit. 4.3.2022]. ISSN 2644-7002 Dostupné z: <https://www.worldmednet.cz/sk/komunikacia-s-onkologickym-pacientom/>

VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada Publishing 2007, 96 s., ISBN 978-80-247-2170-5

VENGLÁŘOVÁ, M. MAHROVÁ, G. 2006. Komunikace pro zdravotní sestry, 2006, 144 s., ISBN 8024712628 vyd. Brno: Computer Press a. s., 2010. 230 s., ISBN 978-80-254-5910-2

VYMĚTAL, J. a kol. 2007. *Speciální psychoterapie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007, 396 s., ISBN 80-2471-315-1

ZELMAN, M. 2006. Zvládanie akútneho psycho-motorického nepokoja a agresivity pacienta. In *Psychiatria pre prax* [online]. 2006, vol. 7, no. 2 [cit. 15. 3. 2022]. ISSN 1335-9584

ZÁKON č. 579/ 2004 Z. z. o záchranej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov. <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/579/20160430.html>

PRACOVNÝ LIST

Úloha 1 Precvičte si svoje vedomosti (iba jedna možnosť je správna)

1. Pri komunikácii s dieťaťom dodržiavame dva základné princípy:

- transparentnosť a férovosť
- férovosť a princíp zrkadlenia
- transparentnosť a princíp pravdovravnosti

2. Persuázia v komunikácii znamená:

- „prelomenie ľadov“
- podceňovanie
- presviedčanie

3. V komunikácii s agresívnym pacientom považujeme za najdôležitejšie:

- v prvom rade sa predstaviť
- upokojiť pacienta
- nadviazať očný kontakt

4. Stratégia „pia fraus“ znamená:

- falošná nádej
- pravda po kvapkách
- pravda na „tvrdo“

5. Na linke tiesňového volania nie je akceptovaná:

- ochota pomôcť, záujem zo strany zdravotníckeho operátora
- slovná agresia, arogancia a pohrdanie
- empatia, asertivita a komunikačné zručnosti

Úloha 2 Dopíšte k jednotlivým zadaniam svoj vlastný názor

6. Pokúste sa pripraviť na rozhovor s adolescentným pacientom. Aké zásady by ste v rámci vedenia rozhovoru dodržali?

Zásady

(vpíšte):

.....

.....

.....

.....

.....

7. Napište 2 otázky *vhodné* a 2 otázky *nevhodné*, ktoré by ste položili v rámci vedenia rozhovoru s detským pacientom.

.....

.....

.....

.....

.....

8. Napište 2 vety - pokyny, ktoré by ste dali pacientovi s mentálnym postihnutím v súvislosti s dodržiavaním popoludňajšieho klľudu na oddelení/klinike.

.....

.....

.....

9. Myslíte si, že pri liečbe a starostlivosti o mentálne postihnutého pacienta je dôležitá spolupráca s rodinou ? Stručne popíšte zdôvodnenia.

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....

Úloha 3 Dopíšte k jednotlivým zadaniam možnosti, ktoré ste si našťudovali

10. Vymenujte aspoň 5 základných pravidiel efektívnej komunikácie so sluchovo postihnutým pacientom (správne - zreteľná artikulácia; komunikácia tvárou v tvár; pomalá reč; jednoduché vety; pýtanie sa; kontrola neverbálnej komunikácie; maximálna trpezlivosť; dostatok času a možnosti na oddych; pochvala pacienta slovom aj neverbálnymi prejavmi (úsmevom, pohladením, pohľadom, dotykom a iné).

.....
.....
.....
.....
.....

11. Vymenujte aspoň 3 prejavy agresívneho správania agresívneho pacienta (správne – verbálna agresia, fyzické napadnutie, poškodzovanie vecí, sebapoškodzovanie, neverbálne prejavy)

.....
.....
.....

Úloha 4 Kazuistika

Pacientka 54- ročná, má 2 dospelé dcéry. Na základe informovaného súhlasu je jej poskytovaná paliatívna starostlivosť. Udáva bezmocnosť, beznádej ako subjektívny emocionálny stav. Nevidí žiadne alternatívy a východiská zo svojej závažnej choroby, je nepokojná a nie je schopná nájsť nové riešenia.

Premyslite a napíšte - sesterskú diagnózu, cieľ, výsledné kritériá, sesterské intervencie a vyhodnotenie:

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Úloha 5 Edukačný list

Napište vpravo do tabuľky ako sa má sestra správne zachovať pri zmenách správania u pacienta s Alzheimerovou chorobou

Pacient je agresívny alebo podráždený	<ul style="list-style-type: none">- nestrácať trpezlivosť, nedávať najavo strach- upútať pozornosť pacienta na iné veci, pustiť mu televíziu,- zamestnať ho ručnými prácami- pacientovi nenadávať- pokiaľ sa záchvaty agresivity opakujú príliš často, je potrebné navštíviť lekára- pokúsiť sa odhaliť, k akým zmenám v pacientových návykoch alebo spôsobe života došlo v posledných dňoch- poskytnúť pacientovi viac priestoru
Pacient má depresívnu náladu a sťažuje sa na zdravotný stav	<ul style="list-style-type: none">- obyčajne sú to sťažnosti neurčité – točenie hlavy, zmätenosť- pokiaľ depresia dosiahne taký stupeň, že ovplyvňuje život pacienta s Alzheimerovou chorobou je potrebné navštíviť lekára- ak sa podarí dosiahnuť to, aby sa nálada pacienta zlepšila, zvýši sa i kvalita jeho života, potom môžete spoločne- plánovať vhodné postupy pre zvládnutie pokročilejších štádií ochorenia

<p>Pacient je apatický a úzkostný</p>	<ul style="list-style-type: none"> - predovšetkým ho treba upokojiť, pretože jeho myšlienky z minulosti si pletie s prítomnosťou, robí si niekedy starosti - veci, za ktoré zodpovedal dávno v minulosti - nie je vhodné pacienta presviedčať, že sú to všetko predstavy - treba mu sympaticky povedať, že jeho pocitom rozumieme - dať pacientovi pocítiť viac lásky a podpory
<p>Pacient má halucinácie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nepochybovať pravdivosti jeho tvrdeniam - nezvyšovať hlas, ale naopak ho upokojiť - odvieť jeho pozornosť od daného problému, aby myslel na niečo iné - nestrácať trpezlivosť

4 ETICKÉ ASPEKTY STAROSTLIVOSTI V ONKOLÓGII

Alena Uríčková

Rakovina je stále jednou z najväčších hrozieb modernej doby. Onkologické ochorenia sú druhou najčastejšou príčinou úmrtí populácie. Rakovina zasahuje do života takmer každej rodiny. Na Slovensku sa každý rok vyskytne viac ako 30-tisíc nových prípadov rakoviny. Strategickým plánom opatrení na zníženie výskytu nádorových ochorení a na zlepšenie kvality života pacientov s onkologickou diagnózou je Národný onkologický program. Cieľom Národného onkologického programu SR (NOP) je zníženie mortality na nádorové ochorenia. Národný onkologický program SR na roky 2021 – 2025 zahŕňa stratégiu verejného zdravia so zameraním na prevenciu (primárnu a sekundárnu), vrátane populačného skríningu, včasnú diagnostiku, skorú a optimálnu liečbu, podpornú starostlivosť, sledovanie pacientov po liečbe, paliatívne sprevádzanie, starostlivosť na konci života, ako i výskum zameraný na hľadanie inovatívnych riešení a využitie dát. Napriek mnohým pokrokom sú onkologické ochorenia náročné v liečbe z mnohých hľadísk. Stále veľa ľudí na ochorenie zomiera. Liečba je obťažujúca pre pacienta a riziková pre personál. Ošetrojúci personál musí dobre poznať a reagovať na zdravotný stav pacienta z hľadiska diagnostiky a liečby. V oblasti onkológie sú požiadavky kladené nielen na plnenie základných potrieb pacientov, ale i na uplatňovanie etických princípov.

Podľa Křivohlavého (2002) má človek s onkologickým ochorením:

- strach z neznámeho,
- strach zo straty určitej časti tela a strach z deformácie,
- strach z osamelosti,
- strach zo straty vedomia a kontroly vlastného správania,
- strach z regresie – zo správania „pod ľudskú dôstojnosť“,
- strach zo straty identity – „to už nebudem ja“.

S diagnózou a liečbou onkologického ochorenia sú spojené telesné, psychické a sociálne problémy. Tschuschke (2004) medzi najväžnejšie otázky zaradili:

- Hrozbu smrti – rakovina je doposiaľ chápaná ako „rozsudok smrti“. Stále si len veľmi ťažko pripúšťame fakt, že náš život sa raz skončí. Zdravý človek v zásade nepomýšľa na smrť.
- Stratu telesnej nedotknuteľnosti – pocit „vlastnej integrity“, ktorý je prirodzený pre každého človeka.
- Stratu autonómie – pocit na sebaurčenie a riadenie vlastného života je diagnózou narušený. Zrazu si pacient začne uvedomovať, že choroba mu môže zmeniť celý život.
- Stratu aktivít – vykonávanie bežných denných aktivít je čiastočne alebo úplne zamedzené. Pacient musí chodiť na chemoterapiu, má zdravotné ťažkosti v súvislosti s liečbou. Je unavený.
- Sociálnu izoláciu a strach zo stigmatizácie – ohrozenie sociálnej identity a pocitu vlastnej osožnosti. Liečba rakoviny poznačí človeka aj fyzicky. Schudne, vypadajú mu vlasy, je po operácii. K tomu sa pridružuje hanblivosť, že už napríklad nevládze vykonávať niektoré aktivity. Vyhyba sa situáciám a ľuďom, ktoré mu tieto stigmy pripomínajú, a sociálne sa izoluje.

Pravda a v súvislostiach onkologického ochorenia a milosrdná lož

Vo všeobecnosti sa jedná o komunikáciu medzi lekárom a pacientom. Na rozdiel od kvality liečby, ktorá sa z roka na rok zlepšuje, komunikácia s pacientom sa zlepšuje oveľa pomalšie. Samozrejme, závisí na jednotlivých lekároch. Uvádza sa, že problémom u nás nie je ani tak to, ako lekár lieči, ale práve nedostatočná komunikácia (Hozák, 1997).

Oznámenie a prijatie diagnózy je najťažším obdobím v živote každého onkologického pacienta. Z psychologického hľadiska je aj zásadným obdobím ako pacient liečbu zvládne a ako na ňu zareaguje. Charta práv pacientov v Slovenskej republike hovorí, že pacient má právo na informácie o svojom zdravotnom stave, jemu zrozumiteľným spôsobom, vrátane ochorenia, zdravotných výkonoch a na požiadanie aj písomnou formou. V prípade detí, pacientov pozbavených spôsobilosti na právne úkony, s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony je nevyhnutné zvoliť primeranú formu informácie a informovať zákonného zástupcu (Hudáková, Zięba, 2015).

Ešte po druhej svetovej vojne bola po celom svete stratégia milosrdného klamstva/milosrdnej lži tolerovaná a prakticky uplatňovaná. Dochádzalo tak k porušovaniu medzinárodne

uznávaných dokumentov, najmä Všeobecnej deklarácie ľudských práv, práv pacientov a etického kódexu, ktoré zaručujú právo pacienta na pravdivé informácie týkajúce sa ochorenia (Haškovcová, 2002). Aj napriek tomu bolo klamstvo o ochorení považované za eticky ospravedlniteľné. Podľa predpokladu, že klamstvo v takom prípade zabezpečí pre pacienta psychickú pohodu. Lekári boli presvedčení, že je vhodné nepovedať pacientovi pravdu o jeho ochorení. Tento problém je aktuálny najmä v starostlivosti o onkologicky chorých, kde prevláda obava, že pravda môže pacientovi uškodiť (Haškovcová, 2002). Nepovedať diagnózu je pre pacienta významným signálom, že ide o závažné ochorenie. O hovorení pravdy, pri oznamovaní závažnej diagnózy akou onkologické ochorenie je, nerozhodujú len lekári, ale podstatnou mierou aj pacienti, rodina pacienta a laická verejnosť. Informácie o zdravotnom stave pacienta zásadne poskytuje lekár. Vzťahuje sa to na informácie týkajúce sa diagnózy, vyšetrení a prognózy ochorenia. Sestra prežíva s pacientom veľa času a preto pri informovaní pacienta zohráva dôležitú úlohu. Pacienti sa sestier mnohokrát pýtajú a chcú vysvetliť nejasnosti. Ide o prirodzený prejav dôvery. Zo strany sestry je preto etické a psychologicky správne pacienta vypočuť a v rámci svojich kompetencií a vedomostí odpovedať. Prednostné právo na zrozumiteľnú a úplnú informáciu má pacient. Iným osobám bez výslovného súhlasu pacienta sa informácie neposkytujú (Ondriová a kol., 2014). Pacient má právo na úplné a pravdivé informácie o svojom zdravotnom stave. Zdravotnícki pracovníci sú pri výkone svojho povolania viazaní povinnou mlčanlivosťou. Ak sestra nemôže, prípadne nevie odpovedať na otázky pacienta, mala by požiadať lekára, aby informáciu poskytol on. Problém pri informovaní pacienta o závažnej diagnóze nastáva vtedy, ak je „milosrdná lož“ predložená inteligentnému pacientovi. Druhým protipólom je nevhodne povedaná pravda. Preto zdravotnícki pracovníci svojou profesionalitou, etickým prístupom si musia vedieť vo svojej každodennej praxi zodpovedať aj na otázku kedy, kde, komu, ako a čo povedať, alebo nepovedať pravdu (Hudáková, Zięba, 2015).

Oznamovanie nepriaznivých správ

Rakovinu sprevádza množstvo zložitých a emotívnych životných rozhodnutí, ktorým sa často nedá vyhnúť. S etickými aspektami pri oznamovaní závažnej diagnózy, prípadne iných zlých správ sa stretávajú zdravotnícki pracovníci veľmi často. Zohrávajú dôležitú úlohu pri poskytovaní informácií a podpory. Informáciami pomáhajú pacientom a rodinám pri ich rozhodovaní. Prispievajú k rozhodnutiam v oblasti starostlivosti a liečby. Proces a vplyv rozhodovania, ktorý pramení z etických aspektov starostlivosti a liečby je v onkológii často náročný. Rozhodnutia sa stávajú zložitejšími a vyvolávajú náročné etické problémy v situácií:

- keď pacienti odmietnu starostlivosť alebo liečbu, ktorú si lekári myslia, že potrebujú, alebo keď si pacient alebo rodina vyžadujú zásahy, ktoré sa zdajú byť „zbytočné“.
- Keď je nedostatočná kontinuita starostlivosti, chýba predbežné plánovanie starostlivosti a chýba základná dokumentácia. Tieto faktory môžu spôsobiť, že nebude možné vhodne posúdiť, aké sú najlepšie možnosti pre daného pacienta v naliehavej situácii.
- Keď sú nedostatočné zdroje a nie je možné dať pacientovi a rodine to, čo chcú alebo potrebujú. Môže to byť lôžko, vybavenie alebo personál hospicu.
- Keď pacient, rodina a odborníci majú rozdielne názory na to, čo je v najlepšom záujme pacienta. Ak pacient nemá kapacitu na konkrétne rozhodnutie, nedokáže vyjadriť informovaný názor na danú otázku v dôsledku pretrvávajúcej poruchy kognície.
- Keď má pacient komunikačné bariéry, ktoré bránia adekvátnej otvorenej diskusii, napríklad jazykové bariéry, ktoré vedú k tomu, že zdravotníci sa stávajú príliš závislými od rodinných príslušníkov pri poskytovaní informácií pacientovi a pri popisovaní pacientových želaní.
- Keď pacienti odmietajú zdieľať informácie s rodinnými príslušníkmi o ich diagnóze alebo prognóze.
- Keď pacienti alebo rodiny požadujú zákroky, ktoré sú nezákonné alebo zdravotníci ich považujú za neetické.
- Keď sa pacienti a ich rodiny nezhodnú na najlepšom postupe, keď čelia rozhodnutiam týkajúcim sa liečby predlžujúcej život, alebo keď pacienti ponechávajú väčšinu rozhodnutí na svojich rodinných príslušníkov.
- Keď sa odborníci nezhodnú na správnom postupe v súvislosti s liečbou a starostlivosťou o pacienta (Gallagher, Gannon, 2011).

Oznamovanie zlých správ je pre lekára častou a významnou komunikačnou úlohou. Stále sa predlžujúce prežitie pacientov s nádorovým ochorením znamená nielen oznamovanie informácií o stave ochorení, ale aj informácií týkajúcich sa nezvratných a potenciálne nevratných vedľajších účinkov liečby, komplikácií choroby a limitovanej prognózy.

ABCDE oznámenia zlej správy:

- Advance preparation – priprav sa na stretnutie s pacientom (preštuduj dokumentáciu).
- Building therapeutic relationship – nadviaž s pacientom terapeutický vzťah.
- Communicating well – dobre komunikuj (ujasni si, čo vie o svojej chorobe, do akej miery bol prípadne informovaný na predchádzajúcich pracoviskách, obmedz „lekársky žargón“).

- Dealing with reactions – vnímaj emocionálne reakcie a poskytni realistickú nádej.
- Encouraging – povzbud' pacienta (aj symptomatická liečba je liečbou, ktorá prinesie úľavu, aj keď pacienta sama o sebe nevylieči) (Kiss a kol., 2021).

Ak má byť pacient aktívnym účastníkom procesu liečby, musí poznať svoju diagnózu a základné informácie o jej liečbe a prognóze. Úvodný rozhovor je preto veľmi dôležitý pre vybudovanie dobrého vzťahu medzi lekárom a pacientom. Pacient by mal byť informovaný postupne a primerane jeho chápaniu. Ako sa sám s informáciami od lekára vyrovná, závisí od jeho osobnostných charakteristík, zrelosti, schopnosti zvládať záťaž, predchádzajúcich skúseností s chorobou a jej liečbou, sociálnej podpory, od vzťahu s lekárom a spôsobu, akým mu lekár informáciu o ochorení povedal. Neplatí, že neinformovaný pacient je spokojnejší pacient. Nedostatok informácií môže zintenzívniť neistotu a anticipačnú úzkosť. Naopak, primerane informovaný pacient sa môže stať partnerom v liečbe. Avšak diagnóza podaná bez následnej ponuky, čo pre pacienta môžeme urobiť, je trýzniaca. Nikdy zdravotníci nie sú v pozícii, že už pre pacienta nemôžu nič urobiť. Pre pacienta v terminálnom štádiu ochorenia je spoluúčasť a sprevádzanie, podpora a priestor na vyslovenie obáv a neistôt liečivá (Andrášiová, 2007).

Zo strany lekára je dôležité vytvoriť vhodné prostredie na rozhovor, atmosféru prijatia a dostatok časového priestoru. Lekársky slovník je pre pacientov veľakrát nezrozumiteľný, čím sa znižuje šanca porozumieť informáciám. Zo strany pacienta komunikáciu sťažuje strach, úzkosť a obavy. Pod ich vplyvom pacient „nepočuje“ a „nechápe“, čo mu lekár hovorí. Podľa Andrášiovej (2007) až tretina pacientov si nepamätá oznámenú diagnózu a dve tretiny pacientov nie sú schopní si zapamätať, ako bude liečba prebiehať. Preto odporúča, lekárom nasledujúce kroky, ktorými môžu pacientovi pomôcť lepšie zvládnuť náročný rozhovor:

- vyzvať pacienta, aby vlastnými slovami zopakoval počuté,
- odporučiť pacientovi, aby si pred návštevou lekára v bodoch napísal, čo sa chce spýtať a čo chce povedať,
- k rozhovoru mať prítomnosť sprevádzajúceho člena rodiny, priateľa ako psychickú oporou a ďalšie „ucho“, ktoré v emočne náročnej situácii zaznamenáva informácie lekára (Andrášiová, 2007).

Sociálna podpora je jedným z dôležitých protektívnych faktorov pri zvládaní stresu z ochorenia a liečby. Pacienti, ktorí dostávajú od rodiny a priateľov dostatok emocionálnej podpory, sú v procese liečby aktívnejší, majú väčšiu motiváciu bojovať (Andrášiová, 2007).

Je diskutabilné či pacientovi prospieva, keď vie rodina o zdravotnom stave a prognóze viac ako sám pacient. Ako uvádza Andrášiová (2007), často to brzdí spontánnosť prejavu a vedie k potlačeniu emócií. Nie je jednoduché zabezpečiť, aby pacient nespoznal, že niečo nie je v poriadku. Výsledkom je, že rodina vie, pacient tuší a každý sa trápi sám. Oveľa prijateľnejšia cesta je podporiť pacienta a rodinu, aby spolu hovorili o chorobe. Oznámenie závažnej diagnózy mnohé mení, môžu sa spriehľadniť vzťahy, doriešiť konflikty a hlavne pacient nezostane so svojimi pocitmi a strachom sám. Nie je možné použiť postup informovanosti pri všetkých rodinách, pretože niektoré nie sú na otvorenosť v komunikácii pripravené (Andrášiová, 2007). Lekár by mal pacientovi oznámiť nepriaznivú správu zrozumiteľne a predovšetkým citlivým spôsobom. Vzhľadom na to, že väčšina ľudí si želá byť o svojej diagnóze a prognóze informovaná, presadzuje sa princíp otvorenej a priamej komunikácie, kedy sa pacient dozvie pravdivé informácie o svojej diagnóze, o dôvode prerušenia chemoterapie, ktorá by pre neho nebola prospešná, aj o ukončení liečby, ktorá by už bola len zaťažujúca, a prechodu na paliatívnu starostlivosť (Linhartová, 2007). Ptáček et al. (2011) tvrdia, že záleží na samotnom lekárovi, koľko informácií pacientovi o jeho zdravotnom stave poskytne. Tieto informácie musia byť pravdivé, ale mali by byť podané citlivo. Na rozdiel od Linhartovej (2007) uvádzajú, že pri závažnej diagnóze nie je potrebné povedať viac informácií, než koľko si pacient želá vedieť (Ptáček et al., 2011). National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services (2003) uvádzajú, že by nikdy nemalo dôjsť k tomu, aby lekári pacientovi oznámili, že „už pre neho nemôžu viac urobiť“. National Breast and Ovarian Cancer Centre (2008) vo svojom príspevku dodáva, že v prípade paliatívnej starostlivosti nesmú zdravotnícki pracovníci predstierať, že je možné chorobu ešte vyliečiť (National Breast and Ovarian Cancer Centre, 2008).

Venglářová, Mahrová (2006) delia postup oznamovania nepríjemných správ na tri fázy:

- prvá fáza – lekár pacientovi oznámi danú informáciu, pričom prejaví porozumenie a dá najavo svoju účasť,
- druhá fáza – lekár umožní pacientovi prejavíť emócie a snaží sa mu napomôcť s ich spracovaním,
- tretia fáza – plánovanie ohľadom ďalšieho postupu.

Ptáček et al. (2011) rozdelili priebeh oznamovania závažnej správy do štyroch bodov. V prvom bode lekár oznámi existujúcu informáciu. V ďalšom sa lekár presvedčí, či pacient informácii porozumel. V treťom kroku má pacient priestor na vyjadrenie svojich obáv a v poslednom kroku lekár zisťuje, ako sa pacient dokáže s danými okolnosťami vyrovnáť. Dôležité je na úvod zopakovať informácie, s ktorými je pacient oboznámený už z minulosti. Počas celého

rozhovoru by mal lekár dávať najavo svoju empatiu, aktívne počúvať a zaujímať sa o to, čo sa pacient chce dozvedieť (Ptáček et al., 2011). Z hľadiska oznamovania diagnózy, či iných informácií relevantných z hľadiska liečby je neprípustné, aby lekár citlivé údaje oznamoval pacientovi pred inými pacientmi alebo dokonca na verejnosti (Ptáček et al., 2011).

Otázka pravdy a zistená informácia týkajúca sa neliečiteľného ochorenia by nemala byť nikomu zamietnutá. Komu poskytnúť závažnú informáciu o zdravotnom stave? Z Charty základných práv a slobôd, Etického kódexu, vyplýva, že každý dospelý jedinec, má právo vedieť, aký je jeho aktuálny zdravotný stav. Úlohou zdravotníckych pracovníkov je pomoc pacientovi v tejto situácii a signalizovať mu, že na chorobu nie je nikdy sám (Kutnohorská, 2007).

Kedy povedať závažnú informáciu? Niekedy je ťažké rozpoznať, kedy nastal ten správny okamih. Vhodné je informáciu podať v priebehu dňa, nie podvečer, večer, nie pred závažným výkonom. Musíme myslieť na psychickú pohodu pacienta (Haškovcová, 2002).

Čo povedať? Obsah správy by sa nemal orientovať len na diagnózu a prognózu. Pacient by mal vedieť napríklad aj to, čo bude pre neho ochorenie znamenať, ako sa bude liečiť, v akých intervaloch bude chodiť na chemoterapiu, kontroly. Akým spôsobom ochorenie obmedzí jeho fungovanie v osobnom, pracovnom živote a ako ovplyvní jeho budúcnosť. Je neetické utajovať vážnosť ochorenia. Pacient by mal vedieť, ako spoločne s rodinou, priateľmi môže do poslednej chvíle kvalitne prežiť svoj život (Haškovcová, 2002). Nikdy pacientovi neberieme nádej. Na to, ako oznámiť závažnú diagnózu, zlú správu, návod neexistuje. Vždy je nutné zohľadniť aktuálnu situáciu pacienta a rešpektovať to. Rozhovor by mal byť stručný, zrozumiteľný a pacient by mal mať dostatok času na otázky, ktoré ho zaujímajú. Lekár by mal dať svojim správaním pacientovi pocit, že má dostatok času na jeho otázky a reakcie. Dôležité je aj načasovanie rozhovoru, tak, aby pacient nezostal s poskytnutou informáciou sám, ale mohol ju prediskutovať s príbuznými (Haškovcová, 2002).

Kde povedať pacientovi informáciu? Určite v intímnom, dôvernom, príjemnom prostredí (Haškovcová, 2002). Nie na chode, nie na vizite.

Kto má oprávnenie poskytovať informácie o zdravotnom stave pacienta ? V podmienkach Slovenskej republiky je to lekár, ktorý by nikdy nemal zabudnúť na záznam do zdravotnej dokumentácie. Záznam by mal obsahovať kedy, akým spôsobom bola informácia podaná. A ako pacient reagoval (Kutnohorská, 2007). Tieto informácie sú veľmi dôležité pre celý personál, ktorí pacienta ošetruje.

Kutnohorská (2007) uvádza, že každé zdieľanie nepriaznivej správy, ktorá sa týka zdravotného stavu by sa malo riadiť týmito zásadami:

- všetkým chorým poskytnúť informácie o onkologickom ochorení,

- informáciu o chorobe podáva vždy lekár a ak je to nutné, trpezlivo ju opakuje a vysvetľuje,
- informáciu o chorobe povedať najskôr chorému,
- chorý sám rozhoduje, koho o ochorení ďalej informovať,
- informovať o postupoch liečby pred jej začatím,
- zdôrazniť možnosti liečby,
- venovať čas chorému a jeho blízkym,
- informácie o prognóze podávať uvážlivo a iba na pacientove otázky,
- jednotná informovanosť zo strany zdravotníckeho personálu,
- uistiť chorého o odhodlaní lekárov v liečbe,
- povzbudzovať a udržiavať realistické nádeje chorého a jeho najbližších.

Hoci sa dnes už veľká časť lekárov v otázkach oznamovania závažnej diagnózy chorému prikláňa k pravdivému informovaniu, legislatíva dáva lekárom aj možnosť zúžiť mieru povedanej pravdy. Táto redukcia musí byť vždy náležite opodstatnená. Nehovoriť vôbec, alebo povedať len čiastočnú pravdu sa týka väčšinou chorých s psychiatrickou i psychotickou diagnózou, detí a mladistvých, alebo veľmi starých ľudí (Haškovcová, 2002). Chorý môže k pravde o chorobe pristúpiť ešte spôsobom, ktorý sa často neuvádza. Jedná sa o prípad, kedy chorý nechce byť informovaný, ale určí osobu, ktorá má byť úplne informovaná (Haškovcová, 2007).

Informovaný súhlas

Informovaný súhlas je preukázateľný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo poučenie podľa zákona. Informovaný súhlas je aj taký preukázateľný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo odmietnutie poučenia (zákon č. 576/2004 Z.z.). V podmienkach Slovenskej republiky upravuje informovaný súhlas a podmienky jeho realizácie v praxi Zákon č. 576/2004 Z. z. – Zákon o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Po informovaní pacienta o jeho ochorení lekár zvyčajne chorému vysvetlí lekárske postupy, na základe ktorého je možné predpokladať jeho vyliečenie, uzdravenie a zlepšenie momentálneho zdravotného stavu. Informovaný súhlas je neodmysliteľnou podmienkou na začatie akýchkoľvek diagnostických a terapeutických postupov.

Informovaný súhlas informuje o tom, že pacient sa sám, na základe dostatočných informácií o postupe liečby, rizikách liečby, nežiadúcich účinkoch, možných alternatívach slobodne

rozhodne, či súhlasí s liečbou, liečebným postupom a je ochotný ho za takýchto podmienok podstúpiť (Haškovcová, 2002). V etickom kódexe Práva pacientov je ustanovené právo na informácie a možnosť vyjadriť sa k navrhovanému liečebnému postupu. Toto právo sa vzťahuje na každú dospelú, svojprávnú osobu a tiež zákonného zástupcu v prípade maloletej i nesvojprávnej osoby (Haškovcová, 2007). Haškovcová (2007) uvádza údaje, ktoré by mal informovaný súhlas obsahovať, aby bol platný:

- poučenie o liečebnom programe,
- poučenie o rizikách, ktoré sa na výkon viažu,
- kontrolné otázky odhaľujúce, či chorý správne porozumel tomu, čo mu bolo povedané,
- vyhlásenie o ochrane osobných údajov chorého,
- povinnosť mlčanlivosti,
- poznámku, že chorému bolo všetko vysvetlené a mal možnosť sa opýtať na prípadné nejasnosti,
- dátum a podpis pacienta a lekára.

Každý, kto má právo dať informovaný súhlas, má aj právo informovaný súhlas kedykoľvek slobodne zrušiť (zákon č. 576/2004 Z.z.). Rozhodovanie, súhlas, alebo odmietnutie liečby úzko súvisia s etickým princípom autonómie a nonmaleficencie. Princíp autonómie funguje ako predpoklad slobodného konania. V prípade lekárskej etiky predpokladá a zaisťuje absolútny možný vplyv pacienta na rozhodovanie. Autonómia pacienta zaväzuje lekára a iných zdravotníckych pracovníkov rešpektovať toto právo. Childress, Beauchamp (2001) zdôrazňujú, že súhlas by mal byť vždy založený na konkrétnych voľbách človeka a nie na predpokladoch, aké voľby by pacient mal urobiť. Etické dilemy v oblasti súhlasu a odmietnutia prichádzajú v okamihu, kedy pacient svoje rozhodnutie po čase zmení. Vtedy je nutné posúdiť, či pacient mení svoje predchádzajúce rozhodnutie pod nátlakom okolností alebo na základe krátkodobých emocionálnych prejavov. Ak lekár pochybuje o kompetentnosti pacienta urobiť autonómne rozhodnutie, musí konať v najlepšom záujme pacienta podľa svojho svedomia. Klinické výskumy poukazujú na fakt, že pacienti majú veľké odchýlky v porozumení informácií o diagnóze, liečebných postupoch a prognóze. Sú obmedzené znalosťami v medicíne. Hoci je právo autonómie nedokonalé, nátlak, presvedčanie, prehováranie a manipulácia zo strany lekára sú neprípustné a neetické. Beauchamp, Childress (2001) hovoria, že hlavným poslaním lekára pacientovi je neuškodiť, tu nadväzujú na princíp nonmaleficencie. V onkológii sa stretávame s tým, že liečba môže byť agresívna najmä v konečnom štádiu choroby, sprevádzaná vedľajšími účinkami, ktoré často predstavujú ujmu a záťaž pre pacienta. Lekár musí brať ohľad

na očakávaný prínos pre pacienta. Lekár a pacient môžu očakávaný prínos vnímať rozdielne. Čo je pre niekoho prijateľné a prínosné, môže byť pre iného už neprijateľné a neprípustné. V problematike nevyliciteľných pacientov v terminálnom štádiu onkologickej choroby stojí lekár veľmi často pred rozhodnutím, či navrhovaný postup terapie je pre pacienta prospešný a súčasne šetrný, aby pacientovi neuškodil. Teda princíp beneficencie, prospešnosti. Nesprávne posúdenie stavu pacienta môže viesť k nasadeniu takej liečby, ktorá neprinesie pacientovi prospech len predĺženie dĺžky života na úkor jeho kvality a oddialenie nevyhnutnej smrti (Beauchamp, Childress, 2001).

Komunikácia s vážne chorým dieťaťom a rodičmi

Ptáček et al. (2011) uvádzajú, že keď lekár oznámi rodičom život ohrozujúcu diagnózu ich dieťaťa, rodičia sa môžu cítiť zodpovední za zdravotný stav dieťaťa a obviňovať sa. U rôznych ľudí sú prejavy rôzne ako napr. obavy, výčitky.

Záhorec et al. (2009) považujú za problematické v oznamovaní správ, keď lekár oznámi rodičom závažnú informáciu neočakávane a neinformuje ich o stave priebežne. To bráni rodičom pripraviť sa na ďalší postup, zvyšuje ich úzkosť. Z dôvodu nedostatočnej informovanosti znemožňuje rodičom tento postup rozhodovať sa v najlepšom záujme dieťaťa. Nie je vhodné, aby sa lekár vyjadroval dvojzmyselne. To môže u rodičov vyvolávať falošné nádeje. Prípadne veľmi odborne, čo môže mať za následok, že rodičia informácii neporozumejú. Lekár by taktiež nemal hodnotiť reakciu rodičov po oznámení závažnej udalosti, ani sa snažiť celú udalosť zo svojho pohľadu racionalizovať (Záhorec et al., 2009).

Ak sú výčitky silné a pre danú osobu zaťažujúce, môže dôjsť k obviňovaniu ďalších osôb, ako napr. druhý rodič či zdravotnícky personál. Rodičia môžu mať potrebu zabrániť informovanosti dieťa o potenciálnom ohrození jeho života, čo je ale nebezpečné správanie. Lekár by sa mal snažiť ich presvedčiť o nesprávnosti takéhoto konania. Pokiaľ dieťaťu budú informácie zatajované alebo zľahčované, hoci si je dieťa vedomé zmeny správania rodičov, prestane sa ďalej pýtať, ale bude pociťovať stále obavy a bude mať pocit, že sa nemôže nikomu zveriť. Preto je dôležité nezávisle od veku dieťaťa odpovedať pravdivo na všetky jeho otázky (Ptáček et al., 2011).

Venglářová, Mahrová (2006) uvádzajú konkrétne zásady, ktoré by sa mali pri komunikácii s dieťaťom uplatňovať. Všetky informácie, ktoré lekár alebo rodič dieťaťu oznámia, musia byť pravdivé, týka sa to napríklad aj toho, že dieťa bude pripravené na existenciu bolesti. Podľa nich by sa dieťa malo dozvedieť, čo mu je, čo sa s ním bude diať, ako dlho to bude trvať, s kým sa pri liečbe stretne, kto sa o neho bude starať. Podobne ako pri podávaní informácií dospelým

lekár by si mal overiť, či dieťa všetko pochopilo a nemá ďalšie otázky. Pokiaľ je to možné, mali by sa zapojiť do tohto rozhovoru aj rodičia. Zdravotnícky personál by nemal dieťaťu klamať, alebo stav zľahčovať. Nesmie prehliadať otázky dieťaťa alebo ich znevažovať. Samozrejmosťou by malo byť, že sa dieťaťu nebude nič vyčítať, ani sa nebude porovnávať s inými deťmi. Voči dieťaťu by sa nemal aplikovať prehnane autoritatívny prístup. Je potrebné sa vyhnúť aj prílišným prejavom ľútosti (Venglářová, Mahrová, 2006).

Pokiaľ lekár oznamuje závažnú správu rodičom chorého dieťaťa, prístup je podobný, ako keď sa diagnóza oznamuje dospelému pacientovi. Venglářová, Mahrová (2006) súhlasia s názorom Linhartovej (2007), že je potrebné informáciu oznámiť čo najskôr. Ak je to možné, mala by byť správa oznámená obom rodičom súčasne. Vhodné je rodičov upozorniť na existenciu podporných skupín rodičov, na možnosť požiadať o sociálne dávky na choré dieťa, prípadne poskytnúť im odborné publikácie. Rodičia by mali vedieť na koho sa môžu v prípade pomoci obrátiť (Venglářová, Mahrová, 2006). Záhorec et al., (2009) navrhujú, podávať zrozumiteľné informácie s ohľadom na psychický stav rodičov. Linhartová (2007) považuje za týchto okolností voliť menej negativistické formulácie. V úvode rozhovoru odporúča povedať vetu „Nemám pre vás dobrú správu“, ktorá síce zodpovedá vete „Mám pre vás zlú správu“, ale svojou štylizáciou dopad informácie zmierňuje. Záhorec et al. (2009) dodávajú, že je tiež dôležité overiť si, či rodičia správne pochopili informáciu a dať im priestor na vyjadrenie a prípadné otázky. Lekár by mal rodičom vyjadriť podporu a uistiť ich, že je im kedykoľvek k dispozícii. Linhartová (2007) odporúča, pri oznamovaní onkologickej diagnózy dieťaťu, aby sa lekár a rodina dieťaťa s ohľadom na vek či citovú väzbu k členom rodiny dohodli, kto mu túto správu oznámi, či lekár, alebo niekto z rodiny (Linhartová, 2007). Ptáček et al., (2011) toto odporúčanie nepodporujú. Podľa nich rodičia prežívajú veľké emócie, ktoré môžu mať na podanú informáciu vplyv. A deti nechcú byť vyradené z diskusie o svojej osobe a byť viazané na to, čo sa im rodič rozhodne oznámiť. Linhartová (2007) uvádza, že ak sa deťom oznamujú vždy len pravdivé informácie, deti vďaka tomu v priebehu liečby lepšie spolupracujú. Ptáček et al. (2011) potvrdzujú toto tvrdenie a uvádzajú, že detskí pacienti potom majú väčšiu dôveru k rodičom aj k zdravotníckemu personálu. Sú menej úzkostní, nemajú priestor na vytváranie domnienok a lepšie komunikujú s ostatnými o svojich pocitoch a potrebách.

Zdravotnícki pracovníci musia pristupovať individuálne pri informovaní detského pacienta s ohľadom na vek dieťaťa. Deti predškolského veku obvykle chápu, že sú choré. Je možné im zjednodušene povedať, akú liečbu budú absolvovať. Rozhodujúce je zdôrazniť deťom, že počas choroby nezostanú samy a nie sú zodpovedné za negatívne reakcie rodičov (Linhartová, 2007; Ptáček et al., 2011).

Vo vekovej kategórii detí od siedmich do dvanástich rokov je už možné podrobnejšie vysvetlenie ochorenia. Je potrebné dieťa ubezpečiť, že hoci liečba môže byť nepríjemná, zdravotníci urobia všetko pre to, aby sa cítilo dobre. Aj deti v tejto vekovej kategórii stále potrebujú vedieť, že nie sú samy. Lekár by mal dieťa povzbudzovať k otázkam a vyjadreniu pocitov (Linhartová, 2007; Ptáček et al., 2011).

Deti v staršej vekovej kategórii ako dvanásť rokov už viac chápu príčinu choroby a uvedomujú si jednotlivé symptómy. Podľa Ptáčka et al. (2011) si uvedomujú riziko možného úmrtia, čo sa odráža aj v ich komunikácii. Sú veľmi citlivé na pravdivú komunikáciu a záujem o svoju osobu. Majú tendenciu správať sa izolovane a pri ťažkostiach hľadajú niekoho, na koho sa s dôverou môžu obrátiť. Linhartová (2007) uvádza všeobecné zásady komunikácie s dieťaťom. Hovorí, že lekár by nemal mať strach priznať, že nepozná odpoveď na otázku dieťaťa (napr. ohľadom pôvodu choroby, prečo sa niektorí uzdravia a iní nie). Za potrebné považuje upozorniť na možné vedľajšie účinky liečby (napr. vypadávanie vlasov, nevoľnosť) a uistiť dieťa, že po skončení chemoterapie tieto príznaky odznejú. Lekár by mal takisto vysvetliť, že choroba u každého prebieha iným spôsobom. Kľúčové je, aby dieťa vedelo, že aj keď sa bude cítiť dobre, liečbu musí dokončiť (Linhartová, 2007; Ptáček et al., 2011).

Keď sa pacient dozvie závažnú diagnózu, spustí sa u neho psychologický mechanizmus a v každej z týchto fáz musí lekár s pacientom komunikovať špecifickým spôsobom (Weiss, Janáčková, 2008). Tento model bol pôvodne navrhnutý Elizabeth Kübler-Rossovou a je zameraný na vyrovnanie sa so smrťou blízkej osoby. Záhorec et al. (2009) tento model adaptovali na komunikáciu s rodičmi v prostredí. V prvej fáze šoku a popretia Záhorec et al. (2009) navrhujú empatický prístup a vyjadrením pomoci. Odporúčajú lekárovi, poskytnúť priestor, rodičom šokovaným diagnózou svojho dieťaťa na vyjadrenie emócií. Až potom by mali rodičia dostať ďalšie, podrobnejšie informácie.

Ako uvádzajú Weiss, Janáčková (2008) vo fáze hnevu a obviňovania sa u pacienta začína prejavovať stres vyvolaný v predchádzajúcej fáze. To vyvoláva agresívne, alebo opačne pasívne reakcie, ktoré sa môžu prejavovať verbálne aj neverbálne. Môže tiež dôjsť k tomu, že pacient za svoj stav obviňuje okolie alebo sám seba. Ošetrojúci personál si musí uvedomiť, že agresivita nie je výrazom antipatie voči ich osobe. Komunikácia musí byť prispôsobená potrebe pacienta a rešpektovať aj fakt, že pacient o svojich pocitoch nechce hovoriť (Weiss, Janáčková, 2008). Negatívne prejavy rodičov nie sú zamerané proti lekárovi, ale sú výrazom zúfalstva a neschopnosti sa s danou závažnou udalosťou zmieriť. Lekár by nemal v takom prípade reagovať rovnako impulzívne ako rodičia, ale mal by prejavovať porozumenie k precit'ovaniu situácie (Záhorec et al., 2009). Fázu vyjednávania Weiss a Janáčková (2008) popisujú ako obdobie,

kedy sa pacient upokojuje, prestáva sa obviňovať za chorobu, začína prehodnocovať svoj život, modifikovať svoje duchovné potreby, vyhľadáva informácie o nových, alternatívnych formách liečby. Lekár by opäť mal dať najavo svoju podporu a porozumenie voči potrebám pacienta (Weiss, Janáčková 2008). Linhartová (2007) s týmto odporúčaním nesúhlasí a uprednostňuje, presvedčenie pacienta k lekárom navrhnutej liečbe.

Vo fáze depresie, kedy pacient pociťuje zúfalstvo, beznádej a bezmocnosť zohráva zdravotnícky personál úlohu v psychickej podpore pacienta (Weiss, Janáčková 2008). Záhorec, et al. (2009), kladú dôraz na to, aby zdravotnícky personál povzbudil rodičov v prejave svojich emócií a pocitov.

Posledná fáza ochorenia, akceptácia, je v komunikácii náročná pre pacienta, ale aj pre jeho blízkych. Rodina detského pacienta chce byť informovaná o všetkých zmenách a byť súčasťou celého procesu. Súčasťou umierania môžu byť rôzne emočne prejavy, ktoré zdravotníci rešpektujú (Weiss, Janáčková 2008). Linhartová (2007) odporúča zdravotníckemu personálu v tomto štádiu vyjadriť podporu a pomoci až vtedy, keď o ňu pacient požiada (Linhartová, 2007).

Odmietnutie liečby v detskej onkológii

Onkologické ochorenie dieťaťa zasiahne celú rodinu. Je to stav, ktorý prináša strach, bolesť a trápenie. Odkladanie vyšetrenia rodičmi môže byť zo strachu z pravdy. Liečba prináša riziká vzniku akútnych, niekedy dokonca život ohrozujúcich komplikácií, preto je nutné liečiť a sledovať dieťa na špecializovanom pracovisku. Iným dôvodom je riziko vzniku neskorých komplikácií po protinádorovej liečbe. Vyliečené dieťa má byť aj v dospelosti dispenzarizované. Tak sa vytvorí lepšia šanca na zabezpečenie kvality jeho života a života celej rodiny (Boledovičová a kol., 2006).

Rozhodovanie v detskej onkológii je vo viacerých prípadoch náročné. Často v praxi predstavujú mnohé etické dilemy a situácie, kedy žiadna z ponúkaných možností konania nepredstavuje všeobecne prijateľné riešenie etického problému (Glasa, Glasová, 2014). Odmietnutie liečby v rozvojových krajinách je prevažne ovplyvnené sociálnymi faktormi. V rozvinutých krajinách sú hlavnou príčinou odmietnutia liečby obvykle psychologické faktory: úzkosť, strach, náboženské presvedčenie, hľadanie iných možností pre nedostatok dôvery zo strany rodičov. Je úlohou celého ošetrovateľského tímu, pochopiť príčinu neochoty rodičov spolupracovať, zistiť dôvody odmietania, a následne vysvetliť všetky možné nezhody (Kolenová et al., 2020). Zároveň navrhnúť také riešenie, ktoré by mohli rodičia schváliť (Diekema, 2011). To poukazuje aj na potrebu intenzívnejšej komunikácie a starostlivosti lekárov a psychosociálneho tímu (Zuzak et al., 2016).

Kým v polovici 60. rokov minulého storočia prežívalo menej ako 10 % detských pacientov, v súčasnosti dokážeme vyliečiť viac ako 75 – 80 % pacientov s detským onkologickým ochorením (Kolenová, 2014). Detskí onkológovia navrhujú diagnostické a terapeutické postupy na základe vedecky overených poznatkov, štandardných postupov, svojich odborných skúseností a podľa toho, čo je podľa medicíny založenej na dôkazoch a súčasného stavu poznania pre pacienta najlepšie. Stáva sa, že rodič nesúhlasí s týmito odporúčaniami a neudelí informovaný súhlas s navrhovanou liečbou. Špecifikum pediatrie je, že pacient je neplnoletý a rozhodnutie o osude dieťaťa je v rukách zákonného zástupcu. Podľa ustanovenia § 31 zákona č. 36/2005 Z. z. o rodine rodičia zastupujú dieťaťa pri právnych úkonoch, na ktoré nie je spôsobilé (Fekete, 2011). V prípadoch poskytovania zdravotnej starostlivosti dieťaťu, osobe nespôsobilej dať informovaný súhlas, dáva súhlas s liečbou podľa § 6 ods. 5 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti jeho zákonný zástupca (zákon č. 576/2004 Z.z.).

„Maloletá osoba nie je však úplne vylúčená z rozhodovania o poskytovanej zdravotnej starostlivosti, v závislosti od jej schopností, by sa na ňom mala podieľať v čo najväčšej miere v súlade so zásadou z čl. 6 ods. 2 a čl. 12 ods. 1 Dohovoru o právach dieťaťa“. Bez ohľadu na vyjadrenie dieťaťa, konečné rozhodnutie je vždy na zákonnom zástupcovi. Vyjadrenie dieťaťa ošetrojúci zdravotnícky pracovník musí zaznamenať do zdravotnej dokumentácie (Seneši, 2015). Pre prípad odmietnutia navrhovaného zdravotného výkonu zákonným zástupcom dieťaťa, zákon o zdravotnej starostlivosti zabezpečuje ochranu práv dieťaťa prostredníctvom ustanovenia § 6 ods. 7. Ak zákonný zástupca dieťaťa odmietne dať informovaný súhlas (prípadne informovaný súhlas odvolá), poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže dať návrh na súd, ak je to v záujme dieťaťa, ktorému sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť. Súhlas súdu nahrádza informovaný súhlas zákonného zástupcu. Do rozhodnutia súdu možno vykonávať len také zdravotné výkony, ktoré sú nevyhnutné na záchranu života dieťaťa. Zákon o zdravotnej starostlivosti upravuje prípady, kedy informovaný súhlas zákonného zástupcu nie je potrebný. Nesúhlas nemôže zabrániť poskytnutiu zdravotnej (Seneši, 2015). V prípade odmietania liečby je aj napriek adekvátnej komunikácii a psychologickej podpore dôležité včas zvážiť riešenie právnou cestou a získať informovaný súhlas súdu (Humeník, 2011). Rodičom a pacientom by mala byť poskytnutá odborná psychologická podpora s cieľom nájsť vonkajšie a vnútorné zdroje na vyrovanie sa s novou životnou situáciou.

Psychika onkologického pacienta a reakcie na onkologické ochorenie

Schopnosť vyrovať sa s ochorením je u každého človeka individuálne. Onkologické ochorenie predstavuje nielen pre pacienta, ale aj pre jeho blízkych, nezvyčajnú záťaž. Vyžaduje si veľa

raz aj odbornú pomoc. Pacienti sa musia vyrovnat' s diagnózou, liečbou a priebehom choroby. Výskumy v tejto oblasti poukazujú na to, že tí, ktorí sa naučili vyrovnat' sa a aktívne bojovať s ochorením, majú vyššie šance na prežitie, na dlhodobý uspokojivý život a vyššiu kvalitu života (Nezuová, Nezu, 2004). Život ohrozujúca diagnóza je vždy sprevádzaná psychickou reakciou pacienta. S pribúdajúcou závažnosťou choroby sa ťažisko stále viac presúva na prežívanie ochorenia. U zomierajúceho nakoniec ustupuje do úzadia diagnostika a liečba. Chorý sa vyrovnáva s osudom. Začína svoj čas viac venovať veciam ako je rodina, vzťahy, ak je to fyzicky možné, venuje sa obľúbeným koníčkom, činnostiam. Liečba choroby sa zameriava na sprievodné symptómy ako je bolesť, zvracanie, na zabezpečenie psychickej podpory a „sprevádzanie“ v zmysle neopustiť pacienta, neponechať ho samotného so zachovaním jeho dôstojnosti (Svatošová, 2011).

Diagnóza onkologického ochorenia sa dotkne každého človeka inak. Niektorí mlčia, niektorí plačú, alebo nadávajú. Andrášiová (2008) popisuje nasledovné zmeny v psychike pacienta:

- zúženie myšlienkového obzoru vedomia (pacient sa sústreďuje iba na chorobu, jej prejavy, dôsledky, liečbu a všetky ostatné témy zabúda),
- regresia s následnou emočnou labilitou, vzdorovitosťou, zvýšenou potrebou pozornosti,
- zníženie sebavedomia a pokles sebaúcty,
- strata pocitu bezpečia, istoty.

Štúdie o vplyve psychosociálnych faktorov na dĺžku prežívania ukázali, že ľudia s depresiou a zlým sebahodnotením zažívali väčší stres pri zistení choroby a psychosociálne faktory predvídali ich skoršiu smrť (Taylor, 2009).

Popretie je defenzívny mechanizmus, ktorým sa ľudia vyhýbajú následkom choroby. Je to podvedomý mechanizmus, ktorý je zameraný proti vonkajšej alebo vnútornej hrozbe či ohrozeniu, vnímanému ako netolerovateľné (Doyle et al., 2004).

Popretie má päť fáz (Doyle et al., 2004):

- uvedomenie si známej reality,
- vylúčenie neprijateľnej časti z tejto známej reality,
- nahradenie nepríjemnej reality niečím viac prijateľným a menej ohrozujúcim,
- reorientácia s ohľadom na zmenenú realitu,
- prijatie zmenenej reality ako dokázaný fakt.

Popretie sa najčastejšie pozoruje u ľudí s ochorením srdca, po porážke a u chorých s rakovinou. Krátko po zistení nevyliciteľného ochorenia môže popretie slúžiť ako obranný mechanizmus ochraňujúci pred celým spektrom problémov.

Úzkosť je zvyčajná u ľudí s novodiagnostikovaným závažným ochorením. Chorí sa citlivo pozerajú na svoj zdravotný stav a každú aj tú najmenšiu zmenu považujú za príznak zhoršenia alebo návratu choroby. Úzkosť je zvlášť silná u ľudí ak očakávajú výsledky testov, vyšetrení alebo pri očakávaní možných nežiaducich účinkov liečby. Úzkosť sa zvyšuje aj v situáciách, kedy pacienti očakávajú zmeny v životnom štýle v dôsledku choroby, v závislosti na lekároch, keď sa obávajú návratu choroby, ale aj keď nemajú dost informácií o svojej ochorení a jej liečbe. Úzkosť môže byť prekážkou dobrej tolerancie liečby. Aj keď úzkosť vyvolaná prítomnosťou choroby sa môže časom zmenšovať, úzkosť z návratu choroby sa časom prevažne zhoršuje (Vymětal, 2003).

Depresia je častou reakciou na chronické ochorenia. Depresia sa v priebehu prispôsobenia chronickej chorobe vyskytuje neskôr ako popretie alebo úzkosť a môže sa opakovať. V súčasnosti sa depresii pripisuje oveľa väčší význam pri prežívaní ochorenia, ako v minulosti. Depresia je zvyčajne predzvesťou fyzického zhoršenia a rizikom vzniku ďalších chronických chorôb. Komplikuje dodržiavanie liečby a liečebné rozhodovania. Depresívni pacienti sú menej motivovaní k liečbe, rehabilitácii, ich pobyt v nemocnici je dlhší a častejšie sú prekladaní do liečební pre dlhodobu chorých (Taylor, 2009). Dnes už vieme, že psychická záťaž spojená s diagnózou a priebehom ochorenia výrazne ovplyvňuje priebeh ochorenia. Pacienti, ktorí využívajú aktívne zvládacie stratégie žijú výrazne kvalitnejší život. Aby sa mohli pacienti vyrovnáť s diagnózou a záťažou vyplývajúcou z nej potrebujú profesionálnu pomoc. Pomôcť im môže psychoonkologická intervencia v podobe poradenstva alebo terapie (Angenendt a kol., 2010). Tschuschke (2004) považuje za najdôležitejšie v boji s onkologickým ochorením „chuť žiť“. Za opačný postoj, ktorý naopak pomáha rozvoju ochorenia, je rezignácia, alebo odovzdanie sa osudu. Čím viac má pacient opory zo strany rodiny, priateľov a ošetrojúceho personálu, tým efektívnejšie dokáže aktivovať svoje stratégie zvládania a tým lepšie sa naučí prijať svoju chorobu.

Medzi faktory, ktoré môžu pomôcť pacientovi životnú situáciu zvládnuť uvádza Andrášiová (2008):

- kvalitnú komunikáciu s lekárom,
- informácie o chorobe a možnostiach jej liečby,
- komunikáciu s okolím,
- aktívny postoj k chorobe a liečbe, nebyť len pasívnym objektom starostlivosti,
- udržiavanie sa v dobrej psychickej kondícii,

- snaha o zachovanie prirodzených sociálnych rolí a o život v prirodzenom domácom prostredí,
- opora priateľov a rodiny (Andrášiová, 2008).

Na strane druhej poukazuje na indikátory, ktoré môžu pacientovi životnú situáciu komplikovať:

- tendencia vyhýbať sa informáciám o chorobe,
- uzatváranie sa do seba,
- pasívna odovzdanosť chorobe,
- psychická dekompenzácia a nevyhľadanie odbornej pomoci,
- malá podpora zo strany rodiny a priateľov (Andrášiová, 2008).

Výživa a hydratácia onkologických pacientov a terminálne chorých pacientov

Pri poskytovaní starostlivosti onkologicky a terminálne chorým pacientom sa stretávame s viacerými problémami a etickými dilemami. Tieto problémy sa netýkajú len pacienta, ale aj jeho rodiny a blízkych. Problémy výživy, hydratácie ale i transfúzie radíme medzi najčastejšie problémy. Pri problémoch spojených s výživou sa zameriavame nielen na problémy nádorovej kachexie, spôsoby podávania a zloženia stravy, ale i na posúdenie indikácie umelej výživy a hydratácie. Príčinou sú zmeny vyplývajúce zo základného ochorenia. Hudáková, Novysedláková (2012) upozorňujú na to, že u pacienta je prítomná refraktérna kachexia, aktívny katabolizmus s faktormi znemožňujúcimi riešiť progresívny úbytok hmotnosti úpravou stravy. Sláma, Kabelka, Vorlíček (2012) hovoria, že aj efekt nutričnej podpory je malý. Nemcová (2013) upozorňuje na to, že pokračujúca, plne kompenzovaná hydratácia môže terminálnych pacientov zaťažovať, čo vedie k edémom, dušnosti a k rozvoju ascitu. Dodáva, že v dôsledku edému v oblasti nádorového tkaniva môže nastať aj zhoršovanie bolesti. Kopáčiková a kol. (2015) a Gulášová a kol. (2014) pripomínajú aj zmeny psychiky, ktoré sa prejavujú nepokojom, agresivitou, zmätenosťou v pokročilom štádiu ochorenia v súvislosti s nežiaducimi prejavmi liečby. Pacienti majú odmietavý postoj k liečbe a k jednotlivým terapeutickým aktivitám, ku ktorým patrí i výživa a hydratácia. V takomto prípade je prioritou psychická podpora a terapeutická komunikácia (Zrubáková a kol., 2020)

Zdravotnícki pracovníci pri podávaní výživy a hydratácie musia zhodnotiť, kedy majú ešte pozitívny účinok pri liečbe pacienta a nepoškodzujú ho. Musia rešpektovať pranie pacienta, prípadne rodiny a akceptovať právo pacienta na stálu starostlivosť a to i napriek tomu, že sa cieľ „uzdravenie“ z choroby, mení na zachovanie pohodlia a kvality života. Tu sa v praxi zdravotníci stretávajú s problémom, vyrovnania sa rodiny a blízkych, ktorí sú skôr za

pokračovanie terapie (Amano et al., 2020). Niekedy i zdravotnícki pracovníci pochybujú o správnosti svojho rozhodnutia. Albanesi et al., (2020) zistili, že na zabezpečenie dôkladnej a dôstojnej starostlivosti na konci života sú potrebné klinické a etické znalosti o výžive a hydratácii. Sestry sa najčastejšie stretávajú s porušením etických princípov beneficencie a non-maleficiencie (nadmerná hydratácia, nátlak rodiny, nevhodná aplikácia výživy, podávanie výživy a hydratácie, ktoré nie sú v súlade so zdravotným stavom pacienta) a neakceptovaním želania pacienta.

Otázky výživy a posúdenie jednotlivých intervencií sú v klinickej praxi spojené s etickými dilemami. Zdravotnícki pracovníci sa stretávajú s nasledujúcimi situáciami:

- rodinní príslušníci a zdravotníci sa cítia bezmocní pri konfrontácii tvárou v tvár s rakovinou a umieraním. Ich odpoveďou na tento pocit je obhajoba umelej výživy a hydratácie (Amano et al., 2020).
- Umierajúci sú pre zaistenie dostatočnej výživy a hydratácie často hospitalizovaní, napriek tomu, že ich želanie je prežiť zvyšok života v domácom prostredí (Albanesi et al., 2020).
- Pacient je hospitalizovaný na pranie rodiny, lebo je potrebné „urobiť ešte niečo“. Mnohí zomierajúci a ich príbuzní očakávajú, že sa stane zázrak až do úplného konca. Lekári robia intervencie a zat'azujú zomierajúceho liečbou, ktorá už prináša viac bolesti ako je očakávaný prínos (Herinková, Zrubáková, Darmošová, 2010).

K hlavným etickým dilemám patrí:

- rozpor medzi princípom beneficencie a nonmaleficiencie. Konat' v prospech pacienta a zároveň mu neuškodiť nadmernou starostlivosťou.
- Rozhodnutie nie tak o začatí, ale o ukončení liečby (Škripeková, 2018; Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2012),
- Dať prednosť autonómii pacienta (čo je v záujme pacienta) a zvážiť možné výhody oproti prípadným nežiaducim účinkom navrhovanej liečby (Herinková, Zrubáková, Darmošová, 2010).

Príčinou porúch výživy u onkologických ochorení je zmena metabolizmu bielkovín, tukov, cukrov a nepomer medzi príjmom a výdajom energie. Dôvodom je aj chemoterapia, rádioterapia a jej nežiaduce účinky (Voleková, 2013; Minárik, Mináriková 2017). Najvýznamnejším problémom je malnutrícia a výrazný pokles hmotnosti. Podvýživou trpí až 75 % pacientov (Caccialanza et al., 2016; Hudáková, Novyzedláková 2012). Zlý stav výživy má za následok pokles vitálnych funkcií, zníženie kvality života, vyššiu mieru

komplikácií a horšiu odpoveď na protinádorovú liečbu (Raková a kol., 2019). Pokles telesnej hmotnosti o 5% môže významne znížiť čas na liečbu a dĺžku prežitia (Zápotocká, Gombašová, Zakuciová, 2017). Preto je výživa a hydratácia dôležitou súčasťou liečby. U onkologicky chorých však treba rozlíšiť o aký typ liečby ide.

Pri *kuratívnej liečbe* je cieľom dodržať zásady správnej výživy, zlepšiť klinický stav pacienta a znížiť dĺžku hospitalizácie, ale aj udržať zdravú telesnú hmotnosť a zabrániť chudnutiu a následnému oslabeniu imunity (Škripeková, 2017).

Pri *paliatívnej liečbe* je cieľom udržať zodpovedajúcu kvalitu života, minimalizovať diskomfort pacienta, zmierniť komplikácie, nepredlžovať proces umierania a maximálne rešpektovať jedinečnosť konca každého ľudského života (Kuricová, Žiaková, Nemcová, 2018). Využíva sa úprava diéty, sipping, enterálna a paranterálna výživa (Herinková, Zrubáková, Vaněk, 2014).

Pri indikácii *umelej výživy a hydratácie* je dôležité zohľadniť:

- Predpokladanú prognózu ochorenia s ohľadom na dĺžku prežitia.
- Prítomnosť symptómov súvisiacich s dehydratáciou, vplyv dehydratácie na kvalitu života (Herinková, Zrubáková, Vaněk, 2014).
- Ciele liečby.
- Príčinu nedostatočného perorálneho príjmu a možnosti kauzálneho riešenia.
- Želanie pacienta a jeho rodiny na enterálnu a parenterálnu výživu (Krajčík, Mikus, Bajanová, 2018).

Enterálna výživa je u onkologických pacientov nekomplikovanejšia a má nižšie riziko komplikácií. Ak pacient nemôže prijímať potravu prirodzeným spôsobom, využívame možnosť enterálnej výživy nutričnými sondami. Ak nie je možný prirodzený prívod stravy vhodná je perkutánna gastrostómia, ktorá je pre pacienta optimálnou voľbou. Zavedenie nazogastrickej alebo nazojejunálnej sondy je pre pacienta psychickou záťažou a bez adekvátnej podpory zo strany lekárov, sestier a rodiny je väčšinou neprekonateľnou prekážkou (Škripeková, 2013). Škripeková (2017) uvádza, že výživa umelou cestou nezastaví postupné zhoršovanie celkového stavu. Sonda pacientovi nepredĺži život, naopak môže mu jeho záver znepříjemniť. Gastrostómia alebo jejunostómia môže byť zavedená endoskopicky alebo peroperačne. Výhodou gastrostómie oproti jejunostómii je, že do žalúdka môžeme aj arteficiálne podávať bolusové dávky stravy, ktorá nemusí byť sterilná. Môže byť pripravená rozmixovaním bežnej stravy. V súčasných podmienkach sa využívajú perorálne nutričné suplementy na báze mliečnej bielkoviny, sójovej bielkoviny, jogurtu. Strava do jejunostómie sa nesmie podávať v bolusoch,

ale kontinuálne a musí byť sterilná (zabránenie vzniku gastroenteritídy, ktorá pri ďalších komplikáciách môže byť pre pacienta tragická). Zabezpečiť pacientov s takto podávanou stravou je náročné a nevyhnutná je podpora ošetrovateľského tímu a rodiny, ktorí zabezpečujú bezprostrednú starostlivosť o pacienta (Škripeková, 2013).

Parenterálna výživa a hydratácia môže byť aplikovaná intravenózne alebo subkutánne (hypodermoklýza). V terminálnej fáze onkologického ochorenia môže umelá výživa zhoršovať kvalitu života a môže zhoršiť umieranie (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2012).

Diagnostika malnutricie

Nutričné hodnotenie predstavuje mnohostranné a dynamické posúdenie, ktoré je súčasťou celkového klinického pohľadu na pacienta. Neexistuje metóda, na základe ktorej možno jednoznačne identifikovať prítomnosť a stupeň malnutricie. Je nutné vykonať viacero vyšetrení a získané parametre hodnotiť v kontexte celkového klinického stavu pacienta a funkcií jednotlivých orgánov. Včasná diagnostika malnutricie je predpokladom určenia vhodnej nutričnej stratégie na jej zvládnutie. Na nutričnej podpore sa podieľa ošetrojúci personál (sestra, lekár), nutričný terapeut.

Na posúdenie stupňa malnutricie a určenie rezerv pacienta sa odporúča súbor vyšetrení:

- nutričná anamnéza – získame orientačné údaje o stravovaní, zloženie stravy, zaobstarávanie a príprava stravy, preferencie chutí), nápomocné môžu byť aj nutričné denníky založené na sledovaní a zaznamenávaní denného príjmu stravy. Dôležitá je aj lieková a osobná anamnéza ochorení (Zazula et al., 2006),
- základné antropometrické vyšetrenia – sú vhodné na posúdenie aktuálneho nutričného stavu, ale aj na sledovanie efektu liečby: meranie obvodu nedominantného ramena (stav svalovej hmoty) a meranie výšky kožnej riasy nad tricepsom (stav tukových zásob). Ich znížené hodnoty sú indikátormi nedostatočnej výživy (Hoozová, 2015),
- biochemické, hematologické a imunologické vyšetrenie – základným laboratórnym parametrom na posúdenie stavu výživy patria celkové bielkoviny, albumín, prealbumín, transferín, cholesterol, hemoglobín a absolútny počet lymfocytov. Dôležité sú aj údaje o stave obličkových a pečeneových funkcií a koncentrácii CRP, hodnota kreatinínu odráža aj stav svalovej hmoty,
- funkčné testy – bolo vytvorených množstvo dotazníkov za účelom posúdenia jedinca s malnutriciou alebo s rizikom jej vzniku. Dotazník MUST (The Malnutrition Universal Screening Tool) je všeobecne prijímaný ako jednoduchý nástroj na posúdenie stavu

výživy pri ambulantnom aj nemocničnom vyšetrení. Škála pre hodnotenie stavu výživy (MNA/ MNA – SF; The Mini – Nutritional Assessment/ - Short Form). MNA je komplexný nástroj na diagnostiku prítomnosti malnutície alebo rizika jej vzniku (Hoozová, 2015).

Umelá výživa a hydratácia sa v mnohých krajinách považujú za formy liečby, ktorú je možné obmedziť alebo ukončiť napr. odmietnutie liečby zo strany pacienta, odmietnutie neodôvodnenej úpornej liečby alebo odmietnutie neprimeranej liečby, ktorú takto hodnotí ošetrojúci tím a ktorá je takto akceptovaná v rámci kolektívneho postupu rozhodovania. Hľadiská, ktoré je potrebné v tejto súvislosti vziať do úvahy, sú požiadavky pacienta a primeranosť liečby v konkrétnej situácii. V niektorých krajinách sa umelá výživa a hydratácia nepovažujú za liečbu, ktorú možno limitovať alebo ukončiť, ale za formu starostlivosti, ktorá spĺňa základné potreby jedinca, teda mu nemôže byť vzatá, ak pacient, v terminálnej fáze nevyjadril pranie. Otázky primeranosti umelej výživy a hydratácie sú na konci života, predmetom mnohých diskusií. Niektorí zastávajú názor, že začatie alebo pokračovanie umelej výživy a hydratácie na konci života sú potrebné pre pohodlie pacienta. Pre druhých, v súvislosti s výskumami v oblasti paliatívnej starostlivosti je prínos umelej výživy a hydratácie pre pacienta v terminálnej fáze otázný.

Pokrok v oblasti medicíny, zvlášť vývoj medicínskych technológií umožnili predĺženie života a zvýšili vyhliadky na prežitie. Zmena priebehu chorôb, ktoré boli považované za akútne alebo rýchlo postupujúce, na chronické alebo pomaly postupujúce priniesla vznik mnohých komplexných situácií a nepochybne podnietila diskusie o mnohých etických dilemách.

Bez toho, aby sa spochybňovalo rešpektovanie slobodného a informovaného súhlasu pacienta, platí, že prvým predpokladom začatia alebo ďalšieho pokračovania akejkoľvek liečby je jej medicínska indikácia. Neexistuje všeobecne zjavný spôsob na presné určenie primeranosti liečby, ktoré by bolo možné použiť vo všetkých konkrétnych situáciách, hoci sú k dispozícii kritériá, ktoré vychádzajú z medicíny založenej na dôkazoch (Evidence-Based Medicine). Pri hodnotení primeranosti liečby je veľmi dôležitý vzťah dôvery medzi lekármi, poskytovateľmi starostlivosti a pacientmi. Neprimeranosť liečby sa definuje najmä so zreteľom na štádium vývoja choroby a na odpoveď pacienta na poskytovanú liečbu. Tieto určujú, či je potrebné pôvodnú medicínsku indikáciu liečby spochybniť. V mnohých prípadoch sú etickými otázkami diskusií medzi lekármi, poskytovateľmi starostlivosti a pacientmi (Rada Európy, 2016).

Literatúra

1. AMANO K. et al. 2020. Beliefs and Perceptions About Parenteral Nutrition and Hydration by Family Members of Patients With Advanced Cancer Admitted to Palliative Care Units: A Nationwide Survey of Bereaved Family Members in Japan. In : *Journal of pain and symptom management*. 2020; 60 (2): 355-361. DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2020.03.006](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.006)
Nutrition
2. ALBANESI B. et al. 2020. Exploring Nurses' Involvement in Artificial and Hydration at the End of Life: A Scoping Review. In : *Journal of parenteral and enteral nutrition*. 2020; 44. (1). Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1002/jpen.1772>.
3. ANDRÁŠIOVÁ, M. 2007. *Psychologické minimum o psychickom prežívaní onkologického pacienta*. In : *Via pract.*, 2007, roč. 4 (S2): 42–46. Bratislava. 2007. ISSN 1336-4790.
4. ANDRÁŠIOVÁ, M. 2008. Psychologické aspekty paliatívnej starostlivosti. In: *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. Ročník 1., číslo 2, 2008, s. 77 – 79.
5. ANDRÁŠIOVÁ M. 2009. *Keď do života vstúpi rakovina*. Bratislava: Landy, s. r. o., 2009. ISBN 978-80-070127-0-0.
6. ANGENENDT, G. a kol. 2010. *Psychoonkologie v praxi. Psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál, 2010. 328 s. ISBN 9788073677817.
7. BEAUCHAMP, T., L. - CHILDRESS, J. F. 2001. *Principles of biomedical ethics*. 5th edition. New York: Oxford University Press, 2001. 454 s. ISBN: 0195143310 9780195143317.
8. BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. 2006. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 2. vydanie. Martin: Osveta, 2006. 208 s. ISBN 80-8063-211-1.
9. CACCIALANZA, R. et. al. 2016. Nutritional Support in Cancer Patients: A Position Paper from the Italian Society of Medical Oncology (AIOM) and the Italian Society of Artificial Nutrition and Metabolism (SINPE). In : *Journal of Cancer*. 2016. 7(2): 131-135.
10. DIEKEMA, D. S. 2011. Parental refusals of recommended medical interventions. In: *Clinical Ethics in Pediatrics*. Cambridge University Press; 2011:248.
11. DOYLE, D. - HANKS, G. - CHERNY, N. - CALMAN, K. 2004. *Oxford textbook of palliative medicine*. 3th ed. Oxford, University Press, 2004. 1244 s. ISBN 9780198566984.
12. FEKETE, I. 2011. *Občiansky zákonník 1. Veľký komentár*. Bratislava: Eurokódex; 2011. 816 s. ISBN 9788081550393.

13. GALLAGHER, A. – GANNON, C. 2011. *Difficult Decisions in Cancer Care – Conducting an Ethics Case Analysis*. In: *European Oncology & Haematology*, 2011;7(2):101-105. [cit. 2021- 09 - 09] DOI: <https://doi.org/10.17925/EOH.2011.07.02.101>.
14. GLASA J, GLASOVÁ H. 2014. Farmakoeconomika a etika v onkológii: etické dilemy a možnosti ich riešenia. In : *Onkológia*. 2014;9(1):19-23.
15. GULÁŠOVÁ I. a kol. Psychické zmeny u nevyliciteľne chorých pacientov. 2014. [Online] Dostupné na: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/psychicke-zmeny-u-nevylicitelne-chorych-pacientov/>.
16. HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Lékařská etika*. 3 vydání. Praha : Galén. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
17. HAŠKOVCOVÁ, H. 2007. *Informovaný souhlas proč a jak?* Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.
18. HERINKOVÁ A, ZRUBÁKOVÁ K, - DARMOŠOVÁ, R. 2010. Etické dilemy hydratácie a výživy v závere života. In : *Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti v teórii a praxi*. 2010. [Online] Dostupné na : https://ar4.library.sk/ar1-sllk/sk/detail-sllk_un_cat-0175812-Eticke-dilemy-hydratacie-a-vyzivy-v-zavere-zivota/.
19. HERINKOVÁ, A. – ZRUBÁKOVÁ, K. – VANĚK, P. 2014. Fakty a mýty o výžive onkologického pacienta. Ed. Zrubáková K, Novyzedlaková M. *Rodina- Zdravie- Choroba*. Ružomberok: Verbum. 2014. s. 233- 241. Dostupne na : <https://docplayer.pl/6341889-Rodina-zdravie-choroba.html>.
20. HONZÁK, R. 1997. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha : Galén, 1997. 151 s. ISBN 80-85824-60-4.
21. HOOZOVÁ, J. 2015. Malnutriícia u seniorov. In : *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2015. 8(1e): e6–e12.
22. HUDÁKOVÁ, Z., ZIEBA, H. R. 2015. *Etické problémy v onkologickom ošetrovateľstve*. In : *Zdravotnícke štúdie*. Ročník VIII., č. 2. Ružomberok : VERBUM. 2015. 58 s. ISSN 1337-723X.
23. HUDÁKOVÁ, Z. - NOVYSEDLÁKOVÁ, M. 2012. *Onkologické ošetrovateľstvo 2*. Ružomberok: Verbum; 2012. 201 s. ISBN: 9788080849733.
24. HUMENÍK I. 2011. *Ochrana osobnosti a medicínske právo*. Bratislava: EUROKÓDEX, s.r.o. 2011. 288 s. ISBN 9788089447589.

25. HUMENÍK I. 2012. Praktické otázky týkajúce sa informovaného súhlasu nespôsobilých pacientov. In: *Informovaný súhlas a inštitút predchádzajúceho prania*. Bratislava: Eurokódex; 2012:112.
26. KISS a kol. 2021. Klinická onkologie pro mediky. 3 přepracované a doplněné vydání. Brno : Masarykova univerzita. 471 s. ISBN 978-80-210-9908-1.
27. KOLENOVÁ A. 2014. Onkologické ochorenia v detskom veku. Bratislava: Univerzita Komenského. 2014. 93 s. ISBN 978-80-223-3586-7.
28. KOLENOVÁ A. a kol. 2020. Rodičia odmietli liečbu svojho dieťaťa s onkologickým ochorením: ako postupovať? In : *Pediatrica pre prax*. 2020;21(1):18-21.
29. KOPÁČIKOVÁ M. a kol. 2015. Posudzovanie symptómov a spirituálnych potrieb pacientov v paliatívnej starostlivosti. Bratislava: SAP; 2015. 116 s. ISBN 978-80-89607-40-2.
30. KRAJČÍK, Š., - MIKUS, P. – BAJANOVÁ, E. a kol. 2018. Výživa vo vyššom veku. Bratislava: Herba. 2018. 192 s. ISBN 9788089631841.
31. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. Psychologie nemoci. Praha : Vydavatelství Grada Publishing. 200 s. ISBN: 80- 2470-179-0.
32. KUTNOHORSKÁ, J. 2007. Etika v ošetrovatel'stve. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 163 s. ISBN 978-80-247- 2069-2.
33. KURICOVÁ, R. – ŽIAKOVÁ, K. – NEMCOVÁ, J. a kol. 2018. Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovatel'skej starostlivosti. Martin: Osveta; 2018. 310 s. ISBN 9788080634575.
34. LINHARTOVÁ, V. 2007. Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál. 1. vyd. Praha: Grada. 152 s. ISBN: 978-80-247-1784-5.
35. MINÁRIK, P. – MINÁRIKOVÁ, D. 2017. Strava a výživa v prevencii a liečbe rakoviny. Bratislava: Farmaceutická fakulta Univerzity Komenského. 2017. 80 str. ISBN 9788081321813.
36. NATIONAL BREAST AND OVARIAN CANCER CENTRE. 2008. Breaking bad news: Evidence from the literature and recommended steps. National Breast and Ovarian Cancer Centre, Surry Hills, NSW. [cit. 2021- 10 - 19]. Dostupné na : <https://www.canceraustralia.gov.au/sites/default/files/publications/nbcc-bbn-lit-review-and-next-steps.pdf>.
37. NATIONAL COUNCIL FOR HOSPICE AND SPECIALIST PALLIATIVE CARE SERVICES (GREAT BRITAIN). 2003. Breaking Bad News. Regional Guidelines: Developed from Partnerships in Caring (2000) DHSSPS February 2003. Department of

- Health, Social Services and Public Safety. [cit. 2021- 10 - 19]. Dostupné na : https://hscbereavementnetwork.hscni.net/wp-content/uploads/2014/05/Breaking_Bad_News.-Regional-Guidelines-2003.pdf.
38. NEZU, CH.,M. - NEZU, A.M., a kol. 2004. Pomoc pacientům při zvládání rakoviny. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2004. 311 s. ISBN 8073640007.
 39. ONDRIOVÁ, I. a kol. 2014. Vybrané kapitoly z ošetrovateľskej etiky. 1. vyd. Prešov : Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2014. 141 s. ISBN 978-80-555-1176-4.
 40. PTÁČEK, R. et al. 2011. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80- 247-3976-2.
 41. SENEŠI Z. 2015. *Kedy môže rodič odmietnuť liečbu dieťaťa?* In : *Pediatrica pre prax.* 2015;16(2):83-84.
 42. SLÁMA, O. - KABELKA, L. - VORLÍČEK, J. 2012. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galen. 2012. 363 s. ISBN 9788072628490.
 43. SVATOŠOVÁ, M. 2011. Hospice a umění doprovázet. Praha: Karmelitánské nakladatelství. 2011. 152 s. ISBN 9788071955801.
 44. ŠKRIPEKOVÁ A. Výživa pacientov s pokročilým nádorovým ochorením. In : *Farmakoterapeutické postupy.* 2013; 3 (1): 55-59.
 45. ŠKRIPEKOVÁ A. 2017. Korelácia stúpajúcej hladiny albumínu a naplnenia terapeutického cieľa pri parenterálnej nutričnej podpore. In : *Nutrition News.* 2017; 1, (1): 6-7.
 46. ŠKRIPEKOVÁ A. 2018. Ukončovanie parenterálnej výživy na konci života. In : *Nutrition News.* 2018; 2 (1): 14-17.
 47. TAYLOR, S. E. 2009. Health Psychology, seventh edition. New York: McGraw-Hill Publishing, 2009. ISBN13: 9780073382722.
 48. TSCHUSCHKE, V. 2004. Psychoonkologie: psychoonkologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny. Praha : Portál. 2004. 215 s. ISBN 807-17-8826-0.
 49. VENGLÁŘOVÁ, M. - MAHROVÁ, G. 2006. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada. 144 s. ISBN: 802-47-1262-8.
 50. VOLEKOVÁ, M. 2013. Manuál enterálnej výživy pre ambulantnú prax. Bratislava: Herba. 2013. 168 s. ISBN 9788089631049.
 51. VYMĚTAL, J. 2003. Lékařská psychologie. 3. aktualizované vydání. Praha: Portál. 2003. 396 s. ISBN 807178740X.
 52. WEISS, P. - JANÁČKOVÁ, L. 2008. Komunikace ve zdravotnické péči. 1. vyd. Praha: Portál. 2008. 138 s. ISBN 9788073674779.

53. ZÁHOREC, M. - ANDRÁŠIOVÁ, M. - KOROŠOVÁ, V. 2009. Princípy suportívnej komunikácie zdravotníckych pracovníkov s rodinou umierajúceho dieťaťa. Detský fond Slovenskej republiky, Projekt Detského fondu SR „Aj oni sú naše deti“. [cit. 2021 – 11 - 12]. Dostupné na : https://www.dfsr.sk/wp-content/uploads/2018/10/aj-oni-su-nase-deti_brozurka-pre-lekarov.pdf.
54. ZÁPOTOCKÁ, J. – GOMBAŠOVÁ, L. – ZAKUCIOVÁ, M. 2017. Enterálna alebo parenterálna výživa, kedy a ktorá. In : *Gastroenterológia pre prax*. 2017. 16(4): 157-161.
55. Zákon č. 576/2004 Z. z. Zákon o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
56. ZAZULA, R. - WOHL, P. - WOHL, P. 2006. Hodnocení metabolického a nutričního stavu nemocných. In : *Medicina pro praxi*. 2006, roč. , č.1, s. 12-14. ISSN 1214-8687.
57. ZUZAK, T.J. – KAMEDA, G. – SCHUTZE, T., et al. 2016. Contributing factors and outcomes of treatment refusal. In : *Pediatric oncology in Germany. Pediatr Blood Cancer*. 2016;63:1800-1805. PMID: 27348500.
58. ZRUBÁKOVÁ, K. - HERINKOVÁ, A. - IŽOVÁ, M. 2020. Výživa a hydratácia terminálne chorých onkologických pacientov. In : *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2020;13(1-2e):21-25.
59. RADA EURÓPY. 2016. Sprievodca procesom rozhodovania o medicínskom postupe v situáciách na konci života. [Online]. Dostupné na : <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806d87d2>.

5 PROBLEMATIKA BOLESTI

Rakovina je stále hlavnou príčinou chorobnosti a úmrtnosti na celom svete. Medzinárodná agentúra pre výskum rakoviny odhaduje, že v nasledujúcich dvoch desaťročiach vzrastie počet nových prípadov o 75% (Isaac, Stuver, Davis et al., 2012; Kurita, Tange, Farholt et al., 2013). Odhadovaný nárast incidencie a prevalencie rakoviny podporuje predikciu nárastu počtu ľudí s bolesťou spôsobenou chorobou a jej liečbou. Historicky pretrvávajúca prevalencia a extrémna intenzita bolesti pri rakovine, ktorú pacienti pociťujú, bola zdokumentovaná prostredníctvom mnohých medzinárodných epidemiologických štúdií (Carlson, 2016). Nádorovou bolesťou trpí podľa dostupných dát asi 60% pacientov. U pacientov s pokročilým ochorením sa bolesť vyskytuje v 70%, v konečnom štádiu ochorenia až v 90% (Jirsová, 2019). Podobne aj Ferreira et al. (2019) uvádzajú, že asi 43 % pacientov s rakovinou má nedostatočnú liečbu a kontrolu bolesti, čo je neprijateľný fakt vzhľadom k tomu, že od roku 1986 existuje liečebný protokol podporovaný Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO), ktorý podporuje kontrolu bolesti u 70 % – 90 % pacientov, pri správnej aplikácii (Porter, Keefe, 2011; Kulkamp, Barbosa, Bianchini, 2008). Staršie výskumy uvádzajú, že bolesť spôsobená rakovinou, alebo súvisiaca s rakovinou sa líši od bolesti, ktorú pociťujú pacienti bez malignít. Vyskytuje sa približne u jednej štvrtiny pacientov s novodiagnostikovanými malignitami, u jednej tretiny pacientov podstupujúcich liečbu a u troch štvrtín pacientov s pokročilým ochorením. Autori uvádzajú, že bolesť je jedným zo symptómov, ktorých sa pacienti najviac obávajú (Merskey, Bugduk, 1994; Cohen, Easley, Ellis, et al., 2003; Goudas, Bloch, Gialeli-Goudas, et al., 2005; Svendsen, Andersen, Arnason, et al., 2005). Pacienti s nádorovým ochorením často trpia bolesťou spôsobenou samotnou rakovinou, protinádorovou liečbou, alebo kombináciou ochorenia a liečby. Vo vzťahu k základnej diagnóze je bolesť u onkologických pacientov zraňujúca a vyžaduje si špeciálnu pozornosť. Vo vzťahu k onkologickému ochoreniu, jeho štádiu, liečbe, ale aj nezávisle na ňom, pacienti s nádorovou bolesťou disponujú mnohými príčinami bolesti. Bolesť zhoršujú patofyziologické, spoločenské aspekty, ale aj vplyv iných obťažujúcich symptómov (Kulichová, 2007). Vo vzťahu k uvedeným faktom je liečba bolesti vždy uvádzaná vo všetkých etických doporučeniach ako prvý symptóm, ktorý je treba vyhodnotiť a liečiť (Opatrná, 2022).

Prvé zmienky o spôsoboch liečby bolesti sú zachytené na egyptských papyrusoch a na objavoch zo starovekej Troje a Perzie. V tejto dobe bola bolesť pripisovaná zlým démonom. Bola považovaná za trest, zoslaný bohmi. Ľudia sa chránili amuletmí a zariekaním. Číňania používali na tlmenie bolesti akupunktúru. Egypťania sa zaoberali prikladáním nílskych elektrických rýb, čo imitovalo súčasnú transkutánnu elektrostimuláciu (Rokyta, 2012).

Nemčíková (2005) uvádza, že po tisíceky rokov boli ópium, psychosociálne intervencie a spirituálna podpora hlavnou pomocou v starostlivosti o zomierajúcich pacientov s bolesťou. Upozorňuje na skutočnosť, že im dokázali zabezpečiť určité pohodlie, ale nepredĺžili im život. Až v druhej polovici 20. storočia boli zavedené medicínske postupy, ktoré predlžujú život. Dôsledkom tejto skutočnosti sa mnohí odborníci, predovšetkým onkológovia, odklonili od fyzickej, psychologickkej, sociálnej a spirituálnej podpory pacientov so život ohrozujúcimi ochoreniami. Dnes môžeme povedať, že na kvalitu života onkologických pacientov mal tento postup tragický dopad. Onkologická bolesť je jednoznačne neprijateľná a pacient má právo na jej liečbu. V súčasnej klinickej praxi sa môžeme stretnúť podľa Kulichovej (2007) s dvomi extrémami:

- bolesť u onkologických pacientov sa buď podceňuje – v tomto prípade pacienti trpia bolesťou,
- bolesť sa nadhodnocuje – v tomto prípade sú pacienti predávkovaní analgetikami.

Obidva prístupy sú podľa nej škodlivé, pretože ich následkom je utrpenie a zhoršená kvalita života. Nekontrolovaná bolesť zasahuje imunitný systém a vedie k progresii onkologického ochorenia. Rovnako aj nadmerné utlmenie pacienta narúša jeho prirodzené obranné systémy a pridružujú sa komplikujúce ochorenia. Ďalej uvádza, že dnes už existujú dokumentované vedecké, etické a medicínsko-právne dôvody, prečo by mali lekári liečiť bolesť efektívnejšie. V protiklade s často uvádzaným tvrdením, že bolesť nezabíja, bolo na základe výskumov dokázané, že nekontrolovaná bolesť môže navodiť takú poruchu imunitného systému, ktorá urýchľuje šírenie nádoru (Kulichová, 2008).

Kulichová (2008) v súvislosti s bolesťou upozorňuje aj na základné ľudské práva. Pozornosť sústreďuje na Margaret Somerville. Margaret Somerville, ktorá ako jedna z najznámejších etičiek Kanady hovorí, že zanechanie človeka v bolesti a utrpení, ktoré dokážeme odstrániť, by malo byť považované za vážne porušenie základných ľudských práv človeka. Ide nielen o neetické konanie, ale tiež až o trestné zanedbanie starostlivosti (starostlivosť *no-lege artis*). Teda ak nevenujeme diagnostike a liečbe bolesti adekvátnu pozornosť, konáme prinajmenšom neprofesionálne. Na to, aby sme sa dokázali profesionálne venovať bolesti musíme mať aj poznatky o definícii, patofyziológii a klasifikácii bolesti, dôležité je multidimenziálne hodnotenie bolesti, kontrola bolesti a adekvátna liečba (Kulichová, 2007).

5.1 Definícia bolesti, možné príčiny a komplikácie

V odborných zdrojoch nachádzame mnoho definícií bolesti. Bolesť je Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO) a Medzinárodnou asociáciou pre štúdium a liečbu bolesti (ISAP - International Association for the Study of Pain, 2012) definovaná ako *neprijemná, senzorická a emocionálna skúsenosť, ktorá je spojená s akútnym alebo potenciálnym poškodením tkanív a je vždy subjektívna* (Merskey, 1986). McCaffery (1983) definoval bolesť ako *to, čo hovorí pacient, a existuje, keď to pacient tvrdí*. Pre etymologický význam slova bolesť bolo k definícii bolesti daných šesť kľúčových poznámok:

- Bolesť je vždy osobná skúsenosť, ktorú v rôznej miere ovplyvňujú biologické, psychologické a sociálne faktory.
- Bolesť a nocicepcia sú rôzne javy. Bolesť nemožno odvodiť len z aktivity v senzorických neurónoch.
- Prostredníctvom svojich životných skúseností sa jednotlivci učia koncept bolesti.
- Oznámenie osoby o existencii bolesti by sa malo rešpektovať.
- Hoci bolesť zvyčajne plní adaptívnu úlohu, môže mať nepriaznivé účinky na funkciu, sociálnu a psychickú pohodu.
- Slovný opis je len jedným z niekoľkých spôsobov správania na vyjadrenie bolesti. Neschopnosť komunikovať nevyklučuje možnosť, že človek alebo zviera bolesť prežíva (ISAP, 2020).

Vnímanie bolesti je aj podľa Sadovskej (2007) subjektívne, ovplyvňujú ho somatické príčiny a psychika pacienta. Ak má pacient strach, úzkosť, depresiu, hnev, chronickú únavu a nespavosť pociťuje bolesť silnejšie. Nezniesiteľná bolesť vyvolaná život ohrozujúcou príčinou s beznádejnou prognózou je spojená s utrpením a vyžaduje si komplexnejší zásah ako bolesť akútna (Sadovská, 2007).

Ferreira et al., (2019) definujú *nádorovú bolesť* ako *totálnu bolesť*, ktorá predstavuje syndróm, ktorý presahuje nocicepciu. Zahŕňa fyzické, emočné, sociálne a duchovné faktory. Medzi lokality, ktoré predstavujú bolesť u viac ako 50% postihnutých pacientov sú: nádory hlavy a krku (70%), gynekologické nádory (60%), gastrointestinálne nádory (59%), pľúcne nádory (55%), nádory prsníka (54%) a urogenitálne nádory (52%) (Porter, Keefe, 2011).

Bolestivý stav môže priamo súvisieť s nádorom, s utlačením nervov, alebo mäkkých tkanív, svalovými kŕčmi, lymfedémom, zápchou. Bolestivý stav môže byť tiež spôsobený diagnostickými, liečebnými postupmi, ktoré sú sprevádzané strachom, úzkosťou a depresiou (Ferreira, 2019). Bennett et al. (2019) opísali podobne príčiny nádorovej bolesti, pričom k nim

pridali aj samotný nádor a jeho metastázy. McCaffery definuje bolesť ako to, čo pacient prežíva, keď hovorí, že ho to bolí.

Chronická aj intermitentná bolesť môžu byť dôvodom ďalších komplikácií a problémov (nechutenstvo, depresívne nálady, spánková deprivácia). Vokurka a Tesařová (2018) uvádzajú, že môže dôjsť aj k suicidálnym myšlienkam, pocitu izolovanosti, k neistote, k obavám alebo k zmene v správaní. Zacharová (2014) dopĺňa, že tieto komplikácie a problémy silne ovplyvňujú vnímanie, prežívanie ale aj intenzitu bolesti. K problémom radí maladaptáciu, úzkosť, frustráciu, strach a únavu (Zacharová, 2014).

5.2 Patofyziológia a klasifikácia bolesti

Delenie bolesti je dôležité podľa Kulichovej (2008) preto, že jednotlivé druhy bolesti majú rozdielny význam pre pacienta, ale i lekár si stanovuje rozdielny cieľ liečby, a volí si špecifický liečebný prístup. Vzhľadom na dôležitosť klasifikácie bolesti pri poskytovaní individuálneho hodnotenia a prispôbenej liečebnej stratégie sa v priebehu rokov objavilo niekoľko prác, ktoré sa pokúšali nájsť komplexný prístup pre klasifikáciu bolesti pri rakovine (Twycross, 1997; Hjermstad, Fainsinger, Kaasa, 2009; Bennett, Kaasa, Barke, Korwisi, Rief, Treede, 2019). Zatiaľ však neexistuje štandardizovaný akceptovaný klasifikačný systém. Vo výskume a klinickom prostredí sa používajú rôzne schémy klasifikácie bolesti pri rakovine.

Nie každý typ bolesti u pacienta s rakovinou súvisí s nádorom a v dôsledku toho nie každý typ bolesti vnímaný onkologickými pacientmi možno automaticky považovať a definovať ako nádorovú bolesť. Preto je u onkologických pacientov s bolesťou veľmi dôležité pri klasifikácii bolesti rozlišovať, či je vnímaná bolesť spôsobená nádorom, súvisí s liečbou, alebo bolesť bez súvislosti s nádorovým ochorením, aby bolo možné poskytnúť potrebnú liečbu. Terapeutická stratégia závisí od patofyziológie bolesti, ktorá je určená vyšetrením a hodnotením pacienta.

Čo sa týka terminológie, bolesť delíme z hľadiska trvania (akútna, chronická), etiológie (nádorová, nenádorová) a patofyziológie (nociceptívna, neuropatická a psychogénna).

Bolesť má dva prevládajúce mechanizmy *patofyziológie*: nociceptívny a neuropatický (Caraceni, Weinstein, 2001).

Nociceptívna bolesť je výsledkom poranenia somatických a viscerálnych štruktúr a z toho vyplývajúcej aktivácie nociceptorov. Nociceptory sú prítomné v koži, vnútornostiach, svaloch a spojivových tkanivách. Nociceptívnu bolesť môžeme ďalej rozdeliť na somatickú a viscerálnu bolesť.

Nociceptívna somatická bolesť - vzniká v dôsledku dráždenia nociceptorov v koži, podkožných tkanivách, fasciách či perioste. Táto bolesť je popisovaná ako ohraničená, ľahko

lokalizovateľná a charakterovo ostrá pulzujúca a podobná tlaku. Často sa vyskytuje po chirurgických zákrokoch alebo v dôsledku kostných metastáz (Jirsová, 2019).

Nociceptívna viscerálna bolesť - vzniká v dôsledku dráždenia nociceptorov v orgánoch hrudnej alebo brušnej dutiny. Vzniká pri ich stlačení alebo rozťahnutí puzdra. Tento typ bolesti je väčšinou sprevádzaný nevoľnosťou alebo rôznymi vegetatívnymi príznakmi. Lokalizácia tejto bolesti je ťažká (Jirsová 2019, s. 73-77). Vyskytuje sa častejšie ako somatická bolesť. Bolesť pochádzajúca z viscerálnych orgánov je zvyčajne difúzna, tupá, krčovitá, zle lokalizovaná a môže byť spojená so somatickou bolesťou (Hewitt, 2001; Kansal, 2019).

Neuropatická bolesť je výsledkom poranenia periférneho alebo centrálného nervového systému. Tento typ bolesti možno opísať ako pálivú, ostrú alebo vystreľujúcu. Príklady neuropatickej bolesti zahŕňajú bolesť zo spinálnej stenózy, diabetickej neuropatie, ako nepriaznivý účinok chemoterapie, radiačnej terapie, alebo z chirurgického poranenia nervov (Jirsová, 2019). Neuropatická bolesť je klinickým problémom, znižuje kvalitu života chorých, sprevádza stavy s negatívnym dopadom na mobilitu, náladu a všeobecnú pohodu chorých (Fallon et al., 2015).

Psychogénna bolesť je vyvolaná psychologickými faktormi. Prevažuje pri depresii, hypochondrii, simulácii alebo pri poruchách osobnosti. Môže sa vyskytovať u chorých, ktorí prežili opakované hospitalizácie, komplikovanú liečbu a ich prah bolesti je znížený. Príčiny môžu byť aj v sociálnej situácii, kedy chorý chce týmto spôsobom upútať pozornosť okolia na seba, alebo sa môže jednáť o hysterickú reakciu (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007; Šrámková, 2011)

Podľa *časového faktora* (dĺžky trvania) rozlišujeme bolesť na chronickú a akútnu (Sochor, 2015).

Akútna bolesť je definovaná ako intenzívna, spontánna či rýchlo vyvolaná bolesť, ktorá má väčšinou lokalizáciu a charakter podobný ako bolesť chronická. Môže sa prejavovať aj v epizódach. Progresia akútnej bolesti, ktorá sa častejšie opakuje, môže poukazovať na nepriaznivý vývoj ochorenia. Táto bolesť okrem iného zhoršuje celkovú spokojnosť chorých. Má aj vplyv na kvalitu ich života (Sochor, 2015, Bennett, Kaasa, Barke, Korwisi, Rief, Treede, 2019). Akútna bolesť má ohraničené trvanie od niekoľkých minút, dní až do 3 týždňov. Má jednoznačne pozitívny význam, ochranný charakter. Je to hlavne vďaka schopnosti somatosenzorického systému určiť ohrozujúce a možné poškodzujúce stimuly (Kulichová, 2009).

Chronická bolesť je definovaná ako bolesť, ktorá trvá dlhšie ako je potrebné na hojenie chorenia či poranenia. Trvá dlhšie ako 3 až 6 mesiacov. Môže byť návratná, symptómy sa

vracajú počas mesiacov a rokov. Najčastejšie sa spája s chronickým ochorením. Chronická bolesť má dva pôvody: chronická nádorová bolesť (malignant, cancer pain) a chronická nenádorová bolesť (non-malignant, non-cancer pain). Má negatívny efekt na kvalitu života pacientov, ale aj ich rodín. Bez ohľadu na to, či je príčina známa alebo ide o bolesť bez zrejmej organickej podstaty, prestáva byť bolesť symptómom ochorenia a stáva sa syndrómom teda chorobou chronickej bolesti (Kulichová, 2009).

Prelomová bolesť je krátkotrvajúca, silná, neznesiteľná bolesť. Je definovaná aj ako náhle vzplanutie intenzívnej bolesti. Klinicky je závažná a je tiež príčinou zlyhania odporučených postupov Svetovej zdravotníckej organizácie pre liečbu chronickej nádorovej bolesti. Prelomová bolesť u nádorových ochorení môže byť spôsobená metastázou nádoru do okolitého tkaniva vrátane nervových štruktúr, chemoterapiou, rádioterapiou, chirurgickými intervenciami a komorbiditou, ktorá nesúvisí s nádorovým ochorením (Hasárová, 2008). Zvyšuje psychologickú záťaž, stres a obmedzuje funkčný stav, zhoršuje kvalitu života. Môže nastať spontánne, alebo pôsobením špecifického, nepredvídateľného či predvídateľného faktora aj napriek liečbe bolesti. Charakteristické pre prelomovú bolesť je vysoká intenzita a krátke trvanie (Bejvančický et al., 2015; Kulichová, 2008, 2011). Rozdelená je na incidentnú a procedurálnu bolesť. Incidentná bolesť je rozdelená na predvídateľnú bolesť, ktorá je spôsobená napríklad pohybom, defekáciou alebo prehĺtaním. Druhým typom je bolesť nepredvídateľná, kde patria napr. črevné kŕče a kýchnutie. Procedurálna bolesť súvisí s diagnostickým alebo terapeutickým zásahom (napr. preväz chronickej nehojacej sa rany, rehabilitačné cvičenie na lôžku (Vellucci et al., 2017).

Podľa etiologie rozoznávame: bolesť nádorovú a nenádorovú.

Nádorová bolesť je najčastejšie považovaná za dlhotrvajúcu alebo návratnú bolesť, pretože je spojená s kontinuálnym nociceptívnym stimulom a ovplyvnená psychologickými faktormi. Nádorová bolesť vzniká v súvislosti s prebiehajúcim onkologickým ochorením. Je najčastejším príznakom sprevádzajúcim onkologické ochorenia. Výskyt bolesti je závislý od typu nádoru, jeho umiestnenia a pokročilosti ochorenia (Hakl, 2019).

Nádorovú bolesť nazýva Kulichová (2008) aj „totálnou bolesťou“, čím zohľadňuje jej mnohopočetné dimenzie: fyzickú, psychologickú, sociálnu a duchovnú.

Nenádorová bolesť charakterizuje Kulichová (2008) aj ako „3-D problém“: pacient je neschopný – invalidný (D)isabled, obyčajne (D)epresívny, s prejavmi návyku, addikcie na liekoch (D)rugs. Pri chronickej nenádorovej bolesti sa lekár snaží o fyzickú rekondíciu, prípadne kontrolu či obmedzenie analgetík. Dôraz je kladený na individualitu každého pacienta

a špeciálna pozornosť sa venuje rizikovým skupinám pacientov, teda tým, ktorí nedokážu hovoriť o svojej bolesti (Kulichová, 2008).

V súvislosti s bolesťou sa musíme dotknúť aj termínov: utrpenie a bolestivé správanie. **Utrpenie** (suffering) je globálne narušenie kvality života vyvolané kombináciou bolesti, obmedzením funkčnosti a početnými psycho-sociálnymi faktormi. Je to psychická reakcia na bolesť. Bolesť je často príčinou utrpenia. Utrpenie nemusí byť dôsledkom bolesti. Dôvodom môžu byť dlhotrvajúce negatívne emócie spracované do bolestivého zážitku (somatizácia). Preto je niekedy účinnejšia psychologická intervencia ako analgetiká (Krátka, 2018). Netrpí telo, ale človek. Kolenová (2014) uvádza, že nie všetci pacienti s rakovinou prežívajú bolesť a utrpenie. Je to existenčný stav, ktorým sa zaoberajú napríklad filozofi, etici. Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientom s rakovinou je dobré vedieť medzi týmito pojmami rozlišovať. Bolesť sa vzťahuje na fyzický pocit. Utrpenie súvisí s hľadáním významu, zmyslu a naplnenia života. Utrpenie môže vzniknúť, keď človek vníma ochorenie alebo smrť ako niečo, čo nemá svoj zmysel. Ďalšími príčinami utrpenia sú uvádzané: dôsledky choroby a liečby, zmena identity, strata kontroly, izolácia, pocit nepochopenia zo strany iných ľudí, dojem krátkej budúcnosti, hroziaca strata vzťahov, mobility, nezávislosti, finančnej stability, kontroly a sebaúcty. Z teologického a existenčného hľadiska človek prežíva utrpenie, keď je ohrozený niečím, čo nemôže ovládať. V tomto zmysle sa určitej miere utrpenia nedá vyhnúť, pretože neustále čelíme niečomu, čo nemôžeme ovládať. Je ľahšie znášať utrpenie, keď nestratíme koncentráciu, dokážeme preniknúť ku koreňu svojho utrpenia a vyťažiť z neho to, čo má pre nás najhlbší význam.

Bolestivé správanie (pain behaviour) je objektívne pozorovateľný a kvantifikovateľný prejav bolesti (plač, vzdychanie, grimasy, vyhľadanie úľavovej polohy, verbalizácia a iné). Sú to prejavy a formy správania, ktoré najskôr nútia pozorovateľa posudzovať osobu a jej utrpenie. Zámerom je porozumieť že chorý má bolesť. Bolestivé správanie je vystavené neustálemu vplyvu predchádzajúcej skúsenosti, učenia sa. Môže pretrvávať mesiace, roky potom, čo nocicepcia prestala alebo dokonca v čase vzniku nemusela byť vôbec prítomná (Kulichová, 2008; Krátka, 2018). Významnou intervenciou je ovplyvnenie správania.

Tabuľka 1: Typické príznaky sprevádzajúce akútnu a chronickú bolesť

Bolesť akútna	Bolesť chronická
potenie	poruchy spánku a správania
tachykardia	depresia
tachypnoe	zmeny osobnosti

rozšírenie zorničiek	zhoršená kvalita života
zápcha	sociálna izolácia
retencia moču	strata zamestnania
katabolizmus	nebezpečenstvo suicidného správania
hyperglykémia	poruchy libida
vazokonstrikcia	

Zdroj: Fricová, J. 2011. *Postgraduálna medicína*

Tabuľka 2: Rozdiely medzi akútnou a chronickou bolesťou

Bolesť akútna	Bolesť chronická
trvá hodiny, dni	trvá mesiace, roky
má pozitívny význam = výstražná funkcia organizmu	má negatívny význam = nie je biologicky užitočná
lokalizovaná na určitú časť organizmu	lokalizácia je často difúzna
príčina je skôr periférna	príčina je skôr centrálna
rýchle sa zlepšuje	progressívne zhoršovanie

Zdroj: Fricová, J. 2011. *Posgraduálna medicína*

Tabuľka 3: Kritériá základného rozlíšenia akútnej a chronickej bolesti

Charakteristika	Akútna bolesť	Chronická bolesť
Príčina	jasne definovaná	nejasná, neodstrániteľná
Trvanie	menej než 6 mesiacov , zmenšuje sa a mizne s odstránením príčiny	viac než 6 mesiacov
Telesná odpoveď	zvýšená srdcová frekvencia, frekvencia dychu, zvýšený tep, krvný tlak, rozšírenie zreníc, potivosť, nepokoj, úniková reakcia	poruchy autonómneho nervového systému, svalové kŕče, stuhnutosť atrofie v dôsledku nečinnosti, potivosť
Psychické zmeny, zmeny chovania	úzkosť , jednanie vedúce k úľave	depresia , poruchy spánku, strata chuti do jedla, poruchy libida, hnev, nedotknuteľnosť, strata motivácie
Zmeny vo vzťahoch v rodine	potreba istoty a útechy	apatia, pocity hnevu a odmietnutia
Zmeny vo vzťahoch k lekárom	dôvera v ich schopnosti	Frustrácia, pocity odmietania, nedôvery, nepochopenia

Zdroj: Janáčková, L. 2007. *Bolesť a její zvládání*

Význam bolesti

Bolesť vzniká pri poškodení tkanív a má dva významy: signálny a patognomický. Bolesť chráni organizmus pred ďalším poškodením. Umožňuje rozpoznanie vyvolávajúcej príčiny. Jej rozpoznanie vedie k zníženiu alebo odstráneniu bolesti.

- Signálny význam – oznamuje, že v organizme nie je niečo v poriadku. Zvyčajne hovoríme o akútnej bolesti. Bolesť patrí k fenoménom, ktoré nás ochraňujú a upozorňujú na nebezpečenstvo. Niekedy hovoríme o tzv. užitočnej bolesti.
- Patognomický význam (charakteristický pre určitú chorobu) - jedná sa o bolesť chronickú, ktorá je chorobou sama o sebe. Má negatívny význam pre človeka a je tzv. neužitočná bolesť (Rokyta a kol., 2009).

Konceptuálny model bolesti

Americký neurochirurg John Loeser a austrálsky anesteziológ Michael Cousins roku 1982 publikovali konceptuálny model bolesti, ktorý pomáha pochopiť a objasniť bolesť a zostaviť intervencie (obr. 1). Model rozlišuje štyri komponenty: nocicepciu, bolesť, utrpenie a bolestivé správanie (Loeser, Cousins, 1982). Nocicepcia je definovaná ako senzorický vnem. Nocicepcia je známe (alebo potencionálne) termálne alebo mechanické poškodenie, u intaktných živočíchov vededúce k bolesti. Bolesť je výsledkom nocicepcie, tá však nemusí vždy viesť k bolesti a tiež bolesť môže vzniknúť bez nocicepcie. Preto je ťažké bolesť u konkrétneho jedinca predvídať a intervenovať. Utrpenie je psychickou reakciou na bolesť. Bolestivé správanie je často jediný objektívne hodnotiteľný prejav bolestivého stavu. Na zvládanie psychosociálnej patológie sa používajú najčastejšie kognitívne-behaviorálne psychoterapeutické metódy (Raudenská, 2012; Krátka, 2018).



Obr. 1 Konceptuální model bolesti J. Loeser, M. Cousins. Zdroj: Trachtová, 2013, s. 126.

5.3 Faktory ovplyvňujúce bolesť

Každý človek reaguje na bolesť odlišne. Preto sa môže stať, že reagujeme na bolesť vždy rozdielnym spôsobom. Reakciu na bolesť ovplyvňuje veľa faktorov a ak chceme bolesti porozumieť, musíme odhaliť všetky fyziologické a psychické reakcia človeka (McGonigle et al., 2006). Bartůnek et al., (2016) uvádzajú, že človeka ovplyvňuje niekoľko na seba vzájomne pôsobiacich faktorov, pričom jeden zo zásadných je prah bolesti, ktorý je u každého odlišný.

Individuálny prah bolesti je daný množstvom bolestivých stimulov, ktoré sú potrebné na vyvolanie pocitu bolesti (u istej osoby môže byť odlišný v závislosti od stavu vedomia). *Tolerancia bolesti* je maximálna intenzita a dĺžka trvania bolesti, ktorú dokáže jednotlivec zniesť. Niektorí ľudia neznesú ani slabú bolesť a iní zas radšej znášajú aj silnú bolesť, ako by sa liečili. Je tiež ovplyvnená psychologickými, sociálnymi a kultúrnymi faktormi, vekom sa zvyšuje (Nemcová, 2013).

Odborná literatúra špecifikuje štyri faktory, ktoré ovplyvňujú bolesť:

Fyziologicko-biologické faktory zaraďujeme sem: fyziológiu bolesti, vývojové faktory, ochorenie a vek (Trachtová, 2013). Základné postoje k bolesti si človek vytvára už od detstva (Bartůnek et al., 2016). Podľa Plevovej et al. (2012) prvé vzory bolestivého správania, ktoré si dieťa osvojí a preberá do budúcnosti ako normu poskytuje dieťaťu rodina. Kolektív autorov (2006) hovorí, že deti sú na bolesť citlivejšie. Predošlé skúsenosti s bolesťou, dostatočné jazykové zručnosti malé deti nemajú a teda nevedia o bolesti rozprávať. Dieťa školského veku už rozumie príčine a následku a môže o bolesti hovoriť. Táto zručnosť sa môže stať prekážkou, keď bolesť popiera, pretože má strach z ďalších vyšetrení a procedúr (Kolektív autorov, 2006). Bolesť je vnímaná veľmi individuálne (Rokyta et al., 2017). Niektoré štúdie uvádzajú, že bolesť je najlepšie akceptovaná vo vývojovom období strednej dospelosti v 30 – 50 rokoch (Bartůnek et al., 2016). Rokyta, Kršiak a Kozák (2006) uvádzajú, že s rastúcim vekom mierne rastie prah bolesti pre mechanické a termické stimuly a s vekom klesá aj vnímanie bolesti viscerálne. Rokyta (2004) uvádza aj, že s vekom sa zvyšuje prah, ale znižuje tolerancia na bolesť.

Medzi **psychicko-duchovné faktory** zaraďujeme: osobnosť človeka, jeho pocity, nálady, strach a úzkosť. Všeobecne introverti znášajú bolesť horšie ako extroverti (Pálková, 2011). Bolesť je lepšie akceptovateľná ľuďmi, ktorí sú emocionálne stabilní. Pozitívne psychicky naladení ľudia zvládajú bolesť lepšie ako úzkostní neurotíckí pacienti. Ľudia v depresii a ľudia, ktorí sa nudia sa viac upriamujú na bolesť. Podľa Bartůneka et al. (2016), emočné naladenie, úzkosť, strach a tenzia sú výsledkom aj vzájomného vzťahu s ošetrojúcim personálom.

Sociálno-kultúrne faktory ovplyvňuje: výchova, sociálna závislosť a etnografické vplyvy. Výrazným faktorom je okolie človeka trpiaceho bolesťou. Prítomnosť ostatných, podporných ľudí dokáže ovplyvniť reakcie človeka na bolesť. Pacient môže v spoločnosti vnímať bolesť miernejšie. Medzi spôsoby lepšieho zvládania bolesti patria napríklad dobré medziľudské vzťahy, pevné rodinné zázemie a vhodná komunikácia, ktorá podporí psychický stav človeka trpiaceho bolesťou. Vhodná komunikácia a profesionálny prístup k človeku môžu navodiť upokojenie a zlepšiť toleranciu bolesti (Bartůnek et al., 2016). Preto bolesť musíme posudzovať aj zo sociálneho aspektu. V niektorých kultúrach môže byť bolesť považovaná za trest po

spáchaní zlých skutkov. V iných kultúrach zase bolesť sprevádzajú rituály. Bartůnek et al. (2016) uvádzajú, že bolesť, ktorá sprevádza rituály je lepšie znášaná. Rôzne etniká majú odlišný prah bolesti, napr. šerpovia v Nepále majú vyšší prah bolesti.

Na bolesť majú vplyv aj *faktory životného prostredia* ako sú: chlad, teplo, infračervené a ultrafialové žiarenie. Tieto prostriedky sa využívajú práve v liečbe bolesti (Trachtová, 2001).

5.4 Hodnotenie bolesti

Aby sme bolesť mohli vyhodnotiť a liečiť, je dôležité ju vedieť dobre posúdiť (Huguet, Stinson, McGrath, 2010). Bolesť je pacientom subjektívne vnímaná a je ovplyvnená psychosociálnymi, behaviorálnymi faktormi a patológiou. Pri rakovine môže byť zdrojom bolesti samotná choroba, liečba alebo zároveň sa vyskytujúce bolestivé syndrómy. Hodnotenie bolesti teda musí byť súčasťou zdravotnej starostlivosti. Malo vykonávať pravidelne, rovnako ako sa pravidelne merajú vitálne funkcie. Na rozdiel od iných znakov však bolesť môže byť hodnotená iba na základe verbálneho a neverbálneho správania pacienta. Preto je hodnotenie bolesti založené hlavne na pacientovi, ktorý by mal byť aktívne zapojený do procesu hodnotenia (Turk, Monarch, Williams, 2002). Vzhľadom na to, že bolesť je často nepredvídateľná a veľmi variabilná, je nevyhnutné vhodné posúdenie, ktoré by malo zahŕňať všetky aspekty bolesti (Falk, Dickenson, 2014; Hui, Bruera, 2014; Caraceni, Shkodra, 2019). Na hodnotení bolesti sa dôležitou mierou podieľa sestra, ktorá o bolesti a účinnosti intervencií vedie záznam. Hodnotíme: intenzitu, lokalizáciu, časový priebeh, kvalitu a charakter, okolnosti, za ktorých vznikla alebo sa bolesť zhoršuje (Křívohlavý, 1992). Hodnotiace a meracie nástroje majú v ošetrovatelstve za úlohu zjednodušiť prácu zdravotníckych pracovníkov. Pomáhajú zobjektívniť posudzovanie pacienta v klinickej praxi. Napriek tomu, že sa ich používanie v praxi zvyšuje, ešte stále nie sú bežnou súčasťou každého oddelenia. Podľa Pokornej et al., (2013) sú meracie nástroje a škály stále špecifické a upravené podľa daného zariadenia.

Pre klinické účely posudzovania a hodnotenia bolesti sa v praxi využívajú jednoduché nástroje:

- *Verbálne* – pacient hodnotí slovne bolesť (napr. žiadna – mierna – silná – neznesiteľná), Posúdenie bolesti (*PQRST*) je mnemotechnická pomôcka, ktorá bola prvýkrát predstavená v rámci štúdie Batesa et al. (2002). Každé z písmeno reprezentuje krok v posúdení bolesti. Toto posúdenie nie je vhodné v urgentných, život ohrozujúcich situáciách. Posúdeniu bolesti (*PQRST*) predchádza posúdenie vitálnych funkcií. *PQRST* je možné realizovať u všetkých dospelých hospitalizovaných pacientov, u geriatrických pacientov, u dlhodobo hospitalizovaných pacientov, u pacientov v rehabilitačnej starostlivosti, pri prepustení zo zdravotníckeho zariadenia do domácej

ošetrovateľskej starostlivosti, pri preklade do iného zdravotníckeho alebo sociálneho zariadenia, u ambulantných pacientov, u pacientov v ADOS. Posúdenie bolesti je komplexné. Posudzuje sa lokalizácia bolesti, kvalita bolesti, vyžarovanie bolesti, intenzita bolesti (prostredníctvom verbálne administrovanej numerickej škály bolesti – VNRS), časové trvanie bolesti. Hodnotia sa aj podmieňujúce (zhoršujúce faktory, napr. aktivita) a zmiernujúce faktory (faktory, ktoré zmiernujú bolesť, napr. úľavová poloha). Posúdenie bolesti (PQRST) je jednoduché, multidisciplinárne, časovo nenáročné (administrácia trvá do 5 minút), určené pre hodnotenie všetkými zdravotníckymi pracovníkmi (napr. lekár, sestra). Význam má len pri pravidelnom posúdení (pred a po intervencii – napr. pred a po podaní analgetík). Je možné ho realizovať aj u pacientov s telesným či zrakovým postihnutím, aj po telefonickej konzultácii. U pacientov s narušenou verbálnou komunikáciou je jeho využitie limitované.

- *Numerické* – pacient priradí intenzite svojej bolesti číslo (napr. od 0 do 10, pričom čím je číslo vyššie, tým je bolesť silnejšia). Je to jednoduchá a rýchla metóda, ktorá sa môže použiť aj u starších osôb, dezorientovaných, nevidiacich pacientov. Najčastejšie je využívaná škála intenzity súčasnej bolesti (Present Pain Intensity – PPI). Na tejto škále sú tieto stupne: žiadna bolesť (0), mierna bolesť (1), stredne silná bolesť (2), silná bolesť (3), ukrutná bolesť (4), neznesiteľná bolesť (5) (Málek et al., 2014).
- *Vizuálne analógové škály (VAS)* – pacient vyznačí na úsečke intenzitu bolesti (napr. od žiadnej až po najsilnejšiu). Vizuálna analógová škála je asi jedna z najčastejšie využívaných metód pri meraní intenzity bolesti. Je obľúbená najmä kvôli svojej jednoduchosti, zrozumiteľnosti a možnosti opakovaného merania. Podľa Křivohlavého (1992) je jej nevýhodou iba jednostranné zameranie na intenzitu bolesti. Ukázalo sa, že táto metóda merania intenzity bolesti je validná a spoľahlivá u dospelých aj u detí. Pri použití tejto metódy musíme dávať dôraz na vymedzenie časového úseku, za ktorý pacient intenzitu bolesti hodnotí. VAS škála hodnotí nielen intenzitu bolesti, ale aj intervencie proti bolesti., teda sa využíva aj pri hodnotení terapeutického efektu (Rokyta et al., 2012). U ľudí so zníženými kognitívnymi funkciami používame analógovú škálu výrazov tváre. U detí môžeme využiť numericкую stupnicu, ktorá sa používa vo forme pravička bolesti alebo teplomeru bolesti, umožňuje dieťaťu ukázať intenzitu prežívanej bolesti. Obrázky ľudskej tváre vyjadrujú pocity bolesti od úplnej pohody až po zúfalstvo. Patrí sem Wong-Bakerova škála, Smiley scale, Facial affective scale. Analógová škála farieb znázorňuje intenzitu bolesti sýtosťou farby a veľkosťou farebnej plochy.

- *Denník bolesti, kalendár bolesti* – pacienti si zaznamenávajú napr.: intenzitu bolesti, čas kedy a ako dlho bolesť trvala, ústup bolesti po liečbe, užívanie analgetík, dennú dávku analgetík, úľavové faktory, schopnosť vykonávať bežné denné aktivity, náladu. Pacient sa tak aktívne zapája do hodnotenia a manažmentu bolesti. Nevýhodou tejto metódy môže byť to, že niektorí pacienti seba pozorovania prehávajú a ťažkosti zveličujú (Pokorná et al., 2013).
- *Dotazníky bolesti* – využíva sa pritom princíp numerickej alebo verbálnej škály k hodnoteniu rôznych charakteristík bolesti, účinku liečby a vplyvu bolesti na každodenné aktivity a na pacientove emócie. Dôležité je aj to, ako bolesť ovplyvňuje človeka počas denných aktivít. *Brief Pain Inventory (BPI, krátky prehľad o bolesti)* vyjadruje interferenciu intenzity bolesti s ostatnými funkciami z oblasti psychosociálnej a fyzickej aktivity (Nemcová, 2013). Krátky inventár bolesti (Brief Pain Inventory – BPI) hodnotí bolesť za posledných 24 hodín. V dotazníku sa získavajú informácie o lokalizácii, hodnotení bolesti a o tom, ako bolesť ovplyvňuje kvalitu života (Pokorná et al., 2013). *Krátka verzia dotazníka McGillovej univerzity (Short-form McGill Pain Questionnaire – SF-MPQ)* je svetovo najrozšírenejšou multidimenzionálnou metódou. Dotazník je zacielený nielen na intenzitu, ale aj kvalitu a charakter bolesti, ktorú pacient prežíva (Málek et al., 2014). Obsahuje vizuálnu analógovú škálu a verbálne posúdenie súčasne prežívanej intenzity bolesti. Krátka forma dotazníka bolesti obsahuje pätnásť deskriptorov pociťovania bolesti. Pacient si volí intenzitu pociťovanej bolesti 0 - 3. (0 - žiadna 1 - mierna 2 - stredne silná 3 – silná) (Krátka, 2018). *Dotazník interferencie bolesti s dennými aktivitami (DIBDA)* – pomáha ľuďom trpiacim bolesťou charakterizovať a upresniť prežívané bolesti. Tento dotazník vhodne dopĺňa iné metódy. Pacient si vyberá medzi piatimi možnosťami od možnosti bez bolesti a bez obmedzenia a narušenia denných činností až po poslednú možnosť, kedy pacient hodnotí bolesti natoľko silné, že mu znemožňujú vykonávanie denných činností, nútia pacienta vyhľadávať úľavovú polohu a odbornú pomoc (Rokyta et al., 2012). *Dotazník copingu bolesti* nás informuje o prispôbení sa pacienta na bolesť. Coping je považovaný za rozhranie medzi adaptívnym a maladaptívnym vývojom bolestivého stavu. Pokiaľ pacient bolesť zvláda vlastnými dispozíciami a má odhodlanie zvládnuť ju, aktivizuje sa coping, teda aktívny prístup k liečbe a adaptívne správanie. Ak coping zlyhá, u pacienta pozorujeme napr. vyhýbavé správanie, naučené bolestivé správanie, vydieranie okolia, trestanie rodiny. Podľa vyhodnotenia copingových stratégií sa volia ďalšie liečebné stratégie bolesti u pacienta (Pokorná et al., 2013). *Hodnotenie bolesti*

podľa Hospital Broussais Hodnotenie bolesti (Hospitál Broussais, Paríž z roku 1998) je súborom niekoľkých tabuliek s číselnou škálou bolesti, záznamom vitálnych funkcií (krvný tlak, pulz), záznamom liečby bolesti, nežiaducich účinkov liekov, pozorovanie sestry a prejavov bolesti (stonanie a nariekanie, grimasy tváre, nepravidelný dych, plač, zvieranie päst'ou, ochrana citlivého miesta rukami). Efektivita podaných analgetík je sledovaná a zaznamenávaná: pred podaním analgetík a dve hodiny po podaní, zaznamenávajú sa aj ich nežiaduce účinky (Staňková, 2001; Pokorná et al., 2013).

- *Mapy bolesti* - Mapy bolesti slúžia na zaznamenávanie viacerých druhov bolesti, ktoré pacient prežíva na odlišných miestach tela. Mapy sa môžu líšiť medzi jednotlivými zariadeniami grafickými znakmi, farbami, ktoré vyznačujú intenzitu alebo iný charakter bolesti (Rokyta et al., 2012), podľa štandardov zariadení, kde sa meranie vykonáva.

Intenzita bolesti: "ako veľmi to bolí?" je zo strany pacienta vždy subjektívna a niekedy môže byť zdravotníckym personálom podhodnotená (Krátka, 2018). Intenzita je jednou z najrelevantnejších charakteristík bolesti, ktorá sa tiež považuje za zlatý štandard hodnotenia bolesti, ktorý často riadi hodnotenie a výber možností liečby (Swarm, Abernethy, Anghelescu, et al., 2013). Na meranie intenzity sa používajú rôzne metódy, najbežnejšie sú numerické hodnotiace škály. Definovanie hraničných bodov pre rôzne úrovne intenzity bolesti je dôležité pre posúdenie odpovede na liečbu a zmien stavu pacienta. Z klasifikácií, ktorá hodnotí intenzitu bolesti sa používajú tri kategórie bolesti: mierna (1–4), stredná (5–6) a silná (7–10) (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti, Roila, 2012). Intenzita bolesti však musí byť súčasťou komplexného hodnotenia a mala by sa vždy zväžiť v rámci individuálnych charakteristík pacienta vrátane veku, kognitívnych funkcií a psychologických aspektov.



Obr. č. 2. Zdroj: <https://www.algmed.sk/algeziologia/>



Obr. č. 3. Zdroj: <https://www.algmed.sk/algeziologia/>

Miesto, lokalizácia a topológia bolesti: „Kde to bolí?“ Podľa svojej anatomickej lokalizácie môže rakovina postihnúť akékoľvek telesné tkanivo, vrátane vnútorností, kostí, mäkké a nervové tkanivo. U onkologických pacientov nie je nezvyčajné, keď má bolesť viac ako jedno miesto bolesti. Zvyčajne bolestivé miesta sú zaznamenané pomocou máp bolesti (metodika M. S. Margolesa, 1983) (Krátka, 2018; Caraceni, Shkodra, 2019).

Časový priebeh bolesti: „Kedy to bolí?“ Pri hodnotení sestra zisťuje čas nástupu bolesti, intervaly bez bolesti, frekvenciu výskytu bolesti. Záznam môže byť urobený formou grafu alebo tabuľky. Posudzovanie časového priebehu bolesti má význam pre plánovanie ošetrovateľských intervencií ako je hygiena, mobilizovanie pacienta, plánovanie diagnostických a terapeutických výkonov (Nemcová, 2013). Otázky tohto typu podávajú informácie ako dlho bolesť trvá, či je trvalá alebo s prestávkami, ak sa mení intenzita v dennú dobu, sleduje sa vplyv mimoriadnych udalostí (Krátka, 2018).

Charakter bolesti: „Ako to bolí?“ Pre každú bolesť je charakteristický nástup a priebeh. Niekedy sa začína náhle, druhýkrát pozvoľna, narastá intenzita, ktorá sa v priebehu môže meniť. Hodnotíme ju podľa orgánu, z ktorého vychádza (napr. zo srdca, kĺbu, zubov, hlavy, brucha) a podľa subjektívnych pocitov (napr. ostrá, tupá, štiepavá, pálivá, kolikovitá, bodavá) (Krátka, 2018).

Ovplyvniteľnosť bolesti: „Čo bolesť zhoršuje? Za akých okolností dochádza k uvoľneniu bolesti?“ Je dobré, ak sestra pozná faktory, ktoré znižujú, *zmiernujú bolesť* (povzbudenie, empatia, spánok, odpočinok, relaxácia, teplo, chlad, upokojenie, analgézia, psychologické prostriedky). Rovnako je vhodné posudzovať a sledovať faktory, ktoré *zhoršujú bolesť* ako napr.: nešetrné zaobchádzanie, nevhodné správanie zdravotníckeho personálu, strach, hluk, nedostatok spánku, vyčerpanie, dehydratácia, neinformovanosť, neprítomnosť blízkej osoby,

zvlášť u detí a iné (Krátka, 2018). Sledovanie a poznanie týchto faktorov môže sestra využiť aj v prevencii bolesti.

Faktory ovplyvňujúce vnímanie bolesti: Mikšová (2006) medzi faktory, ktoré podmieňujú u jedinca vnímanie bolesti radí: vek, pohlavie, osobnostné rysy, prostredie, okolnosti, minulé skúsenosti s bolesťou, momentálny psychický stav, náladu. Upozorňuje na to, že bolesť môžu inak vnímať aj ľudia z rôznych etnických skupín. Vnímanie bolesti ovplyvňujú aj emócie, prah bolestivosti, očakávania, ale aj prítomnosť iných osôb (Mikšová, 2006).

Je dôležité, aby sme si uvedomili, že bolesť je vždy subjektívna. Jednoznačná zásada pri hodnotení bolesti znie: verme našim klientom (Janáčková, 2007).

5.5 Hodnotenie bolesti u detí

Ani jeden rodič si neželá aby jeho dieťa trpelo bolesťou. Pre dieťa je bolesť nepríjemný citový zážitok. Môže ho ovplyvniť na celý život a výrazne znížiť kvalitu života dieťaťa. Pre sestru je teda veľmi dôležité, tak ako u dospelých, nepodceniť význam jej posudzovania. Hodnotenie bolesti nie je v praxi jednoduché kontrolovať, pretože bolesť je subjektívna a reakcie jednotlivcov na bolesť sú rozdielne. Aby sme pristúpili k samotnému zmiernovaniu bolesti, musí byť bolesť najprv rozpoznaná a správne diagnostikovaná. U detí je veľkým problémom objektívne zhodnotenie bolesti (Ondriová, Sinaiová, 2013). Kvalitný nástroj na posúdenie bolesti je prvým najdôležitejším krokom pre jej hodnotenie a následné určenie stanovenie ošetrovateľských intervencií k zvládnutiu bolesti.

5.5.1 Škály určené pre hodnotenie bolesti u detí

NFCS (Neonatal Facial Coding System) – škála sleduje mimiku od skrčeného čela, zovretia očných viečok, zvýraznenie labiálnych rýh, až po chvejúcu sa bradu. Škála je určená pre novorodencov.

DSVNI (Distress Scale for Ventilated Newborn Infants) – škála bola vytvorená pre ventilovaných novorodencov. Hodnotí mimiku, farbu kože, saturáciu krvi kyslíkom, pohyby končatín a pulz v intervale jednej hodiny. Obsahuje obrázkový skórovací systém, ktorý rozlišuje reakciu na bolesť u spiaceho a bdieľo dieťaťa (Rokyta, Höschl, 2015).

FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale) – škála je doporučená pre deti od 2 mesiacov do 7 rokov. Hodnotí zmeny v oblasti tváre, polohu nôh, aktivitu dieťaťa, plač, ukludnenie dieťaťa.

NIPS (Neonatal/Infant Pain Scale) – škála sa používa u detí do 1 roku života a hodnotí šesť oblastí: výraz tváre, typ správania, plač, typ dýchania, polohu rúk, nôh, stav vedomia. Pri dosiahnutí súčtu nad tri body dieťa trpí bolesťou (Rokyta, Höschl, 2015).

CRIS score (Crying Requires Increased Vital Signs Expression Sleeplessness) – používa sa u novorodencov do jedného mesiaca a hodnotí päť psychologických a behaviorálnych premenných ako sú: plač, saturácia kyslíku, výraz tváre, vitálne funkcie, nespavosť.

CHEOPS (The Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale) – Škála bolesti Detskej nemocnice vo východnom Ontáriu). Škála je vhodná pre deti od 1 do 7 rokov. Hodnotí sa v nej 6 oblastí ako je plač, výraz tváre, čo dieťa hovorí, na čo sa sťažuje, pohyby trupu, dotyk, poloha nôh. Kategórie sú obodované od 1 do 3, súčet vyšší ako 8 bodov znamená, že dieťa trpí bolesťou (Mareš, 1997).

OPS (Objective Pain Scale) (Objektívna škála bolesti) – sleduje zmeny krvného tlaku, pohyby dieťaťa, stupeň nepokoj, intenzitu plaču a verbálny opis bolesti (Kalousová, Rousková, Pachmannová, Stýblová, 2008).

Mapa bolesti (The Pain Chart) – je považovaná za najobjektívnejšiu formou hodnotenia lokalizácie bolesti. Je vhodná u detí od 4. roku života, dieťa ukáže na postavičke kde ho bolí. Alternatívou je spôsob použitia voľnej kresby. Deti sú vnímavejšie na bolesť a často na ňu reagujú plačom (Ondriová, Sinaiová, 2013).

Vizuálna analógová škála (VAS) je najčastejšie používanou metódou merania intenzity bolesti vo svete. Využíva sa u detí od 5 rokov, podobne ako u dospelých, intenzita bolesti sa znázorňuje na úsečke. Pre deti je zrozumiteľná. Môže byť znázornená ako teplomer. V klinickej praxi sa používajú aj alternatívne zobrazenia VAS: tvárička s mimikou od úsmevu po plač.

Pološandardizovaný rozhovor a klinický rozhovor sú odporúčané verbálne škály hodnotenia intenzity bolesti. Sú vhodné pre dieťať a od 7. roku života. Karovič a kol., (2004) uvádzajú, že pre rozhovor musia byť vytvorené vyhovujúce podmienky. Medzi tieto podmienky radia: nezasahovanie rodičov do rozhovoru, pochopenie detského pohľadu na danú situáciu, atmosféru dôvery, pokoj, ticho.

Metóda pokerových žetónov (PCT – Poker ChipTool), ktorá je určená pre deti vo veku 4–8 rokov. Bolesť hodnotíme pomocou počtu žetónov, zvyšujúci sa počet žetónov signalizuje vyššiu intenzitu bolesti.

Metóda Equal-Size Block používa na hodnotenie kocky, Počet rovnako/nerovnako veľkých kociek priamoúmerne vyjadruje veľkosť bolesti k veľkosti kocky.

Analýza detskej kresby je inou možnosťou hodnotenia bolesti u detí v predškolskom a detí mladšieho školského veku. Pre väčšinu detí je bolesť najčastejšie spojená s červenou a čiernou farbou (Plevová, Slowik, 2010).

Nonverbálne prejavy bolesti

Pri posudzovaní bolesti by sme podľa Janáčkovej (2007) nemali zabúdať ani na to, že pacient nám bolesť oznamuje nielen slovne, ale aj neverbálnym správaním. Janáčková (2007) udáva, že v praxi zdravotníci neverbálnym prejavom veria viac ako slovám pacienta. Medzi neverbálne prejavy radí:

- paralingvistické prejavy (nariekanie, vzlykanie, vzdych, plač, sykanie a i.),
- mimické prejavy (grimasy, vraštenie tváre),
- pohyby končatín (trhavé pohyby, trenie určitej oblasti rúk),
- posturologické prejavy (ustrnutie v určitej polohe),
- aktivita autonómneho nervového systému (nauzea, vracanie, začervenanie, lapanie po dychu, palpitácia a iné.)

5.6 Zásady liečby bolesti

Dôležitosť zmiernenia bolesti a dostupnosť účinnej liečby si vyžaduje, aby boli lekári a sestry zruční v posudzovaní a liečbe bolesti. To znamená mať vedomosti o patogenéze bolesti, spôsoboch hodnotenia bolesti a poznať vhodné prístupy k liečbe bolesti. Mikšová (2006) ponúka sestram pre zlepšenie ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta trpiaceho bolesťou niekoľko princípov:

- aktívne pacienta počúvať,
- snažiť sa o vytvorenie dôvery medzi pacientom a sestrou,
- vedieť rýchlo reagovať na potreby pacienta,
- určiť si s pacientom hraničnú mieru znositel'nosti intenzity bolesti,

- ponúkať pacientovi aj iné metódy na zvládanie jeho bolesti (muzikoterapia),
- vedieť prijať všetky prejavy bolesti pacienta,
- poskytnúť podporu (dotyk, pohladenie),
- snažiť sa o zníženie faktory ovplyvňujúce bolesť (hluk, svetlo),
- posilňovať aktivitu pacienta,
- snažiť sa o zapojenie rodinných príslušníkov.

Komplexné hodnotenie bolesti je nevyhnutné na zabezpečenie správneho zvládania bolesti. Neschopnosť adekvátne posúdiť bolesť často vedie k zlej kontrole bolesti. Preto je dôležité nájsť príčinu bolesti a identifikovať optimálnu liečbu (Swan, Hamilton, 2019). Swan, Hamilton (2019) publikovali pokyny, v ktorých uvádzajú zásady liečby bolesti:

1. liečba bolesti je nevyhnutná pre maximalizáciu výsledkov pacientov. Rastúce dôkazy v onkológii ukazujú, že prežitie je spojené s účinnou kontrolou bolesti (Temel, Greer, Muzikansky, et al., 2010).
2. Všetci pacienti musia byť vyšetrení a ak existuje bolesť, musí sa vykonať komplexné posúdenie bolesti.
3. Cieľom je zlepšiť komfort pacienta, maximalizovať funkcie a zlepšiť kvalitu života.
4. Je potrebný komplexný manažment bolesti.
5. Analgetická liečba sa musí podávať v spojení s liečbou viacerých symptómov alebo komplexných farmakologických terapií, ktoré sú pacientom s rakovinou všeobecne predpísané.
6. Intenzita bolesti musí byť kvantifikovaná a kvalita musí byť charakterizovaná pacientom (vždy, keď je to možné).
7. Prehodnotenie intenzity bolesti sa musí vykonať v stanovených intervaloch, aby sa zabezpečilo, že zvolená liečba má maximálny prínos s čo najmenším množstvom nežiaducich účinkov.
8. Pretrvávajúca bolesť pri rakovine si často vyžaduje liečbu pravidelne plánovanými analgetikami s doplnkovými dávkami analgetík poskytovaných podľa potreby na zvládnutie prelomovej bolesti.
9. Na komplexnú liečbu bolesti môže byť potrebný multidisciplinárny tím.
10. Vzhľadom na mnohostrannú povahu bolesti pri rakovine sa musí optimalizovať používanie integračných intervencií vrátane fyzických a kognitívnych metód.
11. Psychosociálna podpora musí byť pacientom k dispozícii.
12. Pacientom a rodine/opatrovateľom sa musia poskytnúť vzdelávacie materiály.

13. Bolesť je spojená s utrpením. Je potrebné zvážiť viacrozmerný vplyv utrpenia na pacientov a ich rodiny a tieto obavy sa musia riešiť kultúrne úctivým spôsobom.

Kalousová, Rousková, Pachmannová, Stýblová (2008) spracovali zásady liečby bolesti u detí do akronymu **POMÁHEJ**:

- **P**ýtaj sa dieťaťa na bolesť.
- **O**hodnot' bolesť podľa škály.
- **M**eraj zmeny fyziologických funkcií a zhodnot' správanie.
- **A**ktívna účasť rodičov.
- **H**ľadaj príčinu bolesti, alebo zhoršenia.
- **E**liminuj faktory okolia, ktoré môžu bolesť zhoršovať.
- **J**ednaj, urob opatrenia proti bolesti a vyhodnot' účinok.

5.6.1 Liečba bolesti a deklarácia práva pacienta na liečbu bolesti

Pri liečbe bolesti sa často dostávame do sporov s etickými otázkami nielen v starostlivosti o pacientov v terminálnom štádiu života. Zabúdať by sme nemali ani na liečbu bolesti u detí. Novorodenci a deti do troch rokov vnímajú bolestivé podnety rovnako ako dospelí, hoci nie sú schopní svoje pocity zrozumiteľne vyjadriť. V porovnaní s dospelými pacientmi majú malé deti vystupňované reflexné odpovede. Preto je u detí veľké nebezpečenstvo nedostatočnej liečby bolesti (Fricová, 2005). The Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine and Joint Faculty of Intensive Care Medicine's (ANZCA, 2015) vydali deklaráciu, ktorá zahŕňa „Práva pacientov na liečbu bolesti“. Pripustili, že bolesť môže zapríčiniť u pacientov a ich rodín nežiaduce fyzické a psychické dôsledky, spojené s emocionálnym, sociálnym a duchovným stresom. Deklarácia zhŕňa práva pacientov do 7 zásad:

1. *Právo na uznanie bolesti*: bolesť je vlastná skúsenosť pacienta a je rôznymi pacientmi prežívaná rôzne.
2. *Právo na hodnotenie a liečbu bolesti*: pacienti a ich rodina zohrávajú kľúčovú úlohu a sú súčasťou zdravotníckeho tímu, ktorý sa o pacienta stará a snaží sa stanovovať realistické ciele pre liečbu bolesti.
3. *Právo na výsledky hodnotenia bolesti pacienta a na ich základe prispôbovať terapiu na dosiahnutie efektívnej úľavy od bolesti*.
4. *Právo na starostlivosť poskytovanú profesionálmi s odbornými znalosťami a skúsenosťami v liečbe bolesti* (najmä algeziológovia).
5. *Právo na vhodnú a efektívnu stratégiu liečby bolesti*.
6. *Právo na vzdelávanie v oblasti efektívnych liečebných možností* v každom konkrétnom prípade.
7. *Právo na vhodný plán liečby bolesti* po vyčerpaní možností akútnej neodkladnej starostlivosti (Fricová, 2005; Janáčková, 2007; Rokyta a kol, 2009).

Za problematické a etické aspekty liečby bolesti u pacientov s nádorovou bolesťou považuje Fricová (2005):

- validitu prospektívnych rozhodnutí o zdravotnej starostlivosti prijímané, vyžadované alebo odmietané zo strany pacientov,
- hranice rozhodovania pacientov psychicky nesvojprávnych, vtedy má pacient právo na zákonného zástupcu, ktorý má právo získať primeranú informáciu, aby mohol dať informovaný súhlas,

- eutanázia, ktorá nemá podklad v legislatíve,
- podávanie informácií pacientovi a jeho rodine, rozsah, čo povedať a čo naopak nepovedať. Základným konfliktom je vždy rozdiel v tom, čo pacient na rozdiel od lekára považuje za dôležité. Lekár je zo zákona povinný podať informácie, pokiaľ pacientovi nepôsobí psychickú traumu, ktorá by zhoršila jeho zdravotný stav,
- právo pacienta netrpieť ani v terminálnom štádiu (odporúčania Centrálnej etickej komisie MZ SR, kódex práv pacientov).
- kvalita života, ako ju posudzuje pacient a jeho najbližšie okolie. Problémom je, ako posudzovať pacientov, ktorí neboli, nie sú a nebudú schopní kvalitu svojho života posúdiť. Je treba preferovať princíp nedotknuteľnosti života, alebo princíp rešpektu ku kvalite života?
- Príčinami neúspechov sú podľa Fricovej (2005) neznalosť súčasných moderných postupov v liečbe bolesti, neadekvátny vzťah lekár – pacient, limitované očakávania od pacientov, strach z útlmu dychového centra, obavy z rozhodnutí a strach z nežiaducich účinkov liečby.

To, ako premýšľame o bolesti, ovplyvňuje spôsob ako na ňu reagujeme. Naša schopnosť a ochota počúvať, odhaľovať, dôverovať, liečiť a podávať správy, ktoré sa do určitej miery spoliehajú na naše chápanie podstaty a významu bolesti vychádza ideálne z fenomenologického hľadiska (Sullivan, 2000; Schatman, 2010).

Cieľom liečby bolesti je znížiť alebo odstrániť bolesť. Manažment liečby bolesti sa odvíja od typu bolesti. V liečbe akútnej bolesti je uprednostňovaný podľa najnovších poznatkov medicíny multimodálny prístup. Ide o kombináciu farmakoterapie a techník liečby bolesti. Týmto prístupom sa zlepšuje pooperačná liečba bolesti a redukuje sa výskyt pooperačných komplikácií (ako je napr.: nauzea, zvracanie). Chronická bolesť by mala byť liečená multidisciplinárne s využitím spolupráce odborníkov (algeziológ, neurológ, psychiater, rehabilitačný lekár a psychológ). Špecializované centrá a ambulancie liečby bolesti zaisťujú komplexnú algeziologickú starostlivosť, ktorej súčasťou je algeziologické vyšetrenie, hodnotenie bolesti a navrhnutie účinného analgetického plánu (Rokyta a kol., 2009).

5.7 Farmakologická liečba bolesti

Najrozšírenejší algoritmus na liečbu nádorovej bolesti je trojstupňový analgetický rebrík WHO, ktorý vypracovala v roku 1986 expertná komisia WHO. Jeho základné princípy sa aplikujú aj na liečbu akútnej bolesti a bolesti nenádorového pôvodu, najmä ak je spojená s

progredujúcim chronickým ochorením (Nemčíková, 2004). Kritériom pre výber vhodného analgetika je intenzita bolesti. Analgetický rebrík je tvorený 3 stupňami: *I. st. mierna bolesť*: neopioidné analgetiká, paracetamol, kyselina acetyl salicylová, nesteroidné antireumatiká, *II. st. stredne silná bolesť*: slabé opioidy, kodeín, dihydrokodein, tramadol a *III. st. silná bolesť*: silné opioidy, morfín, fentanyl, oxykodon, metadon, petidín, hydromorfón. Analgetický rebrík vytvorený pre chronickú terapiu nádorovej bolesti odporúča postup „zdola nahor“. Od slabších analgetík k silnejším. U miernych bolesti sa odporúča začínať s neopioidnými analgetikami. Druhý krok, stupeň - nasleduje liečba stredne silnej bolesti, kedy sa pridávajú slabé opioidné analgetiká. Pokiaľ je liečba neúčinná (silná bolesť) je odporúčané, slabé opioidy vymeniť za silné (Kršiak, Kozák, Lejčko, Skála, 2004). Pri akútnej bolesti je postup opačný „zhora nadol“, kedy sa volia silnejšie analgetiká a rýchlo pôsobiaca farmakoterapia. V posledných rokoch sa pri akútnej bolesti využíva tzv. oxfordská liga analgetík – zostavená na základe výsledkov metaanalýz mnohých klinických štúdií u akútnych bolesti z hľadiska medicíny založenej na dôkazoch (EBM - Evidence Based Medicine). Podľa týchto dôkazov majú vysokú pravdepodobnosť analgetického účinku nielen silné opioidy (morfín), ale aj nesteroidné antiflogistiká (Ibuprofen, Diclofenac), kombinácia paracetamolu s opioidmi vo vysokých, ale ešte prípustných dávkach (Rokyta a kol, 2009). **Adjuvantné analgetiká** označované tiež ako koanalgetiká sa využívajú na každom stupni liečby bolesti. Sú určené hlavne na liečbu chronickej a neuropatickej bolesti. Z farmakologických skupín sem zaradíme napríklad: antidepresíva, neuroleptiká, antihistaminiká, psychostimulanciá, myorelaxanciá, kortikoidy a iné, kde je potrebná konzultácia príslušných špecialistov (Kulichová, 2009).

Pre optimálne využitie opioidov odporúča Nemčíková (2004) vychádzať zo základných farmakokinetických charakteristík a zásad podávania stanovených ako doplnok k analgetickému rebríku:

1. Terapia je vždy individuálna.
2. Pri výbere analgetika sa postupuje podľa analgetického rebríka.
3. Preferuje sa perorálne podávanie. Je pre pacienta a rodinu lacnejšie, komfortnejšie a pomalšie sa vyvíja tolerancia.
4. Stála bolesť (viac ako 12 hodín) vyžaduje pravidelné podávanie analgetík, čím sa dosiahne primeraná analgéza pri nižších dávkach lieku a tým i s nižším výskytom nežiaducich účinkov.
5. Dávky sa podávajú individuálne, iniciálna dávka závisí od intenzity bolesti a dávky predtým užívaného opioidu (Nemčíková, 2004).

Spôsob aplikácie liečby bolesti

- *Parenterálne podanie:* v tomto prípade podania opioidných aj neopiooidných analgetík je treba zväžiť farmakokinetické parametre analgetika a individuálny stav pacienta.
- *Intravenózne podanie:* analgetikum je možné podať bolusovo alebo kontinuálne.
- *Intramuskulárne podanie:* je ovplyvnené stavom perfúzie tkaniva v mieste podania, ktorá môže ovplyvniť stupeň absorpcie lieku. Vzhľadom na bolestivosť intramuskulárnej aplikácie väčšiny analgetík sa odporúča intravenózne podanie alebo, subkutánne podanie.
- *Subkutánne podanie:* je taktiež ovplyvnený stupňom prekrvenia. Využíva sa pri kontinuálnom podávaní analgetika v množstve 1 – 5 ml.
- *PCA (Patient controlled analgesia):* je samoobslužný spôsob analgézie, pri ktorej si pacient podáva analgetikum podľa intenzity bolesti. Pacient podľa vlastnej potreby spustí dávkovací mechanizmus, ktorý aplikuje analgetikum podľa nastaveného programu. Bezpečnosť podávania je zaistená tým, že lekár naprogramuje koncentráciu opioidu, veľkosť bolusovej dávky, rýchlosť kontinuálnej dávky a tzv. „lock-out“ interval, dobu počas ktorej je zariadenie zablokované a chráni pacienta pred predávkovaním. Najčastejšie používaným opioidom pre PCA je morfín.
- *Transdermálne podanie:* analgetiká sú podávané vo forme náplastí s kontinuálnym uvoľňovaním liečiva. Účinná látka sa teda do organizmu dostáva cez neporušenú kožu po dobu 72 hodín. Tento spôsob podania nezaťažuje tráviaci systém a má málo vedľajších účinkov. Výmena náplasti by mala byť 1x za 3 dni (Seifert, Beneš, Býma, 2013).
- *Rektálne podanie:* podávané sú opioidné aj neopiooidné analgetiká.
- *Regionálne spôsoby analgézie:* využíva sa napr.: epidurálna analgézia, intratekálne do subarachnoidálneho priestoru pomocou lumbálnej punkcie (rizikom podania je útlm dýchania) (Fraňová, Šutovská, 2014).

5.8 Nefarmakologická liečba bolesti

Nefarmakologické postupy v liečbe bolesti vychádzajú z faktu, že bolesť má bio - psycho - sociálny aspekt (Rokyta et al., 2012). Liečba je väčšinou kombinovaná s farmakologickou liečbou. Nefarmakologická terapia znižuje pocity ako sú stres, úzkosť, bolesť, správanie, pocit slabosti, dávkovanie analgetík a tým znižujú aj vedľajšie účinky farmakologickej liečby. Nefarmakologická liečba bolesti zahŕňa napríklad fyzikálne spôsoby liečby terapiu mysle a tela, behaviorálnu modifikáciu, manuálnu terapiu, prírodnú terapiu (Champaneri, 2014). Je vhodné,

aby klienti trpiaci chronickou bolesťou boli vyšetrení psychológom a psychiatrom. Nefarmakologickú liečbu môžeme rozdeliť do troch kategórií:

- fyzikálnu terapiu: využíva fyzikálne vplyvy na obnovenie funkčnosti jedinca. Zahŕňa hydroterapiu, terapiu teplom a chladom, vibráciami, transkutánnu elektrickú stimuláciu nervu (TENS), cvičenie a imobilizáciu,
- alternatívnu a doplnkovú terapiu: využíva napríklad meditáciu, akupunktúru, aromaterapiu, muzikoterapiu, terapiu dotykom, jogu,
- kognitívnu a behaviorálnu terapiu: sa zameriavajú na ovplyvnenie interpretácie zážitku bolesti u pacienta a súčasne pomáhajú vytvoriť zmenu reakcie na bolesť. Veľmi užitočné môžu byť dychové cvičenia, relaxácia, hypnóza a iné behaviorálne terapie (Raphael et al., 2010; Stoelb et al., 2009).

Pozornosť by sa mala zamerať aj na psychosociálnu podporu a poskytovanie vzdelávania pacientom a rodinám. Všetky tieto možnosti môžu výrazne zvýšiť pocit kontroly u pacientov a znížiť pocit bezmocnosti členov rodiny a opatrovateľov (Keefe et al., 2005; Cassileth et al., 2010). Metaanalýza vplyvu psychosociálnych intervencií na rakovinovú bolesť zdôrazňuje dôležitosť multimodálneho prístupu k liečbe. Integrácia fyzických, psychosociálnych a duchovných modalít by mala byť založená aj na hodnotení kultúrnych faktorov (Sheinfeld et al., 2012).

5.9 Bolesť a intervencie sestry

Sestra môže pacientovu bolesť ovplyvniť aj bez zásahu a ordinácie lekára. Je dôležité mať vedomosti o bolesti, preto je v kapitole spracovaná problematika bolesti obširne, nielen z etického hľadiska. Bolesť je ošetrovateľský problém, ktorý by mala identifikovať každá sestra so súčasnou reflexiou na etické princípy beneficencie a nonmaleficencie. (Správnym posúdením bolesti a utrpenia v dôsledku bolesti konáme dobro, nedostatočnou všímavosťou stupňujúcej sa bolesti, alebo nedostatočným posúdením účinkov liečby na bolesť nekonáme dobro). Každý pacient je individuálna osobnosť s jedinečným vnímaním bolesti. Pri liečbe bolesti je najdôležitejšia empatia, komunikácia s pacientom, ochota spolupracovať, získanie si dôvery a porozumenie bolesti pacienta (Dušová, 2007). Sestra na základe odporúčania Dušovej, (2007), Janáčkovej (2007) a Rokyty et al. (2012) môže pri liečbe bolesti pacienta využiť tieto intervencie:

- *Metódu odvádzania pozornosti:* odvieť pacientovu pozornosť od negatívnych myšlienok inam. Zamestnať pacienta môžeme pozeraním televízie, ručnými prácami, čítaním, návštevou alebo rozhovorom. U malých detí využívame hračky, maľovanie, u starších detí vymýšľame náročnejšie činnosť ako je vystrihovanie alebo sledovanie televízie, počúvanie hudby a iné. Metóda využíva veľké sústredenie, kedy sa dieťa sústreďí len na danú činnosť a na bolesť takmer zabúda. Činnosti na zabavenie volíme podľa veku, pohlavia a hlavne záujmov dieťaťa (Rokyta et al., 2012).
- *Terapia hrou:* cieľom hry je navodiť priaznivú upokojujúcu atmosféru. Hrou dieťa môže dať najavo svoje vnútorné emócie. Dobrý účinok má hra ako nenásilná metóda so zdravotníckymi pomôckami, ktoré budú využité pri jeho liečbe a vyšetrení. Dieťa sa s nimi zoznámia a nebude pociťovať taký strach. Vhodnou cieľovou populáciou sú deti od dvoch do šiestich rokov (Rokyta et al., 2012).
- *Metóda priameho poučovania:* na základe edukácie za pomoci prednášky, rozhovoru.
- *Metóda predstavivosti:* Sestra sa snaží zapojiť pacientovu myseľ, aby si predstavil príjemné situácie, miesta alebo obrazy a cielene popisoval, čo prežíva a vníma.
- *Metóda dialógu:* Touto metódou sa sestra pokúša o dôveryhodnú komunikáciu s pacientom.
- *Metóda transferu:* metóda spočíva v pokuse uvedomiť si utrpenie iných ľudí.
- *Vhodné terapeutické prostredie:* spočíva vo vytvorení príjemného prostredia pre pacienta a tak predchádzame bolesti. Využíva sa aj u detských pacientov. Metóda sa skladá z niekoľkých postupov a podmienok ako napr.: architektonickej úprave,

farebnosti, vybavenia izieb, hračky, preškolený personál, príprava dieťaťa a rodičov na priebeh liečby, podpora rodičov pri hospitalizácii, zabezpečenie pobytu rodičov, dôkladná individuálna diagnostika detskej bolesti. Metóda sa dá využiť pri všetkých typoch bolesti a pri akejkoľvek hospitalizácii dospelého a detského pacienta. Nevýhodou tejto metódy je podľa Rokytu et al. (2012) je nutnosť zmeny prístupu zdravotníckeho personálu a rodičov k diagnostike a liečbe detskej bolesti.

- *Zmenšovanie strachu a úzkosti:* Dôležitou úlohou je zvládnuť pacientove emócie: strach a úzkosť. Dôležité je, aby mal pacient možnosť o svojich pocitoch, problémoch a bolesti hovoriť. Rovnako dôležité je, aby mal pacient informácie o svojom zdravotnom stave a o zdravotnej starostlivosti, čím môžeme zmierniť pocit strachu a úzkosti.
- *Používanie terapeutického dotyku:* Pri tejto metóde záleží na osobnosti pacienta a jeho momentálnom rozpoložení. Ide o dotyk alebo pohladenie pacienta, samostatne, alebo v spojení s inou metódou proti bolesti. Pri tejto metóde je dôležité zohľadniť aj kultúrne aspekty pacienta.
- *Posilňovanie vlastnej aktivity:* Sestra by mala vedieť pacienta pochváliť a povzbudiť.

Aj napriek tomu, že od roku 1986 existuje liečebný protokol WHO, ktorý poskytuje pomoc pri riešení kontroly bolesti, sa pacientom s rakovinou nedostáva dostatočnej liečby (Porter, Keefe, 2011). Zahraničné štúdie uvádzajú, že bariéry manažmentu bolesti u pacientov s rakovinou sú zapríčinené nedostatkom vedomostí o bolesti a analgézií pacientmi, rodinnými príslušníkmi a zdravotníckymi pracovníkmi (Porter, Keefe, 2011; Ribeiro, Pereira, Sallum et al., 2012; Mocerri, Drevdahl 2014; Ortiz, Ponce-Monter, Rangel-Flores et al., 2015). Táto realita môže prispievať k nedostatočnej liečbe bolesti a priamo ovplyvňovať kvalitu života ľudí s bolesťou. Výskumy poukázali aj na to, že nesprávne vedenie liečebných postupov zdravotníckymi pracovníkmi je spojené s nedostatkom vzdelávacích programov, absenciou vopred stanovených postupov, strachom zo závislosti a nežiaducich reakcií liekov na podklade opioidov, nedostatkom vedomostí o metódach hodnotenia bolesti, čo je prekážkou primeranej kontroly bolesti a má za následok nepohodlie, fyzické a emocionálne zhoršenie stavu pacienta (Lobo, Martins 2013; Ortiz, Ponce-Monter, Rangel-Flores et al., 2015; Jain, Pai, Chatterjee 2015; Van den Beuken-van Everdingen, Hochstenbach, Joosten et al., 2016). V kontexte s týmito výsledkami výskumov je zrejmé, že významnú úlohu v kontrole bolesti zohrávajú profesionálni zdravotníci, ktorí hodnotia bolesť pacientov a podávajú správy o nežiaducich účinkoch liečby. Preto je pri hodnotení a liečbe bolesti u onkologického pacienta potrebné, aby sestry kontinuálne a systematicky hodnotili bolesť. Zohrávajú významnú úlohu pri jej

identifikácii, odborne edukujú pacienta, rodinu ohľadom onkologickej bolesti, jej farmakologickej a nefarmakologickej liečby (Van den Beuken-van Everdingen, Hochstenbach, Joosten et al., 2016; Jain, Pai, Chatterjee 2015; Jho, Kim, Kong et al., 2014)

Pracovný list

- 1. Typickými príznakmi akútnej bolesti sú: Vyznačte správne odpovede.**
 - a) potenie, tachykardia, zápcha,
 - b) poruchy spánku a správania, depresia,
 - c) retencia moču, hyperglykémia
 - d) zmeny osobnosti, zhoršená kvalita života, strata zamestnania
- 2. Definujte akútnu bolesť:**
 - a) akútna bolesť je definovaná ako intenzívna, spontánna bolesť,
 - b) trvá dlhšie ako je potrebné na hojenie chorenia či poranenia,
 - c) má ohraničené trvanie od niekoľkých minút, dní až do 3 týždňov,
 - d) môže byť návratná, symptómy sa vracajú
- 3. Ktorú z metód nefarmakologickej liečby bolesti by ste ako sestra využili?**
 - a) metódu priameho poučovania
 - b) metódu transferu
 - c) parenterálne podanie
 - d) PCA
- 4. Najrozšírenejší algoritmus na liečbu nádorovej bolesti je:**
 - a) trojstupňový analgetický rebrík
 - b) štvorstupňový analgetický rebrík
 - c) trojstupňový analogický rebrík
 - d) Evidence Based Medicine
- 5. Posúďte bolesť u dospelého pacienta podľa dotazníka DIBDA. Posúdenie zapíšte do dokumentácie.**

Dotazník interferencie bolesti s dennými aktivitami (DIBDA)

0	Som bez bolesti
1	Bolesti mám, výrazne ma neobťažujú a nerušia, je možné na ne pri činnosti zabudnúť
2	Bolesti mám, nedá sa od nich úplne odpútať pozornosť, nezabraňujú však vo vykonávaní bežných denných činností (bez chýb)
3	Bolesti mám, nedá sa od nich odpútať pozornosť, rušia vo vykonávaní bežných denných činností, ktoré sú preto vykonané s obmedzením (a chybami)
4	Bolesti mám, prekážajú tak, že bežné denné činnosti sú vykonávané iba s najväčším úsilím
5	Bolesti sú také silné, že je nutné vyhľadať úľavovú polohu, prípadne nútia vyhľadať lekárske ošetrovanie

Zdroj: Rokyta, R.. 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory.*

6. Posúďte bolesť u dieťaťa podľa FLACC škály. Popíšte podrobnejšie svoje posudzovanie. Posúdenie zapíšte do dokumentácie.

Vek dieťaťa:

Čas hodnotenia bolesti:

Čas kedy to bolí?:

Lokalizácia bolesti:

Intenzita bolesti podľa posúdenia:

Čo bolesť zmiernilo:

Čo bolesť spustilo:

Aká bola príčina bolesti?:

Aké nefarmakologické prostriedky ste použili na zmiernenie, odstránenie bolesti?:

Aké iné reakcie na bolesť ste pozorovali u dieťaťa?:

Aké sú vaše postrehy z posudzovania bolesti u detí? (uved'te aspoň 2):

FLACC škála (Facies, Leg, Activity, Cry, Consolability scale) je určená: pre deti od 2 mesiacov do 7 rokov a je možné ju použiť aj u donosených novorodencov.

Skórovanie: minimálny počet bodov – 0, maximálny – 10

0 = relaxácia a komfort

1 – 3 = mierny dyskomfort

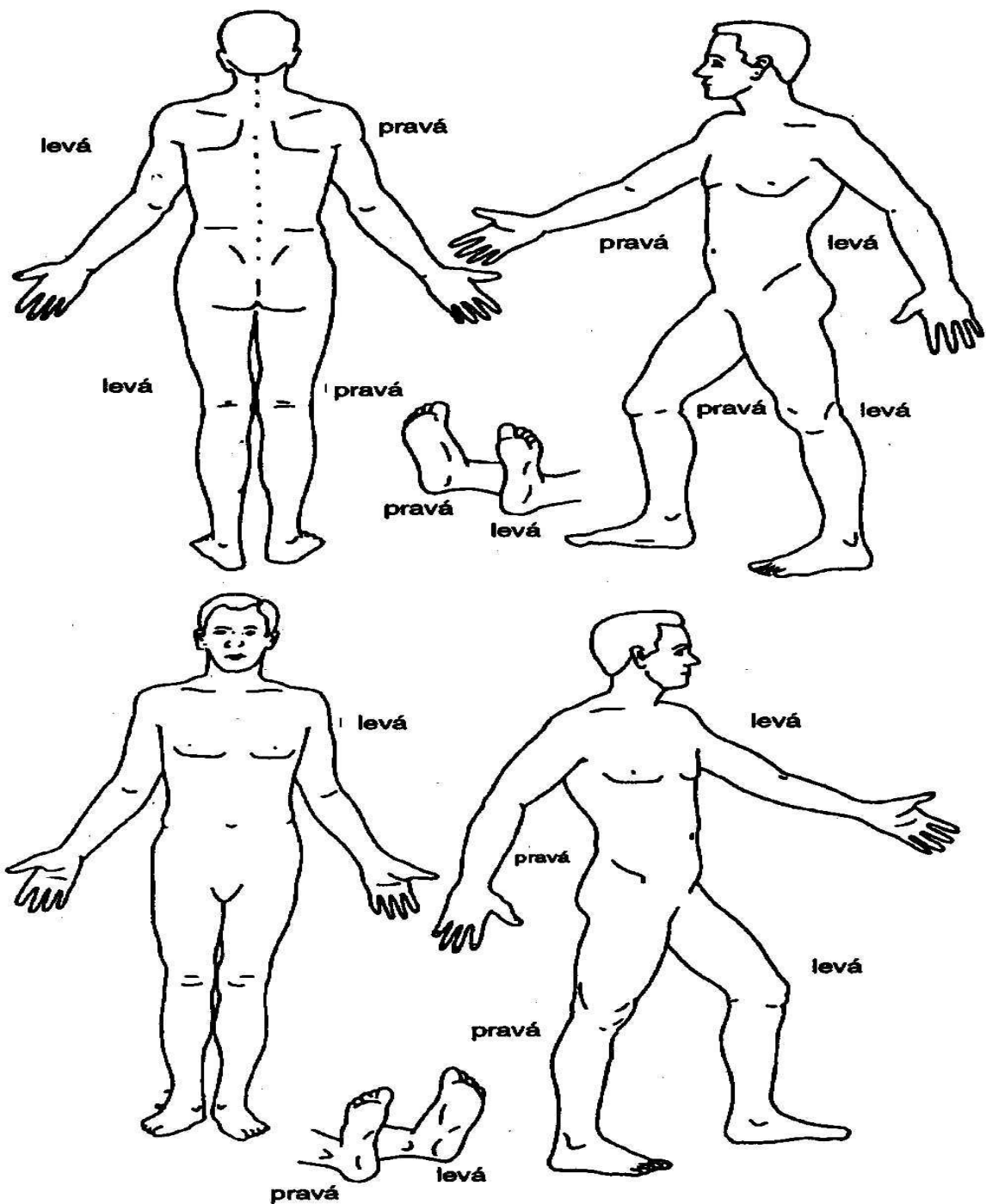
4 – 6 = stredná bolesť

7 – 10 = silná bolesť, dyskomfort

Posudzované oblasti	0	1	2
Tvár	Žiadny zvláštny výraz alebo smiech	Občas grimasy alebo zachmúrenie, nezaujímam	Časté zachmúrenie, zatínanie čelustí, chvejúca sa brada
Končatiny	Relaxované vo fyziologickej polohe	Nepokoj, tenzia	Kopanie, naťahovanie končatín
Aktivita	Ticho leží pohyby sú ľahké	Krútenie sa, otáčanie na brucho a chrbát, tenzia	Stáčanie sa do opozitónu, rigidita, kŕče
Krik/Plač	Plač nie je prítomný	Stonanie, občasné nariekanie	Stály plač, výkriky, vzlykanie, časté sťažnosti
Utišiteľnosť	Spokojnosť, relaxácia	Upokojenie po pohladení, objatí, príhovore	Problematické Obťažné utíšenie

Zdroj: Voepel-Lewis, T., Zanolini, J., Dammeyer, J. A., Merkel, S. 2010. Reliability and Validity of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Behavioral Tool in Assessing Acute Pain in Critically ill Patients. In American Journal of Critical Care. ISSN 1062-3264, 2010, vol. 19, no. 1, p. 55–61

7. Posúďte u konkrétneho pacienta (na praktickej výučbe) trpiaceho bolesťou lokalitu, prípadne vyžarovanie bolesti. Miesto zakreslite do Mapy bolesti. Posúdenie vložte do dokumentácie.



Zdroj: Krátká, A. 2007. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procese.*

8. Posúďte bolesť u konkrétneho pacienta (na praktickej výučbe) s demenciou. Posúdenie vložte do dokumentácie.

Hodnotenie bolesti u pacientov s demenciou (Škála bolesti podľa Abbey)

Pri posudzovaní bolesti pacienta zhodnoťte každú otázku 1 – 6.

Meno pacienta:

Dátum:..... Čas:.....

Posledná dávka lieku proti bolesti:			
01. Verbalizácia – plač, stonanie: 1 chýba = 0 mierna = 1 stredne silná = 2 silná = 3	otázka		
02. Výraz tváre – napätie, sťažené obočie, grimasy, vydesený výraz: 2 chýba = 0 mierna = 1 stredne silná = 2 silná = 3	otázka		
03. Zmena v reči tela – nepokoj, pohojdávanie, ochrana určitej časti tela: chýba = 0 mierna = 1 stredne silná = 2 silná = 3	otázka 3		
04. Zmena v správaní – zmätenosť, odmietanie stravy, zmena návykov: 4 chýba = 0 mierna = 1 stredne silná = 2 silná = 3	otázka		
05. Fyziologické zmeny – abnormálne hodnoty TT, TK, P, potenie, sčervenanie 5 chýba = 0 mierna = 1 stredne silná = 2 silná = 3	otázka		
06. Fyzické zmeny – kožné erózie, dekubity, artritída, kontraktúry: 6 chýba = 0 mierna = 1 stredne silná = 2 silná = 3	otázka		
Spočítajte všetky body	Skóre bolesti		
Zakrúžkujte celkovú hodnotu bolesti:			
0 – 2	3 – 7	8 – 13	14 +
žiadna bolesť	mierna	silná	veľmi silná
Zakrúžkujte druh bolesti:			
akútna	chronická	akútna bolesť	nasadajúca na chronickú

Zdroj: Nemcová, J. 2013. Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti

9. Spracujte anamnézu bolesti u konkrétneho pacienta (na praktickej výučbe) na základe PQRST, posúdenie zopakujte. Posúdenie zapíšte do dokumentácie.

Anamnéza bolesti

Anamnéza TO:

Anamnéza OA:

Anamnéza RA:

Doterajšia liečba :

Chirurgická: radikálna, paliatívna, diagnostická

Aktinoterapia :

Chemoterapia :

Symptomatická :

Analgetiká (druh a spôsob aplikácie) :

Adjuvantné lieky :

Iná (akupunktúra, neurochirurgická, atď.) :

PQRST charakteristika bolesti

*Na určenie intenzity bolesti sa použije vizuálne analógové, verbálne a numerické stupnice.

Dátum, čas	P	Q	R	S	T	Provokujúce faktory	Úľavové faktory

Manuál k posúdeniu bolesti PRQST:

Dátum a čas: Zaznamenáva sa dátum a čas posúdenia bolesti

- **P (Pain)** lokalizácia bolesti: Kde Vás bolí ?
- **Q (Quality)** kvalita bolesti: Aká je to bolesť ? napr.: bodavá, dráždivá, dusivá, chvíľková, hľadavá, kŕčovitá, nepretržitá, periodická, pichavá, ostrá, páľčivá, prechodná, prenikavá, prerušovaná, putujúca, rovnomerná, rytmická, silná, stála, trhavá, tupá, vyžarujúca, zdrvujúca, zvieravá.
- **R (Radiation)** vyžarovanie bolesti: Šíri sa niekde ? Zaznamenajte lokalizáciu vyžarovania bolesti (napr. do ramena na pravej hornej končatine).
- **S (Severity)** intenzita bolesti*: Aká silná je bolesť? Využite napr.: numerickú škálu bolesti NRS: 0 Žiadna bolesť., 1 – 3 Mierna bolesť., 4 – 6 Stredná bolesť., 7 – 10 Silná bolesť.
- **T Time** časové trvanie: Je bolesť stála alebo sa mení?

Provokujúce faktory: Čo bolesť zhoršuje? Napr. : chôdza

Úľavové faktory: Čo bolesť zmiernuje? Napr.: úľavová poloha

Ako vás bolesť obmedzuje ?

Čo si myslíte o svojej bolesti ?

Je ešte aj iná bolesť ?

Iné obťažujúce symptómy:

chut' do jedla:

úbytok hmotnosti:

slabosť:

kvalita spánku:

únava:

nauzea:

vracanie:

obstipácia:

močenie:

dušnosť, kašeľ a podobne:

telesná a duševná aktivita :

nálada:

záľuby:

Zdroj: Slovenská spoločnosť pre štúdium a liečbu bolesti [online]. © 2009 [cit. 2022-06-25]. Dostupné na:

<http://www.pain.sk/>, <https://pain.sk/ambulancie/chorobopis.pdf>.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF ANAESTHETISTS AND FACULTY OF PAIN MEDICINE. *Acute Pain Management: Scientific Evidence*. 4 th Ed.2015. [cit. 2022–04–03] Dostupné z: <https://www.anzca.edu.au/getattachment/4c3b03b7-52bf-4c10-9115-83d827c0fc38/Acute-Pain-Management-Scientific-Evidence>. ISBN Print: 978-0-9873236-7-5
BARTŮŇEK, P., et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzívnej péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.

BEJVANČICKÝ, Š. - BEJVANČICKÁ, P. 2015. Léčba chronické a průlomové bolesti u nádorového onemocnění slinivky. In *Onkologie* 9(5), 248-250. [cit. 2022–08–03]. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2015/05/11.pdf>.

BENNETT, M. et al. 2019. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain. In *Pain*. 160(1), 38-44. [cit. 2022–03–03] Dostupné z: DOI: 10.1016/j.jpain.2009.06.012.

BENNETT M.I. - KAASA S. - BARKE A. - KORWISI B. - RIEF W. - TREEDE R.D. 2019. Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP Classification of Chronic Pain for ICD-11: Chronic Cancer-Related Pain. In: *Pain*. 2019;160:38–44. [cit. 2022–03–03]. Dostupné z: doi: 10.1097/j.pain.0000000000001363. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)].

CARACENI, A. – WEINSTEIN, S. M. 2001. Classification of cancer pain syndromes. In *Oncology* (Williston Park). 2001 Dec;15(12):1627-40, 1642; discussion 1642-3, 1646-7. PMID: 11780704.

CARACENI, A.- SHKODRA, M. 2019. Cancer Pain Assessment and Classification. In *Cancers (Basel)*. 2019 Apr; 11(4): 510. doi: 10.3390/cancers11040510.

CASSILETH, B. R. – KEEFE, F. J. 2010. Integrative and behavioral approaches to the treatment of cancer-related neuropathic pain. In *Oncologist*. 2010; 15(Suppl 2):19–23. [cit. 2022–03–08] Dostupné z: DOI: [10.1634/theoncologist.2009-S504](https://doi.org/10.1634/theoncologist.2009-S504)

CHAMPANERI, V. I. et al., 2014, Non-Pharmacological Interventions in Algiatry. In *International Journal of Current Research and Review* 6(8), 71-78 [cit. 2022–03–03]. Dostupné z: https://www.ijcr.com/uploads/908_pdf.pdf.

COHEN, M.Z. – EASLEY, M. K. – ELLIS, C. et al. 2003. Cancer pain management and the JCAHO's pain standards: an institutional challenge. In *J Pain Symptom Manage*. 2003 Jun;25(6):519-27. Dostupné z: DOI: [10.1016/s0885-3924\(03\)00068-x](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(03)00068-x).

DUŠOVÁ, B. 2007. *Chronická bolesť jako ošetrovateľský problém*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007. 60 s. ISBN 978-80-7368-461-7.

FALK, S. - DICKENSON, A.H. 2014. Pain and Nociception: Mechanisms of Cancer-Induced Bone Pain. In *J. Clin. Oncol.* 2014, 32, 1647–1654. [cit. 2022 – 03 - 03]. Dostupné z : DOI: [10.1200/JCO.2013.51.7219](https://doi.org/10.1200/JCO.2013.51.7219)

FALLON, M. T. et al. 2015. Cancer treatment-related neuropathic pain: proof of concept study with menthol—a TRPM8 agonist. In *Supportive Care in Cancer* 23(9), 2769-2777. [cit. 2022–03–03]. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2642-8>.

FERREIRA, D. S. et al. 2019. Associated factors with the knowledge of nurses of a high complexity oncology centre in Brazil, on the management of cancer pain. In *Ecancermedicalscience* 13:928 [cit. 2022-01-24]. doi: 10.3332/ecancer.2019.928

FRAŇOVÁ, S. – ŠUTOVSKÁ, M. 2014. *Vybrané kapitoly z farmakológie: farmakoterapia bolesti*. 1. vyd. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave. 2014. 153 s. ISBN 978-80-89544-78-3

FRICOVÁ, J. 2005. Etika a liečba bolesti In: *SANQUIS*, č.41. 2005, str. 28, Dostupné [cit. 2022-05-13] [SANQUIS - 2005/41 Etika a liečba bolesti](#)

FRICOVÁ, J. 2011. Akutní a chronická bolesť. In *Postgraduálna medicína*. 2011, roč. 13, č. 3, s. 45 - 50. ISSN 1212-4184

GULÁŠOVÁ, I. 2009. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin : Osveta, 99 s. ISBN 978-80-8063-305-9.

GOUDAS, L.C. – BLOCH, R. - GIALELI-GOUDAS, M. et al. 2005. The epidemiology of cancer pain. In *Cancer Invest*. 2005; 23:182–190. PMID: 15813511.

HAKL, M. a kol. 2019. *Liečba bolesti; súčasné prístupy k liečbe bolesti a bolestivých syndromů*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 248 s. ISBN 978-80-204-52726.

HASÁROVÁ, D. 2008. Prelomová bolesť – klasifikácia, hodnotenie, liečba. In *Paliat. med. liec. boles.* 20081 (1): 15–17. [cit. 2022-03-20]. Dostupné z <https://www.solen.sk/storage/file/article/90e0c406910185b5f0268ff6f9654f7c.pdf>.

HJERMSTAD, M. J. - FAINSINGER R. - KAASA S. 2009. European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC) Assessment and Classification of Cancer Pain. In: *Curr. Opin. Support. Palliat. Care*. 2009;3:24–30. Dostupné z: doi: 10.1097/SPC.0b013e3283260644. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

HEWITT, D. J. 2001. The management of pain in the oncology patient. In *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2001; 28:819–846. 2001 Dec;28(4):819-46. doi: 10.1016/s0889-8545(05)70238-2. PMID: 11766154.

HUGUET, A. - STINSON, J. – MCGRATH, P. 2010. Measurement of self-reported pain intensity in children and adolescents. In *Journal of Psychosomatic Research* 2010, 68: 329-336 [cit. 2022-04-03]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002239990900230X>.

- HUI, D. - BRUERA, E. A. 2014. Personalized Approach to Assessing and Managing Pain in Patients with Cancer. In *J. Clin. Oncol.* 2014, Jun 1; 32 (16): 1640–1646. [cit. 2022 – 03 - 03]. Dostupné z : doi: [10.1200/JCO.2013.52.2508](https://doi.org/10.1200/JCO.2013.52.2508)
- ISAAC T, STUVER S. O, DAVIS R. B. et al. Incidence of severe pain in newly diagnosed ambulatory patients with stage IV cancer. In *Pain Res Manag.* 2012;17(5):347–352.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. 2020. IASP Taxonomy ISAP, 2020, [cit. 2022 – 18 - 03]. Dostupné <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>.
- JAIN, P.N. – PAI, K. – CHATTERJEE, A.S. 2015 The prevalence of severe pain, its etiopathological characteristics and treatment profile of patients referred to a tertiary cancer care pain clinic Indian. In *J Palliat Care* 2015 May-Aug; 21(2): 148–151. [cit. 2022 – 04 – 20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441174/>.
- JANÁČKOVÁ, L. 2007. *Bolest a její zvládnání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 192 s. ISBN 978-80-7367-210-2.
- JHO, H.J. – KIM, Y. – KONG, K.A. et al. 2014. Knowledge, practices, and perceived barriers regarding cancer pain management among physicians and nurses in Korea: a nationwide multicentre survey. In *PLoS One* 2014;9(8):e105900. [cit. 2022 – 04 – 20]. Dostupné z: 105900 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105900>.
- JIRSOVÁ, K. et al., 2019, Upgrade farmakoterapie nádorové bolesti. In *Onkologie*. [online]. 13(2), 73-77. [cit. 2022–03–03]. ISSN 1803-5345 Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2019/02/05.pdf>.
- KALOUSOVÁ, J. - ROUSKOVÁ, B. – PACHMANNOVÁ, D. – STÝBLOVÁ, J. 2008. Bolest u dětí: hodnocení a některé způsoby léčby. In *Pediatric pro praxi* 2008, (1), 7-11 [cit. 2022-04-23]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/01/02.pdf>.
- KANSAL, A. - HUGHES, J. 2019, Visceral pain. In *Anaesthesia & Intensive Care Medicine* 17(11), 543-547 [cit. 2022–03–03]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2016.08.013>.
- KURITA G. P, TANGE U. B, FARHOLT H. et al. Pain characteristics and management of inpatients admitted to a comprehensive cancer centre: a cross-sectional study. In *Acta Anaesthesiol Scand.* 2013;57(4):518–525).
- KEEFE, F. J. - ABERNETHY, A.P. – CAMPBELL, L.C. 2005. Psychological approaches to understanding and treating disease-related pain. In *Annu Rev Psychol.* 2005; 56:601–630. [cit. 2022-04-23]. Dostupné z: DOI: [10.1146/annurev.psych.56.091103.070302](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070302).
- KŘIVOHLAVÝ, J., 1992. *Bolest - její diagnostika a psychoterapie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 66 s. ISBN 80-7013-130-6.
- KALOUSOVÁ, J. – ROUSKOVÁ, B. – PACHMANNOVÁ, D. – STÝBLOVÁ, J. 2008. Bolest u dětí: hodnocení a některé způsoby léčby. In *Pediatric pro praxi*. 2008; 9(1): 7–11.
- KAROVÍČ, D., a kol. Súčasná možnosť perioperačnej analgézie regionálnymi technikami u detských pacientov. In *Detský lekár*. 2004; 3: 34–36.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
- KOLENOVÁ A. 2014. *Onkologické ochorenia v detskom veku*. Bratislava: Univerzita Komenského. 2014. 93 s. ISBN 978-80-223-3586-7.

- KULICHOVÁ M. 2008. Bolest' - definícia, patofyziológia, terminológia. In *Paliat. med. liec. boles.*, 2008;1(3):109-11.
- KULICHOVÁ, M. 2007. Bolest' u onkologického pacienta – diferenciálno-diagnostické spracovanie. In *Onkologia*, 2007;2 (5): 287–291.
- KULICHOVÁ M. 2009. Rozdiely medzi akútnou a chronickou bolesťou s ohľadom na diagnostiku a liečbu. In *Paliat. med. liec. boles.*, 2009; 2(2): 60–64
- KULKAMP, I. C, BARBOSA, C. G, BIANCHINI K. C. 2008. The perception of health professionals about pain management and opioid use: a qualitative study *Ciênc. saúde coletiva* 13 721–731 <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000700022>.
- KRÁTKÁ, A. 2018. *Hodnoty a potreby človeka v ošetrovateľskej praxi*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 1.vydání 2018. 156 s. ISBN 978-80-7454-764-5.
- KRŠIAK, M. - KOZÁK, J. - LEJČKO, J. - SKÁLA, B. 2004. *Farmakoterapie bolesti*. Praha: Společnost všeobecných lékařů ČLS JEP. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. 2004. 17 s. ISBN 80-903573-2-6.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 1992. *Bolest - její diagnostika a psychoterapie*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 66 s. ISBN 80-7013-130-6.
- LOBO, A. J. S. – MARTINS, J.P. 2013. Pain: knowledge and attitudes of nursing students, 1 year follow-up. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2013, vol.22, n.2, pp.311-317. ISSN 0104-0707. [cit. 2022 – 04 – 20]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200006>.
- LOESER, J. D. 1982. Concepts of Pain. In STANTON-HICKS, BOAS, M. (Eds), *Chronic Low Back Pain*. New York : Raven Press, 1982, 146 p.
- MÁLEK, J. et al. 2014. *Léčba pooperační bolesti*. 3. vydání. Praha: Mladá fronta. 152 s. ISBN 978-80-204-3522-4.
- MAREŠ, J. 1997. *Dítě a bolest*. Praha: Grada, 1997. 317 s. ISBN 80-7169-267-0.
- McCAFFERY, M., 1968. *Nursing the patient in pain*. Lippincott Nursing Series. London: Harper and Row. 426 s. ISBN 978-00-6318-239-4.
- McGONIGLE, B. L., et al. 2006. *All About Pain Management: A Guide for Nurses*; Grada: Prague, Czech Republic, 2006; p. 356. ISBN 80-247-1720-4.
- McCONIGLE, B. et al. 2006. *Pain management made incredibly easy*. Springhouse: Lippincott Williams & Wilkins, 2006. 352 s. ISBN 15-825-5227-4.
- MERKSEY, H. 1986. Clasification of chronic pain. In *Pain Suppl.* 3, 1986 s. 216 – 220.
- MERSKEY, H. - BUGDUK, N. 1994. *Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*. 2. Seattle, WA: IASP Press; 1994. Classification of Chronic Pain.
- MIKŠOVÁ, Z. 2006. *Kapitoly z ošetrovateľské péče II*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6
- MOCERI, J.T. – DREVDAHL, D.J. 2014. Nurses' knowledge and attitudes toward pain in the emergency department. In *J Emerg Nurs* 2014 Jan;40(1):6-12. [cit. 2022 – 04 – 20]. Dostupné z: DOI: [10.1016/j.jen.2012.04.014](https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.04.014).

NEMČÍKOVÁ E. Nádorová bolesť. In: Ed. Kulichová M. *Algeziológia*. EDIS Žilina 2005: 230–248.

NEMČÍKOVÁ, E. 2004. Farmakoterapia bolesti. In *Via pract.*, 2004, 3 (1), s. 160-166.

NEMCOVÁ, J. 2013. Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva. 89 s. ISBN 978-80-89544-52-3

O'CONNOR M, ARANDA S. 2005. *Paliatívni péče pro sestry všech odborů*. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 8024712954.

ONDŘIOVÁ, I. – SINAIOVÁ, A. 2013. Vybrané atribúty v liečbe pooperačnej bolesti u detí. In: *Klin Farmakol Farm* 2013; 27(3–4): 122–125.

OPATRŇÁ, M., 2022. Etické problémy v onkologii. Praha: Maxdorf, 2022. 104 s. ISBN 978-80-7345-726-6

OPAVSKÝ, Jaroslav. *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf, 2011, 394 s. ISBN 978-80-7345-247-6

ORTIZ, M.I. - PONCE-MONTER, H.A. - RANGEL-FLORES, E. et al. 2015. Nurses' and nursing students' knowledge and attitudes regarding pediatric pain. In *Nurs Res Pract*. 2015: 210860. [cit. 2022 – 04 – 20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4620320/>.

PORTER, L. S, KEEFE, F. J. 2011. Psychosocial issues in cancer pain. In *Curr Pain Headache Rep* 15(4) 263–270. [cit. 2022 – 04 – 03]. Dostupné z: DOI: [10.1007/s11916-011-0190-6](https://doi.org/10.1007/s11916-011-0190-6).

PÁLKOVÁ, V. 2011. Bolest – problém který nás zajímá. In *Urologie pro praxi*. 2011, 12(2): 129-30. ISSN 1213-1768.

PLEVOVÁ, I. - SLOWIK, R. 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada Publishing. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.

PLEVOVÁ, I., et al., 2012. Hodnocení bolesti u dětí. Využití měřících nástrojů v ošetrovateľské praxi. In *Pediatric pro praxi* 13(3): 193-97. ISSN 1213-0494.

POKORNÁ, A., et al. 2013. *Ošetrovateľství v geriatrii*. Praha: Grada. 2013. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

PORTER L. S KEEFE F. J. 2011. Psychosocial issues in cancer pain. In *Curr Pain Headache Rep*. 2011,15(4) 263–270 [cit. 2022 – 02 – 03]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11916-011-0190-6>.

PORTER, L. S. – KEEFE, F. J. et al. 2011. Caregiver-assisted coping skills training for lung cancer: results of a randomized clinical trial. In *J Pain Symptom Manage*. Jan;41(1):1-13. doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.04.014. Medline: 20832982.

RAPHAEL, J. – HESTER, J. – AHMEDZAI, S. et al. 2010. Cancer pain: part 2: physical, interventional and complimentary therapies; management in the community; acute, treatment-related and complex cancer pain: a perspective from the British Pain Society endorsed by the UK Association of Palliative Medicine and the Royal College of General Practitioners. In *Pain Med*. 2010, 11:872–896. [cit. 2022 – 02-03]. Dostupné z: DOI: [10.1111/j.1526-4637.2010.00841.x](https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2010.00841.x)

- RAUDENSKÁ, J. 2012. Biopsychosociální model chronické nenádorové bolesti. 2012; 5(1): 27 – 29. In *Paliativna medicína a liečba bolesti*. [cit. 2022 – 03-03]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/6eed8fda91278a66a865e87f3f4bc0fe.pdf>.
- RIBEIRO, M.C. – PEREIRA, C.U. – SALLUM, A.M. et al. 2012. Knowledge of doctors and nurses on pain in patients undergoing craniotomy. In *Rev Lat Am Enfermagem* 2012;20(6):1057-63. [cit. 2022 – 04 – 03]. Dostupné z: DOI: [10.1590/s0104-11692012000600007](https://doi.org/10.1590/s0104-11692012000600007).
- RIPAMONTI, C. - SANTINI, D. - MARANZANO, E. - BERTI, M. - ROILA, F. - ESMO Guidelines Working Group. Management of Cancer Pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann. Oncol.* 2012, 23, vii139–vii154. doi: 10.1093/annonc/mds233. [PubMed]
- ROKYTA, R. a kol. 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 174 s. ISBN 978-802-4730-127.
- ROKYTA, R, KRŠIAK, M, KOZÁK, J. *Bolest*. 2. vyd. Praha: Tigis, 2012. 748 s. ISBN 978-80-87323-02-1.
- ROKYTA, R. 2004. Patofyziologie bolesti ve vyšším věku a ve stáří. IN *Česká geriatrická revue* 2004, roč. 1, s. 22-25. Brno: Ambit Media. ISSN 1801-8661.
- ROKYTA, R. a kol. 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-30-12-7.
- ROKYTA, R. - KRŠIAK, M. - KOZÁK, J. 2006. *Bolest. Monografie algeziologie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2006. 683 s. ISBN 80-235-00000-0-0.
- ROKYTA, R. - HÖSCHL, C. 2015. *Bolest a regenerace v medicíně*. Praha: Axonite CZ, 2015. 288 s. ISBN 978-80-88046-03-5.
- SADOVSKÁ, O. 2007. Starostlivosť o onkologického pacienta v pokročilom štádiu ochorenia. In *Via pract.*, 2007, roč. 4 (S2): 31–40.
- SHEINFELD, GORIN, S. – KREBS, P. – BADR, H. et al. 2012. Meta-analysis of psychosocial interventions to reduce pain in patients with cancer. In *J Clin Oncol*. 2012; 30:539–547. [cit. 2022 – 02 – 08]. Dostupné z: DOI: [10.1200/JCO.2011.37.0437](https://doi.org/10.1200/JCO.2011.37.0437).
- SCHATMAN, M. E. 2010. Psychological assessment of Maldynamic pain: the need for a phenomenological approach. In: Giordano J, editor. *Maldynia: Inter-Disciplinary Perspectives on the Illness of Chronic Pain*. New York: Informa Healthcare; 2010:157–182. [cit. 2022 – 18 - 03]. [[Google Scholar](#)]
- SEIFERT, B. – BENEŠ, V. – BÝMA, S. 2013. *Všeobecné praktické lékařství*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2013. 673 s. ISBN 978-80-7262-934-3.
- SOCHOR, M. - SLÁMA, O. 2015, Management chronické a akutní bolesti u pacientů s nádorovými chorobami. In *Klinická onkologie* 28(2), 94-98. [cit. 2022–03–03]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/192/4656.pdf>.
- STAŇKOVÁ, M. 2001. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.

STOELB, B.L. – MOLTON, I. R. – JENSEN, M. P. - PATTERSON, D. R. 2009. The efficacy of hypnotic analgesia in adults: a review of the literature. In *Contemp Hypn.* 2009 Mar 1; 26(1): 24–39. Dostupné z: doi: [10.1002/ch.370](https://doi.org/10.1002/ch.370).

SULLIVAN, M. 2000. Ethical principles in pain management. In *Pain Med.* 2000;1(3):274–279. [cit. 2022 – 18 - 03]. Dostupné z : <https://doi.org/10.1046/j.1526-4637.2000.00031.x>

SVENDSEN K. B, ANDERSEN S, ARNASON S. et al. Breakthrough pain in malignant and non-malignant diseases: a review of prevalence, characteristics and mechanisms. In *Eur J Pain.* 2005; 9:195–206. [cit. 2022 – 02 – 03]. Dostupné z: DOI: [10.1016/j.ejpain.2004.06.001](https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.06.001)

SWARM, R.A.- ABERNETHY, A.P. - ANGHELESCU, D.L. et al. Adult Cancer Pain. In *J. Natl. Compr. Cancer Netw.* 2013 Aug;11(8):992-1022. Dostupné z: doi: 10.6004/jnccn.2013.0119.

SWAN, J. - HAMILTON, P. M. 2019. Pain Management Assessment and Patient Care for Nurses and Other Healthcare Professionals. Wild Iris Medical Education. 2019. 108 s. [cit. 2022–05–03]. Dostupné z: <https://wildirismedicaleducation.com/courses/614/Pain-Management-CEU-Wild-Iris-Medical-Education.pdf>.

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. 2011. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7

TRACHTOVÁ, E. a kol. 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství (NCO NZO) v Brně, 2013. 186 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* 2.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.

TURK, D.C. - MONARCH, E.S. - WILLIAMS, A.D. 2002. Cancer Patients in Pain: Considerations for Assessing the Whole Person. In *Hematol. Oncol. Clin. N. Am.* 2002, Jun;16(3):511-25. [cit. 2022 – 03 - 03]. Dostupné z: DOI: [10.1016/s0889-8588\(02\)00015-1](https://doi.org/10.1016/s0889-8588(02)00015-1)

TWYXCROSS R. Cancer Pain Classification. *Acta Anaesthesiol. Scand.* 1997;41:141–145. doi: 10.1111/j.1399-6576.1997.tb04628.x. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

VAN DEN BEUKEN-VAN EVERDINGEN, M. H. J. – HOCHSTENBACH, L. M. J. – JOOSTEN, E. A. J. et al. 2016. Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis. IN *J Pain Symptom Manage* 2016 Jun;51(6):1070-1090.e9. [cit. 2022 – 04 – 20]. Dostupné z: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(16\)30048-3/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(16)30048-3/fulltext).

VELLUCCI, R. et al. 2017. Assessment and treatment of breakthrough cancer pain: from theory to clinical practice. In *Journal of pain research* 10, 2147. [cit. 2022–03–02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/JPR.S135807>

VOKURKA, S. - TESAŘOVÁ, P. 2018. *Onkologie v kostce.* Praha: Current Media, Medicus. 272 s. ISBN 978-80-88129-37-0.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO cancer pain ladder for adults, 1986. [cit. 2022 – 03-03]. Dostupné z :
<http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/><https://www.practicalpainmanagement.com/resources/who-pain-ladder-do-we-need-another-step> obrázok 1

ZACHAROVÁ, E. – HERMANOVÁ, M. - ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. *Zdravotnická psychologie.* Praha: Grada. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZACHAROVÁ, E. 2014, Zvládání bolesti u onkologických pacientů v ošetrovatelské péči. In *Onkologie* 8(1), 44-46. [cit. 2022–12–03]. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2014/01/11.pdf>.

6. ETICKÉ ASPEKTY STAROSTLIVOSTI O ŤAŽKO CHORÝCH A ZOMIERAJÚCICH

PhDr. Jana Čapková, PhD.

Ciele:

- Vymedziť základné definície súvisiace s umieraním
- Popísať priebeh jednotlivých štádií reakcie na nepriaznivú prognózu ochorenia
- Poukázať na vhodný prístup k umierajúcemu/blízkemu príbuznému v jednotlivých štádiách ochorenia
- Vytýčiť základné legislatívne zdroje upravujúce prístup zdravotníkov v procese umierania
- Charakterizovať základné princípy paliatívnej starostlivosti
- Poukázať na špecifiká komunikácie s umierajúcim
- Zdôvodniť argumenty pre a proti eutanázii

Ošetrovatelstvo zabezpečuje starostlivosť o človeka od počatia až po smrť v zdraví aj v chorobe. Etické princípy ošetrovatelstva vyplývajú nielen zo všeobecne platných etických noriem, ale aj z konkrétnych situácií a činov vzhľadom na ich následky, ku ktorým vedú. Osobitný zreteľ si zasluhujú etické aspekty pri ošetrovaní detí, dlhodobo chorých a umierajúcich. Tieto stavy a s nimi spojené etické aspekty predpokladajú veľmi citlivý a profesionálne náročný prístup k ošetrovaniu, ale i opačne oni ovplyvňujú osobnosť ošetrojúcich (Vachova, 2003).

Situácia zomierania a to zo strany pacienta aj toho, kto mu je nablízku je charakteristická súborom negatívnych emócií, ako je úzkosť a strach. Strach zo smrti podľa Šoltésa a Bošmanského (2008) zahŕňa:

- Strach z bolesti,
- Strach z opustenosti,
- Strach zo zmeny zovňajšku,
- Strach z utrpenia („žiť bude ťažšie, ako nežiť“),
- Strach zo straty samostatnosti („nebudem môcť robiť, čo chcem“), strach o rodinu („bezo mňa to nezvládnú“),
- Strach z nekončenej práce a životného diela,
- Strach zo zlyhania („v najťažšej skúške neobstojím“) a pod.

6.1 Základné pojmy

Kalvach a kol. (2019) definuje umieranie u pacienta v troch podobách ako:

1. dystanázia – nezáujem či vedomé nereflektovanie fáze zomierania, neposkytnutie ucelenej láskavej podpory alebo samoučelné zadržovanie smrti s predlžovaním obtiaží – eticky nevhodné, právne problematické.

2. paliatívna starostlivosť – cieľavedomé kvalifikované zmiernovanie celkového utrpenia s podporou zmysluplnej dôstojnej existencie a odstúpením od zbytočnej liečby smrtiacej choroby i) ďalších chorôb, nie však od účelných intervencií obtiaží, komplikácií, interkurentných akútnych ochorení.

3. eutanázia, asistovaná samovražda alebo neoprávnené ponechanie zomrieť (tzv. pasívna eutanázia), **neprimerané odstúpenie od liečby** – aktívne skrátenie či neposkytnutie starostlivosti, ktorá by život zmysluplne predĺžila.

Každá choroba, i tá menej závažná, je pre človeka záťažou, ktorá dokáže negatívne ovplyvniť všetky dimenzie jeho života (bio-psycho-socio-spirituálne). Reakcia na takúto záťaž je individuálna v zmysle spôsobu i intenzity prežívania (Gulášová, 2009; Kränzle, Weihrauch, 2014; Kuručová, Žiaková, Nemcová a kol.2017).

Umieranie je v súčasnosti iné ako v minulosti. Hlavnú zodpovednosť za chorého človeka preberá zdravotnícke zariadenie. V priebehu minulého storočia postupne prestala byť hlavným činiteľom v starostlivosti o svojho najbližšieho rodina. Postupný presun starostlivosti o umierajúceho z domáceho prostredia do neosobného prostredia zdravotníckeho zariadenia malo za následok, že došlo ku zvýšeniu strachu u príbuzných z kontaktu s umierajúcim, a zároveň vďaka strate kontinuity odovzdávania postojov, názorov, informácii a skúseností, ktoré sa v minulosti prirodzene prenášali z pokolenia na pokolenie, aj ku nepochopeniu prirodzených reakcií, pocitov umierajúcich, ale aj ich najbližších, ktoré prirodzene konečnú fázu života človeka sprevádzajú (Shmidtova, Poledníková, Lišková, 2004; Mojtova, 2008; Kränzle, Weihrauch, 2014).

V minulosti prevládala v nemocničných zariadeniach tzv. paternalistický vzťah. Pacient prijímal rady a odporúčania lekárov a ošetrojúceho personálu bez výhrad a s vďačnosťou. Lekár si bol vedomý svojej moci a autority, ale v situáciách, v ktorých sa „už nedalo nič robiť“, sa snažil uplatňovať súcit s človekom, ktorému už nemohol pomôcť. V súčasnosti prevláda odosobnený prístup k chorým, ošetrojúci personál vidí v pacientovi objekt ich každodennej práce, je iba súhrnom kolónok a stĺpcov a súčasťou technického vybavenia.

Schopnosť predĺžiť a udržiavať život umelými prostriedkami znamená pre etikov vytvárať aj iné definície smrti (Příkryl, 2011; Ptáček, Bartůněk, 2014; WHO 2020).

Rozdielne pohľady na smrť vyvolávajú potrebu odpovedí na mnohé otázky:

- Kedy môžu zdravotníci odpojiť pacienta z prístrojov a ako by mali podporiť rodinu?
- Aké sú riziká a výhody výživy pacientov na konci života?
- Aké zručnosti a vedomosti potrebujú sestry/rodinní príslušníci, aby zvládli proces umierania človeka?
- Kedy a u koho by mali odňať orgány na transplantáciu?
- Je eutanázia riešením ako ukončiť utrpenie a stratu dôstojnosti pri umieraní človeka? (Müller,2005; Gulášová, 2009; Ptáček, Bartůněk, 2014)

Človek na ťažké, smutné či osudové zmeny reaguje zvyčajne určitým konkrétnym spôsobom. A následne dochádza ku pomerne predvídateľnému sledu reakcií, ktoré môžu viesť eticky diskutabilnému konaniu zo strany umierajúceho pacienta, rodinného príslušníka, prípadne zdravotníckeho pracovníka (Dobříková,2011; Černý, 2019).

6.1.1 Štádiá reakcie na nepriaznivú prognózu ochorenia

Päť štádií zvládania umierania (DABDA) prvýkrát opísala Elisabeth Kübler-Rossová knihe „O smrti a umieraní“ v roku 1969. Opisuje štádiá, ktorými človek prechádza , keď dostane závažnú informáciu o charaktere svojho ochorenia (najčastejšie od lekára).

Aj keď sú tieto štádiá jedinečné pre každého človeka, ktorý [čelí chorobe, smrti alebo strate](#), a väčšina ľudí ich nesleduje lineárne, sú užitočné pri opise niektorých emócií, ktoré sprevádzajú tieto udalosti, ktoré menia život. Štádiá sa nevzťahujú len na smrť, ale na každú udalosť, ktorá zmení život a pre ktorú je strata hlboko pociťovaná, ako je rozvod, strata zamestnania alebo strata domova (Magurová,2015; Kurucová, Žiaková, Nemcová, 2017).

6. 1. 2 Štádiá reakcie na nepriaznivú prognózu ochorenia – umierajúci

Švajčiarska psychiatrička Elisabeth Kübler-Rossová (1992) rozlíšila pri práci a rozhovoroch so zomierajúcimi 5 štádií reakcií na nepriaznivú prognózu ochorenia, ktoré zachytávajú obdobie medzi stanovením diagnózy a smrťou:

1. Šok, popretie – odmietanie skutočnosti , stanovenej diagnózy, negácia – psychická obrana.

Človek reaguje dočasnou obranou – popieraním. („ Cítim sa dobre“, „To nie je možné“;“ To je určite omyl“). Ide o šokovú situáciu, ktorá môže trvať rôzne dlho.

Dotyčný sa nechce so situáciou zmieriť. Čím intenzívnejšie prežíva pacient obdobie popretia, tým lepšie sa psychicky prispôsobí chorobe, ale dlhodobé popieranie reality prechádza do patológie a má negatívny vplyv na priebeh choroby aj liečby.

Dôležité: nadviazať kontakt, získať dôveru.

2. Hnev, vzbura, rozhorčenie, agresia – potvrdenie diagnózy, obavy sa zmenia na istotu. Toto obdobie je náročné pre okolie pacienta, pre zdravotnícky personál, príbuzných. Obdobie agresivity je formou prežívania vnútornej krízy, vnútorného hnevu, krivdy, izolácie. („Prečo sa to stalo práve mne?“ „Koho je to vina?“) Hnevá sa na zdravých ľudí, na svojich najbližších, na zdravotníkov, na všetkých vôkol seba.

Dôležité: dovoliť sa odreagovať, nepohoršovať. Venovať dostatok času a pozornosti, počúvať.

3. Vyjednávanie, spochybňovanie – vyjednávanie s osudom, kolísanie medzi nádejou a beznádejou.

V tomto štádiu pacient prosí, vyjednáva, mení taktiky, sľubuje a verí, že za svoje dobré správanie bude odmenený, že jeho život bude predĺžený („Urobím všetko, aby som mohla...“)

Dôležité: maximálna trpezlivosť hovoriť o veciach a ľuďoch pre pacienta dôležitých.

4. Depresia, zúfalstvo, beznádej – choroba výrazne pokročila, ide o štádium straty fyzických a psychických síl.

Začiatok tohto štádia závisí od telesného stavu umierajúceho. Začína si uvedomovať, že ho opúšťajú telesné sily, koniec sa blíži. Nevzdáva sa nereálnych nádejí a výhovoriek. Môže preto pociťovať beznádej, byť v depresii, odmietat' návštevy. Prežíva smútok zo straty zdravia, hroziacej straty, účtovania, strach o zaistenie rodiny. Uvedomuje si blízkosť smrti. V tomto období je pacient naklonený k možnosti eutanázie najviac. Zároveň ide o dôležité obdobie smútku, ktoré musí prebehnúť.

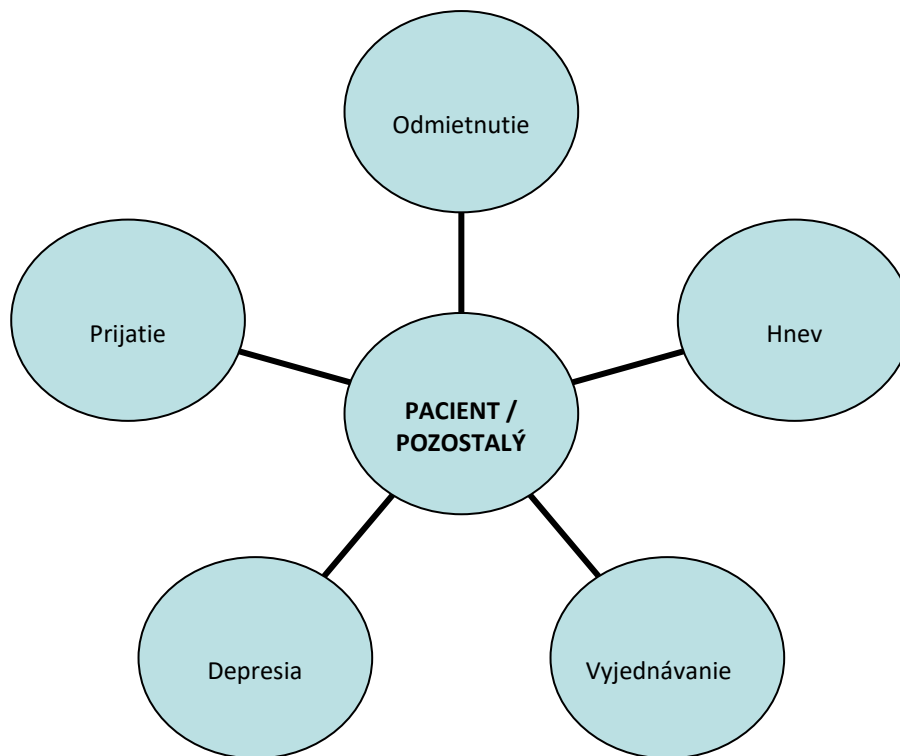
Dôležité: trpezlivo počúvať, pomôcť urovnať vzťahy, pomôcť hľadať riešenie (urovnať konflikt v rodine...), byť ticho a spolupatričný.

5. Prijatie, akceptácia, zmierenie – zmierenie sa s chorobou aj so smrťou.

Štádium, keď je chorý oslobodený od negatívnych pocitov a prišiel čas pokoja pred dlhou cestou. V tomto období rodina chorého potrebuje viac pomoci a podpory, ako umierajúci. Niektorí pacienti bojujú do poslednej chvíle a štádium akceptácie nedosiahnu.

Dôležité: mlčanlivá ľudská prítomnosť, držať za ruku.

Cieľom úsilia zdravotníckych pracovníkov je pomôcť ťažko chorému a zomierajúcemu chorému, aby dosiahol fázu zmierenia (Uríčková, Baďuríková, 2015).



Tabuľka 1 Päť štádií reakcií na nepriaznivú prognózu ochorenia / smútku

6.2 Štádia smútku - blízki príbuzní

Bolesť a smútok, ktoré pozostalý pociťuje po strate blízkeho človeka sú individuálne, človek prechádza rôznymi emocionálnymi zážitkami, je komplikovaný.

Keď stratíme milovaného človeka, bolesť, ktorú zažívame, môže byť neznesiteľná. Je pochopiteľné, že smútok je komplikovaný a niekedy sa pýtame, či bolesť niekedy skončí

Pri starostlivosti o ťažko chorého a umierajúceho pacienta sa často stretávame s tým, že sa pacient sťažuje na realizáciu odborného výkonu. Častejšie sa v praxi stretávame so sťažnosťami na nevhodné správanie, nedostatok úcty alebo pochopenia zo strany zdravotníckeho tímu (Gulášová, 2009; Kalvach, 2019).

6.3 Paliatívna starostlivosť

Paliatívna starostlivosť nie je zameraná na špecifické ochorenie a zahŕňa obdobie od diagnostikovania pokročilého ochorenia až po smrť; toto obdobie môže trvať roky, týždne a niekedy len dni. Nie je synonymom pre terminálnu starostlivosť, ale zahŕňa ju. Organizácia

paliatívnej starostlivosti musí byť založená na hodnotách predložených Radou Európy: ľudské práva a práva pacientov, ľudská dôstojnosť, sociálna súdržnosť, demokracia, rovnosť, solidarita, rovnaké rodové možnosti, participácia a sloboda výberu. Ústrednými rysmi paliatívnej starostlivosti sú: symptomatická liečba, psychologická, spirituálna a emocionálna podpora, podpora rodiny, podpora pri smútení (Schmidtová, Poledníková, Lišková, 2004)

V Koncepcii zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti MZ SR (2006) sa úloha paliatívnej starostlivosti definuje nasledovne: „zlepšiť kvalitu života pacienta až do smrti, zmierniť utrpenie pacienta a stabilizovať jeho zdravotný stav, poskytnúť pacientovi úľavu od bolesti a iných závažných symptómov ochorenia, zabezpečiť pacientovi komplexnú liečbu a starostlivosť tímom zdravotníckych pracovníkov s odbornou spôsobilosťou, neurýchľovať ani neodďaľovať smrť, integrovať psychologické a spirituálne aspekty starostlivosti o pacienta, poskytovať podporný systém, aby pacient mohol žiť čo najaktívnejšie až do smrti, poskytovať pomoc príbuzným, blízkym osobám pacienta na zvládnutie problémov počas jeho choroby a aj po jeho smrti v čase smútenia“.

Kalvach a kol. (2019) z hľadiska paliatívnej starostlivosti definuje priority umierajúcich, ktoré považuje za variabilné (v závislosti od jednotlivých ľudí, ich osobnej situácie, adaptácie na infaustnú prognózu v závislosti od ochorenia) nasledovne:

- netrpieť – tlmenie bolesti a utrpenia,
- nepredlžovať bolestné predsmrtné fázy, nezadržovať smrť, odmietnutie dystanázie,
- neodlučiteľnosť, umieranie v kontakte a komunikácii s blízkymi ľuďmi, v domácom prostredí či s neobmedzenými návštevami v nemocnici či inom zariadení,
- kontrola nad všetkým čo sa s pacientom deje, autonómia,
- sebestačnosť, alebo aspoň sebaobsluha,
- sebaúcta a dôstojnosť – „zachovať si tvár“, identitu, kontinuitu životného príbehu, nestáť sa príťažou, bremenom,
- bezpečnosť – dôvera v kvalitu, podpora a ústretovosť poskytovanej starostlivosti.

6.4 Etika komunikácie s umierajúcim

Cieľom starostlivosti o smrteľne chorých je zlepšiť kvalitu prežívania zabezpečujúc plnenie potrieb a želaní pacienta, ktoré on sám považuje za dôležité. Vyjadrením týchto potrieb môže byť aj Charta zomierajúcich, podľa ktorej má pacient právo:

- na to, aby sa s ním zaobchádzalo až do smrti ako s ľudskou bytosťou,
- na nádej bez ohľadu na zmenu jeho životnej perspektívy,
- vyjadriť svoje pocity a emócie týkajúce sa blízkej smrti,
- podieľať sa na rozhodnutiach týkajúcich sa starostlivosti o neho,
- na stálu zdravotnícku starostlivosť, napriek tomu, že sa cieľ ‚uzdravenia‘ jeho choroby mení na ‚zachovanie pohodlia a kvality života,
- nezomrieť opustený,
- byť ušetrený bolesti,
- na poctivé odpovede na svoje otázky,
- nebyť klamaný,
- na pomoc rodiny a na pomoc pre rodinu v súvislosti s prijatím svojej smrti,
- zomrieť pokojne a dôstojne.
- uchovať si svoju individualitu,
- na láskavé pochopenie svojich rozhodnutí a názorov,
- byť ošetrovaný pozornými, citlivými a skúsenými ľuďmi, ktorí sa pokúsia porozumieť pacientovým potrebám a ktorí budú prežívať zadosťučinenie z toho, že mu budú pomáhať tvárou v tvár smrti (Lauková, 2019).

6.5 Etické aspekty v starostlivosti o ťažko chorých

Etickými zásadami, ktoré uplatňuje sestra v rámci starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu, rozumieme súhrn takých zásad, ktoré sú vyjadrením postojov sestry a vlastností, nevyhnutných na úspešné zvládnutie svojej práce (Mojtová, 2008; Ondriová, 2021). Sestra, ktorá sa chce starať o zomierajúceho, musí vedieť zaujať postoj k sebe samému. Ak svoje city sama pred sebou skrýva, alebo ich úmyselne zapiera, nebude citlivá ani k citom iného človeka (Uričková, Baďuriková, 2015; Lauková, 2019). Starostlivosť o ťažko chorých a zomierajúcich však kladie nároky predovšetkým na citovú účasť a až potom na odborné znalosti. Je dôležité naučiť sa akceptovať vlastné pocity, i tie nepríjemné, hľadať odpovede na psychologické, ale aj na duchovné, náboženské otázky.

Autentickosť – to je zásada, ktorá vyjadruje, že od ošetrujúcej osoby sa neočakáva skrývanie sa za profesionálne postoje a predstierané emócie, ale vystupovanie ako osoby so svojimi silnými a slabými stránkami a osobitosťami. Ak pociťuje pri ošetrovaní hnev, súcit, úzkosť, či sympatiu, nesmie ich ignorovať, ale naučiť sa s nimi zaobchádzať a neprenášať ich ďalej bez kontroly, čo teda znamená, že s chorým hovorí aj o svojich pocitoch neistoty a úzkosti, čím ho povzbudí, aby sa odhodlal hovoriť aj on sám o svojich obavách, starostiach a potrebách.

Úprimnosť – znamená pacientovi vždy hovoriť pravdu a neklamať ho, aj keby to bola neúplná pravda. V prípade, že si pacient žiada informácie, ktoré ošetrujúca osoba nie je kompetentná poskytnúť, tlmočí jeho otázky lekárovi, pričom pacientovi vysvetlí, že mu na ne môže odpovedať iba lekár. Diagnózu, či pravdu o terminálnej chorobe má oznamovať lekár. Ak sa lekár rozhodne zo závažných dôvodov nepovedať pacientovi pravdu, mal by o tom informovať aj zdravotnícky personál. Vhodnosť tohto postupu je diskutabilná, nakoľko pacient sa aj tak neskôr dozvie pravdu o ochorení. To môže viesť uňho k pocitom podvodu, opustenia a oslabuje sa možnosť prirodzene dospieť do fázy zmierenia. Rozhodnutie lekára o zamlčaní pravdy chorému bráni nájsť partnera pre rozhovor o svojich pocitoch, obavách a napokon o aj o smrti. Na druhej strane treba upozorniť, že oznámenie o smrteľnej či nevyliciteľnej chorobe a zlej prognóze musí byť čo najšetrnejšie. Každý pacient si vyžaduje iný, individuálny spôsob, ktorý treba prispôbiť danej situácii. Oznámenie pravdy takto ťažko chorému pacientovi nikdy nesmie zmariť jeho nádej. Akceptácia pacienta takého, aký je – znamená zrieknuť sa akéhokoľvek poučovania a hodnotenia pacienta, tolerovať jeho prežívanie a reakcie (aj tie negatívne), čo kladie vysoké nároky na sebadisciplínu.

Trpezlivý, úctivý a láskavý prístup – vyžaduje schopnosť trpezlivo počúvať pacienta a pokojne mu odpovedať, pri rozhovore používať oslovenie pán/pani pred menom pacienta/pacientky; zahrnúť sem treba aj pozdrav pri príchode a odchode z izby, pri prvom stretnutí predstavenie sa. Sestra musí zaobchádzať s pacientom ako s partnerom, ktorý má právo na rešpektovanie svojej individuality, osobnej autonómie a intimity (Štefko, 200). V prvom rade sa pacientovi má umožniť rozhodovanie o niektorých detailoch jeho každodenného života, napríklad čo si oblečie, čo bude mať na stolíku, čo bude jesť; teda nevoliť direktívny postup. V prípade, že nepochopí nejakú inštrukciu, je potrebné ju znova vysvetliť, avšak bez akejkolvek nervozity, podráždenosti, či dokonca kriku. Zlé zaobchádzanie a krik vystavujú najmä starších pacientov psychickému stresu, na ktorý môžu reagovať zmätenosťou a celkovým zhoršením ochorenia. Nemožno zabudnúť aj na neverbálnu komunikáciu (napríklad úsmev), je to významný psychoterapeutický prostriedok. Ošetrujúci zdravotnícky personál musí

spolupracovať s lekárom pri liečbe bolesti a ďalších nepríjemných príznakov. Bez vedomia a ordinácie lekára nesmie pacientovi podávať nijaké utišujúce alebo iné lieky. **Spolupráca s rodinou pacienta** – znamená umožniť príbuzným, aby sa zapojili do terminálnej starostlivosti. Dôležitou zásadou, vzhľadom na rýchly rozvoj poznatkov a postupov v medicíne a ošetrovatelstve, je aj sústavné odborné vzdelávanie (Gulášová, 2008,; Magurová, 2015;).

6. 6 . Osobnosť sprevádzajúceho/ošetrojúceho

Okrem odborných vedomostí a zručností, najmä pomáhajúce profesie pracujúce s nevyliciteľne chorými, resp. zomierajúcimi pacientmi by mali disponovať aj osobnostnými predpokladmi s dôrazom na rešpektovanie etických princípov (Mojtová, 2008).

6. 7 Etické dilemy v paliatívne starostlivosti

Pri práci s umierajúcimi môžeme predpokladať, že etické problémy vznikajú v situáciách, kedy je pre pomáhajúceho pracovníka ťažké urobiť rozhodnutie, či vstúpiť alebo zasiahnuť do života človeka a jeho rodiny.

Dilemy môžeme rozdeliť na (Musil, 2004):

- **Zjavné dilemy** – pracovníkov núti k bezprostrednej voľbe medzi dvoma z ich hľadiska nezlučiteľnými možnosťami.
- **Latentné dilemy** – táto dilema bola pôvodne zjavnou dilemou, ale postupom času ustúpila do pozadia napríklad zmenou okolností sťažujúcich voľbu medzi dvoma protipólmi. Dilema úplne nezmizne, nie je vyriešená, len ustúpi do pozadia alebo sa jej pracovníci naučia vyhýbať pomocou racionalizácie.

Zvládanie etických dilem, s ktorými sa pracovník stretáva je veľmi komplikované. Prvým krokom je dilemu identifikovať, určiť hodnoty, povinnosti a práva a ujasniť si, koho sa riešenie bude týkať. Pri zvládaní etických dilem sa od pracovníka očakáva dvojité prístup. Na jednej strane pristupovať ku každému individuálne podľa situácie a špecifických potrieb jednotlivca, na druhej strane sa očakáva, že sa bude riadiť pokynmi zamestnávateľa a zavedených postupov a pravidiel (Musil, Nečasová, 2008).

Etický kódex je jednou z možností, ako zvládať etické dilemy. Má zabezpečovať vedenie a inšpiráciu svojim členom a chrániť klientov pred zneužitím a zanedbávaním starostlivosti.

K špecifickým dilemám v práci s umierajúcimi môžeme zaradiť (Mayers, 2021)

- **Eutanázia vs. Dystanázia** – zo súboru holandských a iných výskumov vyplýva, že dôvodom žiadania eutanázie je väčšinou utrpenie, bolesť, z čoho vyplýva strach z bolesti, strach z neznáma, umierania, pocitu straty dôstojnosti, pocit straty zmyslu

života, pocit opustenosti, osamelosti, beznádeje a pod. Z vlastných skúsenosti vieme, že ak odľahčíme chorému tieto trýzne, tak trápenie fyzické a psychické sa stáva znesiteľné a pre mnohých je to čas úplného dozrievania a prijímania faktu blížiaceho sa konca.

- Oproti eutanázii stojí problém dystanázie – zadržovania, oddiaľovania smrti. Dystanázia je v dnešnej dobe realitou vďaka modernej lekárskej technike a vede. Umožňuje udržať človeka pri živote vďaka prístrojom, ale predlžuje proces umierania a oddiaľuje prirodzenú smrť.
- **Odovzdávanie informácií klientovi alebo jeho blízkym** – jednou z najnáročnejších úloh zdravotníckych pracovníkov je informovanie klienta a jeho rodiny o zdravotnom stave, diagnóze a prognóze. Hlavnou etickou zásadou je poskytovať informácie pravdivo. V súčasnosti však narážame na problém ako poskytovať tieto informácie, kedy a komu.
- **Informovaný súhlas** - aby mohol klient podpísať informovaný súhlas, musí tiež dôjsť k rozhovoru lekára s pacientom a k oznámeniu pravdivých informácií o zdravotnom stave. V praxi sa žiaľ stretávame i s prípadmi, kedy klienti nevedia o svojej prognóze. Problémom v tejto oblasti môže byť tiež to, že klient má právo odmietnuť liečbu.
- **Otázky hraníc vo vzťahu ku klientovi** – môžeme deliť na jednej strane na neformálny vzťah, ktorý uľahčí získanie dôvery, ale tu je i väčšie riziko, že klient bude pracovníkom manipulovať, pracovník tiež môže porušiť zásadu rovnocenného prístupu ku klientovi a na strane druhej je to formálny/profesionálny vzťah, ktorý môže byť tiež založený na báze dôvery, ale pomáha pracovníkovi ľahšie pripomenúť pravidlá vzájomnej spolupráce, ciele a plány, na ktorých sa dohodli.
- **Dilema pomoci a kontroly** – najmä pri pasívnych, nespolupracujúcich klientoch, kedy môže dôjsť k ukončeniu či prerušeniu práce na probléme zo strany pracovníka. Pracovník tiež môže ukončenie vnímať ako zlyhanie.
- **Dilema voľby spôsobu riešenia** – tendencia zasahovať do tém, na ktoré nestačí kvalifikácia pracovníka.
- **Dilemy vychádzajúce z osobnostných a odborných kvalít** – dilema nárokov a vlastného bezpečia, dilemy vychádzajúce z vlastných nespracovaných tém či osobnostného nastavenia a pod.

Sestra v starostlivosti o ťažko chorého a umierajúceho pacienta a jeho rodinu sprevádza, preto je veľmi dôležité, aby si osvojila vedomosti a zručnosti potrebné k vykonávaniu takto náročnej starostlivosti. Musí poznať princípy paliatívnej a hospicovej starostlivosti, etické otázky

umierania a smrti, biologickú stránku, ktorá sprevádza umieranie a smrť, čo je atribútom poskytovania kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta v konečnom štádiu choroby (Martinková, 2019).

Eutanázia

Približne v 50. rokoch 20. storočia nastal búrlivý rozvoj lekárskej vedy a medicínskych technológií, ktorý mal za následok i zmeny v dĺžke života a priebehu chorôb. Aktívny život ľudí sa začal v porovnaní s minulosťou predlžovať, predĺžilo sa obdobie trvania príznakov ochorení, frekvencia i dĺžka pobytu v nemocničných zariadeniach sa zvýšila, zvýšil sa počet remisí chronických ochorení, počet nových hospitalizácií, ktoré často končili predĺženým umieraním. Tým vznikla nová situácia, ktorá priniesla zo sebou nové problémy. Otázka eutanázie sa stala viac aktuálnou (Vácha, 2019). Výsledkom bolo okrem iného i postupné legalizovanie eutanázie v niektorých štátoch sveta.

Mácha (2019) rozlišuje medzi ponechaním zomrieť (*letting die*) a zabitím (*killling*). V prvom prípade život pacienta ukončí choroba, v druhom lekár. Poukazuje na koncept "skôr vyslovených želaní" (prejavené a formulované želania týkajúce sa konca života človeka). Tento koncept sa považuje spoločnosťou bez väčších rizík z etického hľadiska. Vyjadruje rešpekt k želaniam pacienta. Ide o žiadosti o zastavení liečby, o budúcej alebo nenasadenej novej liečbe. Eticky odlišná situácia je v prípade žiadosti pacienta, aby lekár / zdravotnícky pracovník pacientov život aktívne ukončil.

Svetová lekárska asociácia (WMA) potvrdzuje v duchu svojej Deklarácie z roku 1987 a následne v roku 2015 pevné presvedčenie, že eutanázia je v konflikte so základnými etickými princípmi lekárskej praxe a vyzýva všetky národné lekárske asociácie a lekárov, aby sa zdržali praktizovania eutanázie, aj keď im právo daného národa eutanáziu povoľuje alebo ju za istých podmienok dekriminalizuje. Zároveň, ale upozorňuje, že lekár má právo rešpektovať želanie pacienta v terminálnom štádiu ochorenia, ak si pacient želá zomrieť prirodzeným spôsobom.

Eutanázia v legislatíve SR

Právo na život a na jeho ochranu je jednou z najdôležitejších základných ľudských práv. Právo na život je chránené v medzinárodných dokumentoch (hlavne Európskym dohovorom o ochrane ľudských práv a základných slobôd), ale aj vo vnútroštátnom právnom poriadku. V modernej spoločnosti sa čoraz viac kladie dôraz na autonómiu jednotlivca a jeho právo na slobodné rozhodovanie o všetkých otázkach, ktoré sa ho týkajú. Problematika eutanázie je dlhodobo kontroverznou témou, pričom každá krajina Európskej únie vyjadruje svoj názor na

túto problematiku vo svojom právnom poriadku. Trestnosť eutanázie v Slovenskej republike upravuje zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov, ktorý jednotlivé formy eutanázie subsumuje pod rôzne skutkové podstaty.

Definícia eutanázie

V súčasnosti je veľmi aktuálnou témou je samotné umieranie človeka. Dôležitú úlohu tu zohráva v mnohých prípadoch aj kultúra a spoločnosť v danej krajine. V niektorých krajinách (napr. v USA, ale taktiež v Kanade, či vo Veľkej Británii) majú umierajúci možnosť vytvoriť si svoj vlastný „závet pre spôsob úmrtia“ – *advanced directives*, kde presne zadefinujú svoje prania, akú liečbu sú ochotní podstúpiť, či chcú aby boli oživovaní, alebo aký postup zaujať v prípade, že upadnú do kómy. Takisto v niektorých štátoch je eutanázia povolená a je legislatívne zadefinovaná, napr. v Holandsku (Vorlíček 1998).

Zástancovia eutanázie vychádzajú z myšlienky, že každý človek má možnosť rozhodnúť sa ako naloží so svojim životom a nesie zodpovednosť za svoje rozhodnutie. Je nutné sa taktiež pozrieť na eutanáziu z opačného pohľadu a to, ako zlegalizovanie tejto formy umierania môže ovplyvniť celú spoločnosť.

Ako uvádza Dobříková (2011) eutanázia verzus paliatívna starostlivosť by znamenala, že:

- existuje hrozba, aby sa aplikácia eutanázie nerozšírila aj na postihnuté a choré osoby, ktoré sami veľmi netrpia, ale sú skôr bremenom pre spoločnosť,
- chudobní a nepoistení ľudia by mohli byť do eutanázie tlačení, keďže zdravotná starostlivosť je finančne náročná,
- zomierajúcim by sa venovala menšia starostlivosť, pretože by sa smrtiaci liek používal na akýkoľvek problém, či chorobu,
- zanikla by dôvera pacienta voči lekárovi, pretože lekár by už nebol len v úlohe, keď lieči, ale aj „zabíja“.

Eutanáziou rozumieme také jednanie zdravotníckeho pracovníka, kedy ten buď úmyselne usmrť svojho pacienta kedy hovoríme o **aktívnej eutanázii** (napr. vpichnutie nejakej látky do žíl pacienta)), alebo nechá pacienta zomrieť, s ohľadom na záujmy tohto pacienta (**pasívna eutanázia**).

Eutanázia podľa definície Svetovej zdravotníckej organizácie *„je vedomé a úmyselné prevedenie činu (výkonu) s jasným zámerom ukončiť život iného človeka za nasledujúcich podmienok: subjektom je kompetentná informovaná osoba s nevyliciteľnou chorobou, ktorá dobrovoľne požiadala, aby jej život bol ukončený. Osoba, ktorá vykonáva eutanáziu vie o stave tejto osoby a o jej želaní zomrieť a vykonáva tento čin s prvoradým úmyslom ukončiť život*

tejto osoby a skutok je vykonaný so súcitom a bez osobného zisku“ (in Ptáček, Bartůněk, 2019, s.20).

Eutanáziou rozumieme podanie letálneho prostriedku pacientovi, pre ktoré platí:

- úmyslom lekára (zdravotníckeho pracovníka) je usmrtenie pacienta zvoleným prostriedkom;
- hlavným cieľom jednanja lekára (zdravotníckeho pracovníka) je riešenie utrpenia jeho pacienta;
- podaný prostriedok je skutočne príčinou smrti pacienta (Černý, 2019).

Kalvach a kol. (2019) pri definícii eutanázie vychádza z poňatia Holandskej kráľovskej lekárskej spoločnosti, pretože v Holandsku je eutanázia umožnená za prísne určených podmienok nasledovne: „*Eutanázia je úmyselné usmrtenie človeka niekým iným než samotným pacientom na jeho explicitne opakovanú žiadosť*“ . Ďalej poukazuje na to, že každé slovo v definícii vymedzujú tzv. *Rotterdamské kritéria*:

- pacient musí byť kompetentný a jeho žiadosť dobrovoľná,
- žiadosť musí byť úplne zväžená, jasná a opakovaná,
- pacient musí neznesiteľne trpieť (fyzicky, psychicky, sociálne alebo duchovne) ,
- eutanázia musí byť posledná možnosť, ostatné boli vyskúšané a uznané ako neúčinné,
- eutanáziu musí vykonať len a len lekár,
- lekár musí všetko konzultovať s iným lekárom, ktorý má s vykonávaním eutanázie skúsenosti.

Každá eutanázia musí byť v Holandsku evidovaná a vykonaná presne podľa týchto kritérií. Lekár, ktorý usmrtenie pacienta vykonal, všetko hlási miestnej inštitúcii pre dohľad nad týmto zákrokmi a tá následne preveruje všetky postupy a dokumenty. Pokiaľ podľa Kalvacha a kol (2019) zistí, že usmrtenie bolo vykonané podľa stanovených pravidiel, nie je na lekára podané trestné oznámenie. Ide teda skôr o reguláciu a beztrestnosť pre tých, ktorí eutanáziu vykonávajú (Vácha, Königová, Mauer 2012; Kalvach, 2019).

Eutanázia – argumenty proti

Argumenty proti eutanázii nachádzame už v najstaršom kódexe stavovskej lekárskej etiky, v **Hippokratovej prísahe**, kde nachádzame formulovaný negatívny postoj k vykonávaniu eutanázie: „*Nedám sa uprosiť na podanie smrtiaceho lieku, ani to neporadím.*“ (Šoltés, Pulmann, 2008).

Odmietavý postoj voči eutanázii formuje i **Svetová lekárska asociácia** (World Medical Association – WMA) v deklarácii o eutanázii prijatej v roku 2002.

- Eutanázia, ako čin usmrcujúci človeka zverenieho do zdravotníckej starostlivosti, je podľa odporcov eutanázie v priamom kontraste so **základnými princípmi medicínskej etiky**:
- **beneficiencie** (akékoľvek konanie zdravotníka je motivované v záujme života a zdravia pacienta, smeruje k jeho prospechu) ,
- **autonómie** (pacient má mať zabezpečenú možnosť a právo rozhodovania týkajúcich sa medicínskeho/ošetrovateľského postupu, ktorému sa podrobiť - podpisuje informovaný súhlas) ,
- **spravodlivosti** (odstraňuje diskrimináciu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti založenej na rasových etnických, ekonomických, náboženských, svetonázorových, sociálnych či iných rozdieloch medzi pacientmi).

Argument šikmej plochy

Poukazuje na hrozbu negatívnych dôsledkov, ku ktorým by spoločnosť mohla po povolení eutanázie „skĺznuť“. Môžeme ju interpretovať z dvoch hľadísk:

- a) **logická interpretácia** poukazuje na to, že ak raz akceptujeme určitý postup, z logického hľadiska sme zviazaní akceptovať i ďalšie súvisiace postupy, keďže potom už nemáme dobrý dôvod, aby sme ju neprijali (ak sa chceme vyhnúť situácii, kedy by sme čelili snahám o legalizáciu nedobrovoľnej eutanázie, nemali by sme pristúpiť k legalizácii ani v jej „dobrovoľnej“ podobe)
- b) **psychologická interpretácia** poukazuje na fakt, že ak bude určité konanie akceptované, ľudia budú akceptovať aj ďalšie, omnoho spornejšie postupy (ak začneme s usmrcovaním ľudí, aby sme ich ušetrili extrémneho utrpenia, v skutočnosti

skončíme pri ich usmrcovaní z iných dôvodov). Poukazuje na pravdepodobnosť vzniku negatívnych dôsledkov, nie na ich nevyhnutnosť (Příklad, M. 2011).

Zástancovia legalizácie eutanázie argumentujú faktom, že hrozbe šikmej plochy je možné predísť dobrou legislatívou a správne fungujúcim kontrolovaným právnym a zdravotníckym systémom.

Spochybnenie autonómie pri rozhodovaní sa pre eutanáziu

Zástancovia eutanázie často argumentujú princípom autonómie ťažko chorého.

Munzarová (2005) poukazuje na to, že“ *eutanázia nie je autonómnym výberom. Chorí v poslednej fáze ochorenia sú veľmi zraniteľní a ľahko prijímajú akékoľvek nápady iných. Cítia sa byť už odcudzení voči zdravým, pociťujú vinu za to, že sú záťažou pre ostatných, hanbia sa za svoje ťažkosti a slabosti, pociťujú rozličné formy strachu a sú veľmi citliví voči rôznym návrhom.*“

Choroba ako faktor, ktorý môže ovplyvniť úsudok a autonómiu pacienta má vplyv na zdravotný stav pacienta, fyzický a psychický komfort, znižuje schopnosť vykonávať činnosti bežného života. Pacient sa stáva závislým na zdravotníkoch, rodine a pod., a začína si klásť otázku či nepredstavuje pre svoje okolie bremeno.

Možnosť manipulácie, možno nátlaku zo strany rodiny, zdravotníckeho personálu, príp. aj širšieho okolia pacienta je ďalším faktorom, ktorý môže ovplyvniť rozhodnutie pacienta (umierajúceho, ťažko chorého) svoj život ukončiť skôr.

Hrozba straty dôvery

V prípade legalizácie eutanázie by mohlo dôjsť k závažnému narušeniu vzťahu dôvery medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom. Podľa odporcov eutanázie pokiaľ bude mať zdravotnícky pracovník legálny súhlas k eutanázii bude ťažké zachovať dôveru pacienta v to, že bude zdravotnícky pracovník jednať podľa najlepších záujmov pacienta.

Náboženské argumenty

V európskom kultúrnom prostredí dominuje židovsko-kresťanská tradícia, ktorá v otázke eutanázie vyjadruje jednoznačne odmietavé stanovisko pri ktorom sa odvoláva na **princípy správcovstva, dôstojnosti, nedotknuteľnosti, či „posvätnosti“ ľudského života**. Podľa nich je človek iba správcom, nie bezvýhradným vlastníkom svojho života. Ľudský život, prípadne život ako taký, bol človeku daný ako dar od Boha.

Ďalším argumentom proti eutanázii založeným na náboženskom pohľade je pohľad na **utrpenie človeka**, ktoré človek počas svojho života a umierania prežíva, je chápané ako „Boží plán“, ktorý má viesť k večnému životu a šťastiu ((Přikryl, 2011). Akceptovateľnosť týchto princípov je podmienená náboženským presvedčením konkrétneho človeka alebo spoločnosti.

Eutanázia – argumenty pre

Argumenty podporujúce ukončenie života pacienta eutanáziou môžeme zhrnúť nasledovne:

1. Rešpektovanie práva jednotlivca na autonómiu.
2. Právo na dôstojné umieranie.
3. Ekonomické dôvody.
4. Tzv. povinnosť umrieť.

Rešpektovanie práva jednotlivca na autonómiu

Najčastejší argument zástancov eutanázie, ktorý hovorí o tom, že pacient má, pokiaľ mu to jeho schopnosti, psychický a fyzický stav umožňujú, právo rozhodovať o tom, ktorý z daných diagnostických, liečebných postupov a ošetrovateľských postupov postúpi. Zástancovia eutanázie možnosť autonómnej voľby rozširujú aj na prípad rozhodnutia o čase a spôsobe vlastnej smrti.

Právo na dôstojné umieranie

Zástancovia eutanázie považujú právo na dôstojné umieranie za akt milosrdenstva, ľudskosti. Umierajúci človek nedokáže viesť plnohodnotný a kvalitný život. Je odkázaný na pomoc niekoho iného, má silné bolesti, objavujú sa u neho mnohé sprevádzajúce nepríjemné príznaky (pocit na zvracanie, zvracanie, poruchy vyprázdňovania, svrbenie, strach, smútok, depresia a iné), ktoré môžu viesť k rozhodnutiu pacienta požiadať o eutanáziu.

Odporcovia eutanázie uvádzajú ako protiklad tohto argumentu, že uplatnenie paliatívnych postupov zameraných na konkrétneho umierajúceho umožní zmiernenie až odstránenie väčšiny nepríjemných príznakov a ťažkostí u pacienta.

Ekonomické dôvody

Zástancovia eutanázie si kladú otázku, či je správne, že spoločnosť vynakladá nemalé zdroje na predlžovanie života a na starostlivosť o nevyliciteľne chorých v terminálnom štádiu ochorenia. Argumentujú faktom, že ak by títo pacienti boli usmrtení, ušetrené prostriedky by sa mohli použiť na starostlivosť o pacientov s lepšou prognózou choroby.

Odporcovia eutanázie poukazujú v tomto smere na neporovnateľnosť hodnôt ľudského života, dôstojnosti človeka s inými materiálnymi hodnotami a ekonomickými parametrami.

Z histórie poznáme neblahé skúsenosti s realizovaním programov zameraných na likvidáciu života, ktorý podľa predstáv niektorých ľudí nestál za to, aby pokračoval (tajný nacistický program eutanázie realizovaný pred a počas II. svetovej vojny) (Příkryl, 2011; Kalvach, 2019; Ľorko, Miklóssyová, 2021).

Povinnosť umrieť

Argument o povinnosti umrieť vychádza z tézy, že človek za určitých okolností, v situácii keď jeho existencia predstavuje pre okolie (príbuzní, spoločnosť) priveľkú záťaž je povinný umrieť (Moravec, 2019; Ľorko, Miklóssyová, 2021).

Odporcovia eutanázie: V tejto súvislosti sa vynárajú otázky, ktoré hľadajú odpoveď na otázku: Čo bude určujúcim kritériom, aby človek spadol do kategórie ľudí povinných umrieť? Vek, národnosť, rasa, zdravotný stav, sociálny status, finančná a majetková situácia, prípadne iné kritérium? Kto a ako zabezpečí, aby si títo ľudia splnili svoju povinnosť?

Definícia asistovanej samovraždy

Pri asistovanej samovražde jedna osoba poskytne druhej informáciu, radu alebo prostriedok, ktorým je samovražda spáchaná. Ide o poskytnutie pomoci osobe, ktorá chce ukončiť život, nejedná sa o priame ukončenie života (Ptáček, Bartůněk, 2019).

Asistovanou samovraždou podľa Černého (2019) rozumieme aplikáciu letálneho prostriedku pacientovi, pre ktoré platí:

- pacient si tento prostriedok aplikuje s úmyslom ukončiť jeho prostredníctvom svoj život;
- hlavným cieľom pacientovho správania je riešenie svojho utrpenia;
- podaný prostriedok je skutočne príčinou smrti pacienta;
- lekár (zdravotnícky pracovník) poskytuje pacientovi príslušný prostriedok, aby mu umožnil / uľahčil jeho sebausmrtenie.

Pacient, ktorý je schopný vyjadriť svoju vôľu, môže liečbu a teda i ošetrovateľskú starostlivosť odmietnuť. Pokiaľ pacient nie je schopný vyjadriť svoju vôľu zdravotnícki pracovníci stoja pred dilemou, či u pacienta s nevyliciteľnou chorobou v konečnom štádiu ochorenia pokračovať v neúčelnej intenzívnej liečbe, alebo prejsť ku kvalifikovanej paliatívnej starostlivosti, ktorá umožní pacientovi dôstojne a prirodzene zomrieť.

Medzi najčastejšie dôvody žiadostí o eutanáziu patria: pocit/stav opustenosti, strata sebestačnosti a pocitu dôstojnosti, strach z umierania, pocit byť záťažou pre druhých, neznesiteľná bolesť (Moravec, 2019).

Autori Ptáček, Bartůněk a kol. (2014, s.278) hovoria, že: *„Ukončenie zbytočne dlhotrvajúcej a zaťažujúcej kauzálnej liečbe napriek ukazovateľom zlyhania tejto liečby nie je etické, humánne, nie je ani čakaním na zázrak. Nie je predlžovaním života, je predlžovaním útrap. Prerušiť agresívnu liečbu a pokračovať v symptomatickej liečbe prinášajúcej úľavu je logické, etické a humánne a posledný dar človeku k dôstojnému odchodu z tohto sveta. Nie je to v rozpore so zásadami Hippokratovej prísahy.“*

Komunikácia, ako základná zložka vytvárania vzťahu s ťažko chorým, je nevyhnutnou súčasťou profesionálneho prístupu, obzvlášť v dnešnom digitálnom svete kedy nám technické prostriedky uľahčujú a urýchľujú komunikáciu (Lauková, 2019). V spojení s empatickým a asertívnym prístupom k ťažko chorému a jeho blízkym, správnym postojom rešpektujúc pri starostlivosti o chorého základné etické princípy, bude proces umierania znesiteľný a rešpektujúci dôstojnosť umierajúceho.

Pracovný list

Úloha 1

Prečítajte si nasledujúci text, analyzujte situáciu a následne navrhните podľa vlastného uváženia možné varianty riešenia situácie.

Rodina čaká druhé dieťa.

Paulínka má 6 rokov. Rodičia jej na začiatku tehotenstva oznámili, že bude mať súrodenca. Počas celého tehotenstva je zainteresovaná do priebehu tehotenstva, rodičia a starí rodičia rozprávajú o bračekovi, ktorí sa má čoskoro narodiť. Krátko pred očakávaným termínom pôrodu prestáva matka cítiť pohyby dieťaťa a následne je prevezená na gynekologické oddelenie z dôvodu vyvolania predčasného pôrodu. Dieťa sa narodí mŕtve. Keďže nechcú Paulínke spôsobiť bolesť, ktorú práve oni cítia, nepovedia jej o smrti súrodenca.

Paulínkine správanie sa po krátkom čase zmení. Veľa plače, je nepokojná, nerozumie prečo jej už rodičia nehovoria o bračekovi, pýta sa prečo je mama taká smutná, nemôže spať. Až potom, čo sa rodičia s Paulínkou porozprávajú, a už ju nevyklúčujú z jej smútku, sa jej správanie vracia do normálu.

1. Navrhните najvhodnejší spôsob ako dieťaťu vysvetliť úmrtie súrodenca.
2. Na základe prečítaného textu v rámci skupinovej práce vymyslíte 2 etické problémy/dilemy vyplývajúce z predošlého textu a následne ho v skupine riešte.

Úloha 2

Prečítajte si otázku a na základe vlastných skúseností nájdite, podľa Vášho názoru, najvhodnejšie riešenie:

- *Ako by ste pomohli rodičom prijať blížiacu smrť ich osemnásťročného syna, aby boli schopní s ním o tom hovoriť? Všetci vedia, že koniec sa blíži, ale nahlas o tom nehovoria. Otec ani matka sa necítia schopní o tom pred synom hovoriť.*
- *Ak chce dieťa navštevovať cintorín po smrti súrodenca, ako mu môžeme pomôcť?*
- *Ako a kedy povedať ťažko chorému dieťaťu, že zomiera?*

Úloha 3

Prostredníctvom samoštúdia spracujte názory viacerých autorov vo forme eseje na problematiku umierania, utrpenia a smrti u ťažko chorých detí / blízkych.

Úloha 4

Identifikujte, ktoré z tvrdení je fakt alebo názor, svoje rozhodnutie zdôvodnite (doplňte za vetou F - fakt, N – názor).

P.č.		F / N
1.	Deti často radšej podávajú informácie formou hry.	
2.	S rodičmi dieťaťa je potrebné komunikovať dôstojne a úprimne.	

3.	Dieťa / rodič v terminálnom štádiu ochorenia má právo rozhodnúť o spôsobe ukončenia svojho života.	
4.	Pri ošetrovaní rešpektujeme autonómiu dieťaťa.	
5.	Pri komunikácii s chorým dieťaťom sa nebojíme prejavíť svoje emócie.	
6.	K ťažko chorému dieťaťu pristupujeme ako keby bolo zdravé.	
7.	Je lepšie ak umierajúcemu dieťaťu nepovieme pravdu o jeho zdravotnom stave.	
8.	Ošetrovanie ťažko chorého dieťaťa v poslednom štádiu ochorenia v domácom prostredí je výhodné pre pacienta i príbuzných.	
9.	Priznať umierajúcemu dieťaťu, že nepoznáte odpoveď na jeho otázky je správne.	
10.	Súrodeneц chorého dieťaťa má byť od začiatku informovaný o chorobe súrodenca.	

Úloha 5

Nájdite v prešmyčke príslušný ekvivalent slova

AITAPME

.....
(schopnosť vcítiť sa)

ŤSOVILDOVARPS

.....
(etický princíp)

EINAREIPOP A AICÁLOZI

.....
(fáza podľa K. Rossovej)

AIMÓNOTUA

.....
(sebaurčenie)

ANARCHO AIVARDZ

.....
(úloha zdravotníkov pri starostlivosti o pacienta)

AIGETARTS

PRO

FEIL

.....
(stratégia pre život)

Úloha 6

Doplňte:

a) 3 veci, ktoré ste sa počas prednášok o danej téme naučili:

1.

2.

3.

b) 2 zaujímavé fakty:

1.

2.

c) 1 otázka, ktorú ešte stále máte

1.

Literárne zdroje:

ČERNÝ, D.: *Co je to eutanázie?* In PTÁČEK,R., BARTUNĚK,P.(eds): *Eutanazie pro a proti*. Praha: Mladá fronta .EDICE CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVANÍ ČLK. 2019. 445s. ISBN 978-80-204-5339-6

DOBRÍKOVÁ, P., PORUBČANOVÁ, P.et al.2005. *Nevyliečiteľne chorý v súčasnosti. Význam paliatívnej starostlivosti* .1.vyd.Trnava: sv.Vojtech s.r.ro, 2005.280 s. ISBN 80-7162-581-7

GULÁŠOVÁ,I., 2003. Psychologický prístup a zásady komunikácie s umierajúcim pacientom. In *Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík*. 2003. roč.3, č.9, s.71-72. ISSN 1335-5090

GULÁŠOVÁ,I., 2009. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin: Osveta, 2009. 100s. ISBN 978-80-8063-305-9

Hippokratova prísaha. In: ŠOLTÉS, L., PULLMANN, R.: *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*.Martin: Osveta, 2008, 228 s. ISBN 80-8063-287-8

JASENKOVÁ, M. *Ako žiť spolu až do konca*. Bratislava: Plamienok, 2005. 30 s. ISBN 80-969462-1- 8

KALVACH,Z., a kol.2019. *Manuál paliatívni péče o umírající pacienti. Pomoc při rozhodování v paliatívni nejistote*. Praha: Cesta domů. 2019. 155s. ISBN 978-80-88126-54-6.

KÜBLER-ROSS, E. 1992. *O smrti a umírání*. Hradec Králové: Jiří Královec a agentúra Linqua, 1992. 268s. ISBN 80-900134-6-5

ĽORKO, J., MIKLÓSSYOVÁ, L. [online] 2021 . Právny úprava asistovanej samovraždy a eutanázie v národnom a medzinárodnom kontexte. [Citované 2022-01-26]. Dostupné na internete: /Users/uzivatel/Downloads/AFI+2-2021+-+Ľorko-Miklössyová.pdf

LAUKOVÁ,P., 2019. *Andragogická komunikácia*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2019. 212 s. ISBN 978-80-223-4892-8

KRÄNZLE, S., WEIHRAUCH, B. 2014. Geschichte, Selbstverständnis und Zukunftsstrategien von Palliative Care. In: Kränzle S., Schmid U., Seeger C. (eds) Palliative Care. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-41608-8_1

MAGYAROVÁ, G., VACHOVÁ, M 2005.: *Etické aspekty umierania v neonatológii*. In: Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve. 1. vyd. Martin : 2005. Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovatel'stva. s.786-794. ISBN 80-88866-32-4

MAGUROVÁ, D.,2015. *Vybrané kapitoly paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2015. 164s. ISBN 978-80-555-1317-1

MARTINKOVÁ,J., 2019. *Osobnostné predpoklady a rola sestry v paliatívnej a hospicovej starostlivosti* . In: [Paliatívna medicína a liečba bolesti. Suplement 2](#). 32-33 s. ISSN 1337-9917.

MAREČKOVÁ, J. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménach. Praha : Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3

MEYERS, J.M a kol. 2001. The Relationships between Family Primary Caregiver Characteristic and Satisfaction with Hospice Care, Quality of life and Burden. In *Oncology Nursing Forum*, 2001, vol. 28, no. 1., p. 73 - 82. ISSN 0309-2402.

MOJTOVÁ, M. 2008. *Sociálna práca v zdravotníctve*. Bratislava: SAP, 2008. 137s. ISBN 978-80-89271-45-0

MORAVEC,M : *Eutanázie – aneb rezignace na zlepšování naší péče o nemocné a trpící*. 2019. In Ptáček, R., Bartůněk,P.(eds): *Eutanazie pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019, 445s. ISBN 978-80-204-5339-6

MUNZAROVÁ, M.2005: *Eutanázie nebo paliativní péče*. Praha: GRADA, 2005, 108 s. ISBN 80-247-1025-0

PŘÍKRYL, M. 2011. *Diskusie o eutanázii-stručný prehľad aktuálnej argumentácie*. In: *Medicínska etika & bioetika. Časopis pre medicínsku etiku a bioetiku*. Bratislava. 2011. roč.18 .č.1 - 2. ISSN 1335-0560.

SCHMIDTOVÁ, Z., POLEDNÍKOVÁ, E., LÍŠKOVÁ, M. 2004. Nik nemiluje život tak ako starý človek. In *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia*, roč. II, 2004, č. 6, s. 6 -7. ISSN 1336-183X.

ŠOLTÉS, L., PULLMANN, R., a kol. 2008. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin: Osveta. 2008. 230 s. ISBN 978-80-8063-8.

URÍČKOVÁ, A., BAĐURIKOVÁ, 2015. *Paliatívna starostlivosť. Gerontologické ošetrovatel'stvo*. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave.: Typi Universitas Tyrnaviensis. 2015. 134 s. ISBN 978-80-8082-919-3

VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAJUER, M. 2012. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. 304 s. I SBN 978-80-7367-780-0

VÁCHA, M., 2019: Eutanazie pro a proti. In: PTÁČEK, R., BARTUNĚK, P.(eds): *Eutanazie pro a proti*. Mladá fronta, 2019. 445s. ISBN 978-80-204-5339-6.

PTÁČEK, R., BARTUNĚK, P., a kol. 2014. *Etické dilemy medicíny na prahu 21. století*. Praha: GRADA, 2014. 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0

PTÁČEK, R., BARTUNĚK, P.(eds) 2019.: *Eutanazie pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019, 445s. ISBN 978-80-204-5339-6.

WHO DEFINITION OF PALLIATIVE CARE [online]. 2020. [citované 2020-12-22]. Dostupné na internete: : <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>

7 Etický rozmer starostlivosti o ťažko choré a umierajúce dieťa.

PhDr. Jana Čapková, PhDr.

Ciele:

- Definovať základné pojmy
- Poznať základné etické problémy v starostlivosti o ťažko choré a umierajúce dieťa
- Osvojiť si etické aspekty ošetrovania chorého dieťaťa
- Poznať etiku v procese umierania dieťaťa

Detská paliatívna starostlivosť

Starostlivosť o ťažko choré a umierajúce dieťa je súčasťou tzv. paliatívnej starostlivosti . Paliatívna starostlivosť bola pôvodne definovaná ako aktívna starostlivosť o pacientov, ktorých ochorenie neodpovedá na kuratívnu liečbu. Neskoršie bola definícia rozšírená o prístup zlepšujúci kvalitu života a ich rodín (Jasenková, 2005; Libenn, Papadatou, Wolfe, 2008; Opatrná, 2017).

Detská paliatívna starostlivosť je poskytovanie paliatívnej starostlivosti ťažko chorým a umierajúcim deťom so život limitujúcou a/alebo ohrozujúcou chorobou (LLD). Zahŕňa starostlivosť o detské telo, myseľ a ducha. Jej poslaním je poskytovať starostlivosť podľa individuálnych potrieb chorého detského pacienta s život limitujúcou a/alebo ohrozujúcou chorobou špecifických aktuálnemu zdravotnému stavu, vývojovej úrovni a mentálnej situácii dieťaťa, zahŕňa aj podporu rodiny - rodičov, súrodencov, starých rodičov, širšej rodiny a pod. (Jasenková, Kysela, 2021).

Pediatrická paliatívna starostlivosť sa zameriava na udržanie čo najvyššej možnej kvality života chorého dieťaťa. Zaoberá sa nie len fyzickými, ale tiež psychickými, sociálnymi a duševnými potrebami dieťaťa. Starostlivosť je komplexná a zahŕňa podporu celej rodiny vrátane súrodencov a pokračuje i po úmrtí dieťaťa, kedy pre rodinu nastáva dlhé a ťažké obdobie trúchlenia (Liben, Papadau, Wolfe, 2008; American Academy of Pediatrics, 2010; Husovská, 2014).

Detskú paliatívnu starostlivosť charakterizujeme nasledovne:

- relatívne malý počet detských pacientov trpí na LLD.
- lieky v paliatívnej liečbe sú často u detí používané "offlabel" spôsobom a nie sú vyrábané vo vhodných liekových formách.
- vek a vývojová úroveň detí ovplyvňuje podávanie liekov, komunikáciu a podporu celej rodiny.

- dieťa nemá (plnú) právnu zodpovednosť v rozhodovacom procese. Zodpovednosť nesú právni zástupcovia, najčastejšie rodičia.
- ak je v rodine dieťa s LLD, zamestnanie rodiča a školská dochádzka dieťaťa sú ohrozené, často prerušené alebo ukončené.
- ak život dieťaťa je ohrozený, emočná záťaž je pre rodičov aj profesionálov veľmi veľká.
- proces smútenia po strate dieťaťa je náročný a riziko komplikovaného smútenia rodičov je vyššie v porovnaní so stratou dospelého na nevyliciteľné ochorenie.
- nedostatok odborníkov a vzdelávacích aktivít v oblasti detskej paliatívnej medicíny a starostlivosti má dopad na kvalitu života detí a rodín (Jasenková, 2005).

Zdravotnícki pracovníci v starostlivosti s život limitujúcim a život ohrozujúcim ochorením u detí musia vyhodnocovať a mierniť fyzické, psychické a sociálne problémy chorého dieťaťa a jeho blízkych. Ide o 3 stupňový prístup k ťažko chorému dieťaťu, ktorý sa začína uplatňovať od momentu zdiagnotikovania závažnej lekárskej diagnózy:

1. Implemenácia **základných princípov** paliatívnej starostlivosti do každodennej praxe, ktoré musia dodržiavať všetci zdravotnícki pracovníci (vrátane ošetrovateľského personálu). Ide o otvorený postoj k smrti a umieraniu s rešpektovaním želaní chorého dieťaťa a jeho rodiny týkajúce sa liečby a starostlivosti.
2. **Všeobecná** paliatívna starostlivosť v štádiu pokročilého ochorenia, ktorá je poskytovaná všetkými zdravotníckymi pracovníkmi podľa odbornosti. Deťom a blízkym príbuzným ju poskytujú zdravotnícki pracovníci, ktorí sa paliatívnej starostlivosti nevenujú naplno, ale sú v nej preškolení, príp. majú v tomto smere skúsenosti.
3. **Špecializovaná** paliatívna starostlivosť. Ide o multidisciplinárnu starostlivosť poskytovanú deťom v záverečnom štádiu ochorenia na paliatívnych oddeleniach a v hospicioch (Bužgová, Sikorová, 2019).

Paliatívna starostlivosť u detí by nemala byť poskytovaná len v závere života dieťaťa, ale tiež deťom s chronickým ochorením, ktoré súčasne absolvujú kuratívnu liečbu (Crozier, Hancock, 2012; American Academy of Pediatrics, 2010).

Pediatrická paliatívna starostlivosť sa odlišuje od starostlivosti určenej dospelým hlavne spektrom diagnóz. Typickými diagnózami limitujúcimi život v detskom veku sú dystrofie, dedičné metabolické ochorenia, ťažké komplexné vývojové chyby (Feudner, 2021) a onkologické ochorenia (Jasenská, Kysela, 2021).

Choroby, ktoré zaraďujeme do skupiny vyžadujúcich paliatívnu starostlivosť delíme do 4 skupín:

Skupina 1: Stav, ktorý ohrozuje život, je možné v ňom využiť kuratívnu liečbu, ale tá nemusí byť úspešná. Dostupnosť služieb paliatívnej starostlivosť je možné využiť súbežne s úsilím o kuratívnu liečbu alebo v prípade, že táto nepovedie k úspechu.

Skupina 2: Stav, napríklad cystická fibróza alebo HIV, kedy sa predčasnej smrti nedá vyhnúť, môžu nastať dlhé obdobia intenzívnej liečby, ktorých cieľom je predĺženie života a umožnenie účasti dieťaťa v bežných činnostiach.

Skupina 3: Progresívny stav bez možnosti kuratívnej liečby, kedy je liečba výhradne paliatívna a môže v tejto podobe trvať bežne celé roky, napríklad ak ide o svalovú dystrofiu.

Skupina 4: Nezvratný, avšak neprogresívny stav s komplexnými zdravotnými problémami, ktoré vedú ku komplikáciám a pravdepodobnosťou predčasného úmrtia. Príklady zahŕňujú ťažkú mozgovú obrnu a kombinované postihnutie po poranení mozgu alebo miechy (Jasenková, Kysela, 2021).

7.1 Práva ťažko chorého a umierajúceho dieťaťa

Pri riešení etických dilem v priebehu starostlivosť o ťažko choré a zomierajúce dieťa musí zdravotnícky pracovník (a teda aj sestra) vychádzať zo všeobecných povinností, ktoré platia v starostlivosť o zomierajúceho pacienta: dbať na zlepšovanie kvality života pacienta, rešpektovať autonómiu pacienta, minimalizovať negatívne vplyvy, rešpektovať život a zdravie svojich pacientov, pracovať podľa ošetrovateľských štandardov, do ošetrovateľskej starostlivosť v závislosti od želania pacienta zapojiť rodinných príslušníkov, blízkych. V neposlednom rade rešpektovať všeobecné práva pacienta a práva zomierajúceho.

Amery (2017) hovorí, že etické princípy sú rovnaké, či už ide o deti alebo dospelých. Ich uplatnenie sa podľa neho ale v praxi líši, pretože:

- dieťa nemusí plne chápať svoju chorobu, či liečbu.
- dieťa nemusí byť schopné komunikovať, jasne vyjadriť svoje myšlienky a želania.
- dieťa má potenciál stať sa autonómnym dospelým človekom a získať schopnosť rozhodovať o svojom stave a ostatných záležitostiach.
- práva detí sú často v praxi menej rešpektované ako práva dospelých

Charta práv pacientov v Slovenskej republike, ktorú schválila vláda Slovenskej republiky 11. apríla 2001 uznesením č. 326, článok 8 upravuje "starostlivosť o nevyliciteľne chorých a zomierajúcich". Dodržiavanie týchto práv je predpokladom pre pokojnú a dôstojnú smrť.

Charta práv hospitalizovaných detí (Carta EACH) bola prijatá v roku 1988 v holandskom Leidene. Tvorí prehľad práv, ktoré majú všetky deti v súvislosti s hospitalizáciou. K jednotlivým článkom tohto dokumentu boli postupne pridávané doplňujúce komentár, ktorých účelom bolo uľahčiť ich zavádzanie do praxe. Komentáre tvorili autori pôvodného textu Charty z roku 1988 a prvý krát ich predstavili na konferencii EACH v roku 2001 v Bruseli:

- hospitalizácia dieťaťa musí byť nevyhnutná,
- právo na rodičov alebo zákonného zástupcu,
- aktívna účasť rodičov na hospitalizácii,
- informovanosť primeraná k veku,
- ochrana pred zbytočnou liečbou alebo výskumom,
- hospitalizácia s deťmi podobnej vekovej kategórie,
- právo na hru, vyučovanie a prostredie zodpovedajúce detskému veku,
- profesionalita personálu vzhľadom na detský vek,
- kontinuálna starostlivosť,
- rešpektovanie súkromia dieťaťa (Charta práv hospitalizovaných detí, 1988).

Farkašová Iannaccone a kol. (2016) uvádzajú ďalší dôležitý dokument týkajúci sa problematiky etiky v pediatrii a to Dohovor o právach dieťaťa, ktorý prijala OSN 20.11.1989 V New Yorku. Tento dokument žiada osobitnú starostlivosť a ochranu detí s dôrazom na rodinu a rešpektovanie vôle dieťaťa, pokiaľ je táto v jeho záujme.

Ďalej uvádzajú, že deti majú byť prijímané do nemocnice iba vtedy, ak nie je možné poskytnúť starostlivosť dieťaťu v domácom prostredí, príp. v dennom stacionári. Deti majú právo mať u seba svojich rodičov, ktorým má byť poskytnuté ubytovanie. Aby sa rodičia mohli podieľať na opatere svojho dieťaťa, mali by byť trvale informovaní o činnosti oddelenia a mali by byť podporovaní v aktívnej účasti v starostlivosti o svoje choré dieťa. Samozrejmosťou by mala byť informovanosť rodičov a detí (zohľadnúc ich vek a úroveň chápania) o chorobe, aktuálnych zmenách zdravotného stavu, pokračujúcej zdravotnej (ošetrovateľskej) starostlivosti. Každé dieťa má byť chránené pred zbytočnou liečbou a výskumom. Deti majú mať všetky podmienky na hry a oddych a na vyučovanie vhodné pre ich vek a stav a majú byť v prostredí nábytkom účelne zariadenom a stimulujúcom, ktoré má byť zostavené v súlade s ich potrebami. O deti sa má starať personál, ktorého vzdelanie a skúsenosti ho predurčujú reagovať na fyzické, emočné a vývojové požiadavky detí a ich rodín. S deťmi sa má zaobchádzať s taktom a porozumením a ich súkromie má byť rešpektované.

V marci 2006 sa v talianskom Tridente stretla skupina zdravotníkov z Európy, Kanady, Libanonu a USA, ktorá diskutovala o súčasnom stave detskej paliatívnej starostlivosti v Európe. Stretnutie malo názov Medzinárodné stretnutie pre Paliatívnu starostlivosť u detí, Trident – International Meeting for Palliative Care in Children, Trento (IMPaCCT). V roku 2007 sa skupina IMPaCCT sa stala pracovnou skupinou EAPC (účastníčkou medzinárodného stretnutia za Slovenskú republiku bola MUDr. Mária Jasenková, onkologička, zakladateľka detského mobilného hospicu Plamienok). Členovia pracovnej skupiny porovnávali stav detskej paliatívnej starostlivosti v rôznych krajinách, jednoznačne definovali pojem detskej paliatívnej starostlivosti, identifikovali najlepšie hodnotené postupy a odsúhlasili minimálne štandardy starostlivosti. Výsledkom stretnutia je spoločný dokument, ktorý definuje a určuje štandardy starostlivosti o deti s život skracujúcim a život ohrozujúcim ochorením .

7.2 Špecifiká prežívania umierania v jednotlivých obdobiach detského veku

Umieranie dieťaťa je náročný proces pre dieťa, ale i celú rodinu. Cesta každej rodiny je jedinečná, ovplyvnená osobnostnými charakteristikami jej jednotlivých členov, ale aj vekom a psychickou vyspelosťou dieťaťa. Reakcie detí na umieranie sú individuálne v závislosti od veku a psychickej vyspelosti. Dôležité je vždy rozpoznať hranicu a čas vyčerpania všetkých dostupných liečebných možností (Jasenková, Kysela, 2021).

Onkologické ochorenie, príp. iné život limitujúce ochorenie, v nemalej miere zasahuje i rodičov dieťaťa, vyvoláva v nich rôzne otázky. Veľká záťaž spočíva v tom, ako vidia svoje dieťa trpieť. Prvé oznámenie diagnózy vyvoláva vždy šok, smútok, úzkosť, vedie k rýchlemu rozvoju obranných mechanizmov. Informácia o diagnóze uzatvára obdobie neistoty, čakania, strachu z neznámeho, na druhej strane začína nové obdobie liečby už konkrétneho ochorenia, avšak prinášajúce novú neistotu (Oppenheim, 2004). Väčšina rodičov prechádza viacerými štádiami vyrovnávania, tak ako ich popísala Elisabeth Kübler-Rossová (in Řičan, Krejčírová, 2009), zvyčajne v bežnom poradí s rôznou dĺžkou trvania jednotlivých štádií.

1.fáza: šok, izolácia, popieranie reality, neochota prijať pravdu – správanie dieťaťa a rodiča je často nekontrolovateľné, impulzívne, niekedy spojené s negatívnymi prejavmi. Rodičia spochybňujú klinické nálezy, hľadajú iných odborníkov v danej oblasti dúfajúc, že sa klinická diagnóza nepotvrdí

2.fáza: vzbura, hnev, rezonantná afektívna reakcia – začína sa fáza vyrovnávania sa, zmierenia sa dieťaťa (s prihliadnutím k veku a mentálnej zrelosti umierajúceho dieťaťa) a rodičov s osudom. Fáza je typická prejavmi výbušnosti, hnevu až agresivity voči svojmu okoliu.

3.fáza: vyjednávanie – správanie rodičov a detí sa upokojuje. Dochádza k postupnému vyrovnávaniu sa s osudom. Aj keď nie úplnému. Umierajúce dieťa alebo rodič si stanovujú ciele, v ktorých si želajú návrat zdravia. Táto fáza je typická polaritou medzi nádejou a istotou.

4.fáza: depresia, zúfalstvo – fáza môže prebiehať i nenápadne. Prichádza v období, keď choroba výrazne pokročila a dieťa viditeľne stráca fyzické sily. Dieťa i jeho rodičia sa vzdávajú nereálnych nádejí. Rodičia umierajúceho dieťaťa sú niekedy až v takej hlbokéj depresii, že žiadajú pre svoje dieťa ukončenie jeho života.

5.fáza: akceptácia, prijatie, zmierenie – tento stav je typický bdelym a náhle zlepšeným zdravotným stavom. Umierajúce dieťa sa začína zaujímať o vonkajší svet, vyjadruje želania. Sú to posledné chvíle života umierajúceho dieťaťa, ktorých súčasťou by mali byť všetci jeho najbližší ako sprevádzajúce osoby - rodičia, súrodenci, priatelia atď.(Müller, 2014; Amery, 2017; Ondriová, 2021).

7.2.1 Novorodenec

Výrazný rozvoj neonatológie a perinatálnej medicíny za súčasných podmienok umožňuje prežívanie detí narodených v čoraz nižších gestačných týždňoch (posunutie hraníc viability) ako aj detí so závažnými vrodenými vývojovými chybami na Slovensku. Aj napriek výrazným medicínskym pokrokom časť týchto pacientov vyžaduje paliatívnu starostlivosť, ktorá je dnes akceptovanou súčasťou svetovej neonatológie (Jasenková, Kysel, 2017; WHO, 2018).

Neonatologická sekcia Slovenskej pediatickej spoločnosti (NS SPS) odporúča, aby pri náhrade intenzívnej liečby za paliatívnu liečbu a starostlivosť u novorodencov sa brala do úvahy:

- a) ochrana ľudskej dôstojnosti pacienta,
- b) upresnenie terminológie, aby komunikácia medzi zdravotníckymi pracovníkmi bola konkrétna,
- c) odporúčanie pre postup rozhodovania pri náhrade intenzívnej liečby za paliatívnu liečbu a starostlivosť (Füssiová, Bauer, 2016).

Rozhodovanie v priebehu poskytovanej paliatívnej starostlivosti musí byť, podľa odporúčaní NS SPS v súlade

- a) so zdravotným stavom pacienta,
- b) právnymi predpismi,
- c) etickými princípmi
- d) s prianím pacienta, ev. zákonného zástupcu – rodičov (čl. 9 Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne, 40/2000 Z.z.).

Diagnostické a liečebné postupy je potrebné zvážiť a posúdiť z hľadiska prínosu pre pacienta. Ak použitie intervencií spojených s komplikáciami, rizikom, utrpením a bolesťou, prevažuje nad reálnym klinickým prínosom, v tomto prípade ich použitie je v rozpore s vyššie uvedenými princípmi

Novorodencov, u ktorých môžeme predpokladať prechod zo život podporujúcej liečby na paliatívnu starostlivosť, môžeme rozdeliť do nasledovných kategórií:

1. novorodenci na hranici variability, s extrémne nízkou pôrodnou hmotnosťou a gestačným vekom,
2. novorodenci s komplexnými a mnohopočetnými vrodenými anomáliami nezlučiteľnými so životom,
3. novorodenci s ťažkým ochorením nereagujúci na kuratívnu liečbu, u ktorých pokračovanie v liečbe môže predlžovať utrpenie (Zanovitá, Ovšonková, 2010).

Ondriová, (2021) definuje základné etické problémy v starostlivosti o novorodenca v nasledujúcich oblastiach:

- a) začiatok vysoko špecializovanej liečby u ťažko postihnutých novorodencov,
- b) ukončenie vysokošpecializovanej liečby u ťažko postihnutých novorodencov, ak nie je nádej na prežitie bez podpory prístrojov a použitia nákladnej liečby, spojenej s utrpením postihnutého a jeho okolia.

Zároveň autorka poukazuje aj na iné etické problémy, s ktorými sa stretáva zdravotnícky personál pri práci na novorodeneckom pracovisku:

- právo novorodenca na život,
- skutočná hranica životaschopnosti novorodenca,
- právo na plnohodnotný život,
- právo na začatie intenzívnej a resuscitačnej starostlivosti,
- kedy intenzívnu starostlivosť neposkytnúť,
- právo na dôstojné umieranie a smrť novorodenca,
- právo na rodiča,
- ochrana práv dieťaťa,
- práva samotného plodu (Fendrychová a kol., 2009).

Pred začiatkom špecializovanej liečby u dieťaťa sa vyžaduje získať informovaný súhlas rodičov získaný po primeranej a zrozumiteľnej informovanosti o možnostiach liečby. Súhlas s liečbou

dieťa musí byť získaný na základe princípu autonómie jedinca, zohľadňujúc osobné, kultúrne a náboženské hodnoty (Müller, 2014; Bužgová, Sikorova; 2019; Ondriová, 2021).

7.2.2 Staršie deti

Pri ošetrovaní a komunikácii so staršími umierajúcimi deťmi berieme do úvahy ich vek, mentálnu a emočnú úroveň a ich momentálny zdravotný stav.

Základné zásady prístupu:

- S dieťaťom je potrebné hovoriť. Otvoriť reálnu komunikáciu, hovoriť o všetkom čo dieťa chce a potrebuje.
- Počúvať a dať najavo, že chápeme obavy a problémy dieťaťa. Prijat' citové prejavy strachu a úzkosti umierajúceho dieťaťa.
- Aktívne počúvať a otvorene komunikovať.
- Nehľadať konkrétne riešenia osobných problémov dieťaťa, ale opýtať sa: „Čo pre Teba môžem urobiť?“.
- Rešpektovať dieťa. Priznať, že ani vy neviete, čo by ste v takej situácii robili.
- Poskytovať predovšetkým pomoc, nie záchranu. Vytvoriť pre dieťa priestor pre aktivitu. Nešetriť pochvalou.
- Neurčovať čas, ktorý chorému dieťaťu ostáva do konca života. Ponechať nádej.
- Používať aj nonverbálnu komunikáciu.
- To, že je dieťa vážne choré, neznamená, že prestane žiť.
- Prijat' choré dieťa také, aké je. Dodat' mu psychické sily v čase, keď je na ne.
- Komunikovať s rodinou aj po smrti, uznať čas na trúchlenie (Magurová, 2015; Gulášová, 2003; Kelnerová, 2007).

McSherryová a kol. (2007) na základe klinických skúseností s deťmi uvádzajú, že emocionálne problémy, ktoré sa objavujú u detí a adolescentov s život limitujúcim a život ohrozujúcim ochorením, plynú hlavne zo zmien a strát, ktoré so sebou postupne ochorenie prináša. Uvádzajú tri okruhy detských strát, ktoré najviac deti stresujú:

- strata kontroly nad svojím telom,
- strata osobnej identity (napr. hokejista, športovec),
- strata osobných vzťahov (s vrstovníkmi, najlepší kamarát).

7.3 Etické problémy, dilemy u detí, rodičov a iných príbuzných

Rodinní príslušníci potrebujú od sestier a ďalších zdravotníckych pracovníkov dostatok informácií, ktoré im pomôžu pri rozhodovaní o liečbe, umožnia im reálne zhodnotiť situáciu a pripraviť sa na budúcnosť. Rodičia nadobúdajú s aktívnou pomocou sestry zručnosti pri starostlivosti o umierajúce dieťa. V tomto období rodičia starajúci sa o ťažko choré dieťa si zasluhujú zvýšenú pozornosť (Fendrychová a kol.,2009; Crozier, Hancock, 2012).

Dôležitá je práca s rodinou a súrodencami dieťaťa a zisťovanie ich emocionálneho stavu. Hlavne preto, že emocionálna stav rodičov a súrodencov môže priamo ovplyvňovať emocionálny stav samotného dieťaťa alebo ich schopnosť umierajúcemu dieťaťu poskytovať podporu. U dospievajúcich chorých je potrebné zachovať určitú mieru slobody nezávisle na rodičoch a súčasne udržať otvorenú komunikáciu a možnosť podpory zo strany rodiny. Paliatívny tím by mal pomôcť dospievajúcim chorým riešiť prípadné konflikty v rodine, umožniť im ventilovať svoje emócie, monitorovať obavy, hnev, úzkosť a neistotu, príp. ďalšie emócie, a pomôcť im tak prevziať nad nimi kontrolu (Bužgorová, Sikorova, 2019).

7.4 Informovanosť

Pri oznamovaní nepriaznivých informácií vždy komunikujeme najskôr s rodičmi, aby sme mohli zistiť, čo sa s rodičmi ťažko chorých detí deje, spracovať prvotné emócie a aby rodičia mohli byť oporou pre dieťa (Magurová,2015).

Informácia o začatí paliatívnej starostlivosti u dieťaťa by mala prebiehať v štruktúrovanom rozhovore. Formu a rozsah informácie je potrebné individualizovať podľa okolností, mentálnej úrovne dieťaťa i rodiča a v súlade so zákonom. Rodičia by mali byť v rámci paliatívnej starostlivosti dôkladne informovaní o priebehu ochorenia, o možnostiach medicínskych a ošetrovateľských postupov. Príprava rodičov na umieranie a smrť dieťaťa následne významne uľahčí proces smútenia. Správna komunikácia je základom získania dôvery dieťa/rodičov, len tak je možné pomôcť dieťaťu/rodičom dospieť k správne rozhodnutiu. Rozhovor má byť realizovaný vo vhodnej miestnosti, bez rušivých elementov. Pri vysvetľovaní používa sestra jednoduché slová, vety, redukuje odborné výrazy. Dôležité je načasovanie rozhovoru, postupnosť poskytnutia informácií. Rodičia i dieťa potrebujú čas na spracovanie informácií a kladenie otázok. Preto komunikácia má byť opakovaná a vedená empaticky. Rovnako dôležitá je aj neformálna a neverbálna komunikácia ako aj komunikácia interpersonálneho tímu s rodičmi.

V prípade nesúhlasu rodičov s paliatívnou liečbou je možná konzultácia s etickou komisiou, sociálnym pracovníkom alebo súdnymi orgánmi (Müller,2015; Füssiová, Bauer, 2016).

Pri podávaní informácií o nepriaznivej diagnóze je dôležité sledovať nonverbálne prejavy u dieťaťa, príp. rodiča. Ide hlavne o nasledujúce:

- zloženie hlavy do dlaní,
- slzenie, plač, nárek,
- zovretie ruky v päšť,
- predklonenie tela s klesnutými ramenami,
- nadmerná gestikulácia rukami,
- neklud, posúvanie sa na stoličke,
- postavenie sa, prechádzanie sa po miestnosti,
- preskakovanie hlasu,
- zmena v tóne hlasu, pokles alebo vzostup hlasitosti hlasu, krik,
- náhle stíchnutie,
- zmena mimiky tváre, grimasy,
- prerušenie očného kontaktu, odvracanie pohľadu, pohľad do zeme (Bužgorová, Sikorova, 2019).

Rodičia majú byť informovaní v závislosti od zdravotného stavu dieťaťa a typu ochorenia aj o možnom darcovstve orgánov. Napríklad v novorodeneckom veku ide najčastejšie o pupočníkovú krv a srdcové chlopne (Füssiová, Bauer, 2016).

7.5 Kľúčové otázky

Amery (2017) hovorí, že pri praktickom uplatňovaní etických princípov v detskej paliatívnej starostlivosti je potrebné odpovedať na tri kľúčové otázky:

- Čo je potrebné rozhodnúť?

Máme dieťaťu povedať, že sa nachádza v terminálnom štádiu života, pokiaľ áno, kedy tak máme spraviť? Malo by dieťa prežiť svoje posledné chvíle doma, v hospici, v nemocnici?

Má pokračovať výživa, a pokiaľ áno, akým spôsobom?

- Kto rozhoduje?

V jednotlivých štátoch sa situácii líši. Všeobecne platí, ale že dieťa by malo byť v čo najvyššej miere informované o svojom zdravotnom stave a zapojené podľa možností do rozhodovania o liečbe. Názor dieťaťa by mal byť pri finálnom rozhodnutí rešpektovaný.

V prípade, že dieťa nie je kompetentné, majú právo rozhodnúť o ďalšom postupe jeho rodičia, príp. zákonný zástupca. Najlepším riešením je konsenzuálne rozhodnutie rodiča v spolupráci s multidisciplinárnym tímom zabezpečujúcim starostlivosť o dieťa, ktoré rešpektuje najlepšie

záujmy dieťaťa. Pokiaľ nastane s rodinou jasný spor, a je dostatok času, je dôležité poznať právne hľadisko platné v danom štáte.

- Ako rozhodujeme?

Ak vieme kto sa má rozhodovania zúčastniť, potom je dôležité vedieť na základe čoho sa rozhodujeme. Amery (2017) hovorí, že pri rozhodovaní môžeme vychádzať z viery, že každý život je posvätný, povinnosti konať v najlepšom záujme pacienta, z hľadiska konečného dôsledku daného rozhodnutia (napr. pacientovi pomôcť a nie uškodiť), rešpektovania hodnôt (súcit, úprimnosť, princíp spravodlivosti a v neposlednom rade aj práva pacienta na najlepšiu možnú liečbu.

Víchova (2019, s.330) hovorí o nasledujúcich podobách rozhodovacieho procesu:

- bilancia medzi investíciami a ziskami

Po odoznení prvého emočného šoku, keď sú rodičia oboznámení s diagnózou svojho dieťaťa, začnú vynakladať veľké úsilie pre záchranu svojho dieťaťa. Vyhľadávajú najlepších špecialistov často s vynakladaním veľkých finančných nákladov za účelom záchrany života za akúkoľvek cenu. V období keď sa dobré správy striedajú so zlými, slabne nádej na zlepšenie zdravotného stavu dieťaťa, prichádza u rodičov únava a stavy beznádeje

- miera utrpenia

Veľa rodičov v priebehu rôznych liečebných zákrokov pochybuje, či robia dobre, keď vystavujú svoje dieťa liečebným úkonom, ktoré zasahujú do ich kvality života. Pochybnosti sú v takomto prípade spojené s vedomím doživotnej zodpovednosti. Ide o želanie zvoliť cestu čo najmenšieho utrpenia a to v niektorých prípadoch znamená nevyčerpať úplne všetky liečebné možnosti za každú cenu.

- pochybnosti súvisiace s časom

V dobe, keď už boli vyčerpané dostupné prostriedky prinášajúce nádej na záchranu života a je zahájená paliatívna starostlivosť, prebieha u rodičov proces zmierovania sa s tým, že ich dieťa zomrie. Rodičia riešia dilemu, či do tohto procesu zasahovať alebo nechať veci prirodzene plynúť. Obzvlášť v prípade dlho trvajúceho zomierania dieťa môžu na lekára naliehať, aby proces umierania u dieťaťa spomalil alebo urýchlil.

V tomto čase hľadajú rodičia odpovede na otázku či je už ten správny čas, aby svoje dieťa „pustili“, aby mu „dovolili“ zomrieť.

7.6 Delegovanie zodpovednosti

Delegovanie zodpovednosti na zákonného zástupcu za prijaté rozhodnutie je neprípustné - nie je etické preniesť zodpovednosť na rodičov. Rozhodnutie by malo byť realizované lekárskeho tímom v spolupráci s rodičmi podľa aktuálnych, presných a spoľahlivých informácií (riziká a prínos liečebných metód, pravdepodobnosť prežitia podľa štatistiky za posledných 5 rokov v štáte, riziká závažného postihnutia), bez časového nátlaku (Füssiová, Bauer, 2016).

7.7 Eutanázia ako možná voľba?

Ak hovoríme o autonómii chorého človeka, o jeho ľudskej dôstojnosti a jeho práve vybrať si, prijať alebo odmietnuť bolesť a utrpenie spôsobené nevyliciteľnou terminálnou chorobou, ktorá nevyhnutne vedie k smrti a jeho rozhodnutie je v kontexte dobrovoľne ukončiť to, hovoríme o eutanázii (Camargo, 2016).

Je pravdou, že pokroky v medicíne výrazne zlepšili metódy využívané na liečbu vážne chorých pacientov v paradigme predlžovanie ich života. Avšak stále viac sa priznáva, že predlžovanie života nemusí byť vždy vhodným cieľom medicíny, pričom v tejto súvislosti je najviac diskutovaná práve otázka eutanázie (Chambaere, Cohe, 2017).

Nevyliciteľná onkologická choroba alebo závažné život limitujúce a/alebo ohrozujúce LLD (Lifelimiting and threatening disease) ochorenie je závažným atribútom a postihuje nielen dieťa, ale aj život celej jeho rodiny. Pre rodinu je to výzva nájsť spôsob ako žiť a zároveň nepopierať fakt, že život dieťaťa je ohrozený. Nevyliciteľná či smrteľná choroba je záťažou pre celú rodinu na somato-psychickej, osobnej úrovni, v materiálno finančnej aj sociálnej. Rodičia aj dieťa osobnostne rastú a dozrievajú: menia životné priority, reorganizujú chod domácnosti (Schroeder, 2018).

V súčasnej dobe je téma eutanázie najčastejšie diskutovaná ako otázka, či má byť tento spôsob ukončovania života legalizovaný alebo v žiadnom prípade nie. Ešte komplikovanejšia je táto otázka u detských pacientov, ktorí zatiaľ nedosiahli vek umožňujúci samostatne rozhodnúť o vlastnom živote. Takom prípade musí často rozhodnúť rodič. Rodičia detí s vrozeným alebo získaným handicapom alebo ťažkým ochorením limitujúcim kvalitu života (napr. nádorovým ochorením) často prechádzajú ťažkým rozhodovacím procesom v rôznych podobách.

V Holandsku platí od roku 2004 tzv. Groningenský protokol, ktorý umožňuje za určitých okolností eutanáziu novorodenca. Dôvodom na eutanáziu dieťaťa je utrpenie rodičov dieťaťa. (Drobná, 2005).

Tab. 1 : Groningenský protokol na eutanáziu novorodencov (Verhagen, E., Sauer, P. 2005)

POŽIADAVKY, KTORÉ MUSIA BYT SPLNENÉ
--

- Diagnóza a prognóza musia byť isté
- Beznádejnosť a neznesiteľné utrpenie musia byť prítomné
- Diagnóza, prognóza a neznesiteľné utrpenie musia byť potvrdené aspoň jedným nezávislým lekárom
- Obaja rodičia musia dať informovaný súhlas
- Procedúra musí byť vykonaná podľa akceptovaných lekárskeho štandardov

INFORMÁCIE POTREBNÉ NA PODPORU A OBJASNENIE ROZHODNUTIA O EUTANÁZII

Diagnóza a prognóza

- Popíšte všetky relevantné lekárske údaje a výsledky diagnostických vyšetrení použitých na stanovenie diagnózy
- Vymenujte všetkých účastníkov rozhodovacieho procesu, všetky vyslovené názory a konečný konsensus
- Popíšte, ako bola určená prognóza z hľadiska dlhodobého zdravia
- Popíšte, ako bol určený stupeň utrpenia a očakávaná dĺžka života
- Popíšte dostupnosť alternatívnej liečby, alternatívne spôsoby, zmiernenie utrpenia, alebo obidvoje
- Popíšte liečbu a jej výsledky pred rozhodnutím o eutanázii

Rozhodnutie o eutanázii

- Popíšte, kto zahájil diskusiu o možnej eutanázii a v ktorom momente
- Vymenujte okolnosti/úvahy, ktoré podnietili rozhodnutie
- Vymenujte všetkých účastníkov rozhodovacieho procesu, všetky vyslovené názory a konečný konsensus
- Popíšte spôsob, akým boli informovaní rodičia a ich názory

Konzultácie

- Popíšte lekára alebo lekárov, ktorí dali druhý názor (meno a kvalifikácia)
- Vymenujte výsledky vyšetrení a odporúčania, ktoré urobil/i konzultujúci lekár alebo lekári

Realizácia (implementation)

- Popíšte skutočnú procedúru eutanázie (čas, miesto, účastníkov a podanie liečiva)
- Popíšte dôvody zvolenej metódy eutanázie

Kroky vykonané po smrti

- Popíšte nález pitvy ohliadača mŕtvol
- Popíšte, ako bola eutanázia hlásená prokuratúre
- Popíšte, ako sú rodičia podporovaní a ako je im radené
- Popíšte plánované sledovanie prípadu, ktoré zahŕňa posudok prípadu, posmrtné vyšetrenie a genetické konzultácie

Želanie dospelých, aby dieťa zomrelo sa v histórii objavilo v mnohých kultúrach celého sveta a väčšinou bolo legálne realizované. V súčasnej dobe sa stretávame s opačným postojom. Za úspech sa považuje záchrana života predčasne narodených detí s veľmi nízkou pôrodnou hmotnosťou, dôraz sa kladie na zlepšovanie kvality života handicapovaných detí, či detí s nádorovým ochorením (Víchová, 2019).

7.8 Odmietnutie liečby v detskej onkológii

Príčiny odmietnutia liečby dieťaťa zo strany rodičov môžu byť rôzne: obava z možných komplikácií liečby, strach z predĺženého utrpenia dieťaťa, nedostatku informácií o aktuálnych možnostiach a úspechoch liečby a iné. Úlohou celého ošetrovateľského tímu je pochopiť príčinu neochoty rodičov spolupracovať, resp. pokúsiť sa zistiť dôvody odmietania a následne vysvetliť všetky možné nedorozumenia a navrhnúť také riešenia, ktoré by mohlo byť akceptovateľné aj rodičmi. V niektorých situáciách je však nevyhnutné v záujme dieťaťa riešiť dilemu právnou cestou (Špótová a kol, 2017).

7.9 Etické problémy počas umierania a po úmrtí dieťaťa

Utrpenie a umieranie môže meniť aj ostatných členov rodiny a dáva priestor na hlbšie premýšľanie o zmysle ich života (Crozier, Hancock, 2012; Jasenková, Kysel, 2017)). Veľmi

významné pre rodičov je pripraviť priestor na rozlúčku s dieťaťom s minimálnym rušením a so zabezpečením ich súkromia (zástena pri lôžku dieťaťa / prázdna izba pre matky alebo novorodencov alebo samostatná miestnosť). Pre malé priestory väčšinou ide o problémy so zabezpečením vhodného prostredia pre umierajúceho dieťa a jeho rodinu. Okrem ošetrovateľskej starostlivosti u dieťaťa pri zabezpečovaní biologických potrieb - hygieny, aplikácii infúzií, injekcií a pod. sestry poskytujú pri starostlivosti dieťaťu a rodine hlavne podporu fyzickej pohody a uspokojenie duševných, sociálnych a spirituálnych potrieb. Pri poskytovaní pomoci smútiacim rodičom sa i personál naučí vyrovnávať so záťažovými situáciami a spracovať ich. Okrem holistického prístupu k človeku paliatívna starostlivosť vyžaduje interdisciplinárny prístup k pacientovi a ten vyžaduje určitý konsenzus medzi lekármi z rôznych odborov, ale aj dieťaťom, respektíve rodičmi dieťaťa (Sieberová, 2019; Poláková, Tučková, Loučka, 2017; Bužgová, Sikorová, 2019; Ondriová, 2021).

Stáva sa, že rodičia majú väčší strach a obavy s umieraním, boja sa, že nezvládnu stáť tvárou v tvár dieťaťu, ktoré strácajú pred očami. Môžu sa nevedome vyhýbať kontaktu a pobytu s ním. Musíme sa vcítiť a pochopiť, ako ťažko je vyrovnávať sa so smrťou svojho dieťaťa. Ideálna situácia je, keď novorodenec umiera v náručí matky alebo v inkubátore za prítomnosti matky. Ak matka nechce byť pri svojom dieťati, vyjdeme jej v ústrety a rešpektujeme jej pranie. Keď má záujem o kontakt s ním, tak ju v tom podporíme, umožníme jej to, motivujeme a stimulujeme ju k spolupráci, aby umierajúcemu dieťaťu boli umožnené pocity pokoja a bezpečia z jej prítomnosti. Ak dieťa ešte nemá meno, malo by sa mu dať. Pomenovanie, event. pokrstenie dieťaťa pomôže rodičom i ostatným členom rodiny uvedomiť si, že sa narodilo a zomrelo, aj keď bol jeho život tak krátky (Magyarová, Vachová, 2005; Jasenková, Lyžičiar, 2019).

Etický prístup k rodičom a dieťaťu je umožnený rešpektovaním nasledujúcich práv:

- mať zrozumiteľné informácie,
- byť pri svojom dieťati,
- mať súkromie s dieťaťom,
- vidieť, dotýkať sa, držať svoje dieťa kedykoľvek pred, či po smrti,
- mať fotografiu dieťaťa,
- mať spomienkové predmety na dieťa,
- realizovať svoje kultúrne a náboženské zvyky,
- komunikovať s empatickým personálom,

- očakávať pomoc pri smútení,
- podieľať sa na rozhodovaní o pitve,
- mať pomoc pri plánovaní pohrebného obradu,
- mať informácie o podporných aktivitách
- byť považovaný za osobu, ktorá sa narodila, žila a zomrela,
- mať meno,
- byť videný a držaný svojou rodinou,
- mať smútočné oznámenie,
- byť s úctou pochovaný (Mikitová, Kantárová, Zanovitová, 2009; Füssiová, Bauer, 2016).

Po úmrtí dieťaťa

Doba trúchlenia u každého pozostalého je individuálna, tak ako aj prejavy trúchlenia.

Prejavy trúchlenia u pozostalých sú rozmanité.

Môžu sa prejaviť:

- poruchy vnímania času,
- únava ,
- pocit prázdnoty, depresívna alebo podráždená nálada,
- nechutenstvo, príp.prejedanie sa,
- poruchy spánku,
- odmietanie kontaktov,
- nepochopiteľné sny,
- hlasitý rozhovor so zomrelým dieťaťom
- nesústredenosť
- myšlienky na smrť, želanie zomrieť, myšlienky o samovražde atď (The Dougy Center for Grieving Children, 2017).

Smútok pozostalého je potrebné prirodzene rešpektovať, ale zároveň nie je potrebné z falošného súcitu prejavy smútku násilne prejavovať a ani k tomu nútiť ostatných. Hlavne deti a adolescenti majú vo zvyku svoje rozpaky v pre nich nezvyklej situácii vyjadrovať žartom a smiechom. Aj trúchliaci človek sa môže radovať zo života, môže sa smiať a prežívať niečo príjemné. Dôležité je pokiaľ pozostalí cítia potrebu svoj žiaľ vyplakať, aby im to bolo umožnené v prítomnosti blízkej osoby (Müller, 2014; The Dougy Center for Grieving Children, 2017).

Spomínať na dieťa, ktoré zomrelo, patrí k procesu uzdravovania.

Spôsoby ako na niekoho spomínať je viacero:

- prezerajte si jeho fotografie,
- v rodinnom kruhu, s najbližšími spomínajte na spoločne prežité chvíle,
- napíšte báseň, poviedku, namaľujte obrázok...,
- vytvorte si o ňom fotografické album,
- navštívte jeho hrob...,
- ísť na výlet na miesto na ktorom ste boli spolu, ktoré dieťa milovalo,
- spomínať na zvláštne alebo veselé situácie, ktoré ste s ním zažili,
- spomínajte spoločne s priateľmi dieťaťa,
- schovajte si nejakú vec na pamiatku,
- usporiadajte s rodinou alebo priateľmi oslavu v deň jeho narodení,
- zasadte strom na jeho pamiatku,
- pomodlite sa, alebo to aspoň skúste atď (Kübler-Ross, 1995; Crozier, Hancock, 2012; The Dougy Center for Grieving Children, 2017).

Ťažko chorí ľudia (nevynímajúc deti), ich blízki príbuzní i zdravotníci sa ocitajú v náročných životných situáciách, kedy si musia klásť otázky a následne zaujať postoj k danej otázke v situáciách, ktoré by ich ešte v zdraví nemuseli zaujímať (Opatrná, 2017). Otázky týkajúce sa smrti, alebo samotného procesu umierania sa netýkajú iba samotného momentu umierania, ale sú prítomné v priebehu celého nášho života. Náš postoj k životu je ovplyvnený postojom alebo odmietaním postoja k smrti, k istote, že musíme zomrieť, čo ovplyvňuje náš rebríček hodnôt, naše životné ciele i intenzitu akým spôsobom život žijeme (Opatrná, 2017; Ondriová, 2021; Feudner, 2021).

Pracovný list

Úloha 1

Prečítajte si nasledujúci text, analyzujte situáciu a následne navrhните podľa vlastného uváženia možné varianty riešenia situácie.

Rodina čaká druhé dieťa.

Paulínka má 6 rokov. Rodičia jej na začiatku tehotenstva oznámili, že bude mať súrodenca. Počas celého tehotenstva je zainteresovaná do priebehu tehotenstva, rodičia a starí rodičia rozprávajú o bračekovi, ktorí sa má čoskoro narodiť. Krátko pred očakávaným termínom pôrodu prestáva matka cítiť pohyby dieťaťa a následne je prevezená na gynekologické oddelenie z dôvodu vyvolania predčasného pôrodu. Dieťa sa narodí mŕtve. Keďže nechcú Paulínke spôsobiť bolesť, ktorú práve oni cítia, nepovedia jej o smrti súrodenca.

Paulínkine správanie sa po krátkom čase zmení. Veľa plače, je nepokojná, nerozumie prečo jej už rodičia nehovoria o bráčekovi, pýta sa prečo je mama taká smutná, nemôže spať. Až potom, čo sa rodičia s Paulínkou porozprávajú, a už ju nevyklúčujú z jej smútku, sa jej správanie vracia do normálu.

3. Navrhnete najvhodnejší spôsob ako dieťaťu vysvetliť úmrtie súrodenca.
4. Na základe prečítaného textu v rámci skupinovej práce vymyslíte 2 etické problémy/dilemy vyplývajúce z predošlého textu a následne ho v skupine riešite.

Úloha 2

Prečítajte si otázku a na základe vlastných skúseností nájdite, podľa Vášho názoru, najvhodnejšie riešenie:

- *Ako by ste pomohli rodičom prijať blížiacu smrť ich osemnásťročného syna, aby boli schopní s ním o tom hovoriť? Všetci vedia, že koniec sa blíži, ale nahlas o tom nehovoria. Otec ani matka sa necítia schopní o tom pred synom hovoriť.*
- *Ak chce dieťa navštevovať cintorín po smrti súrodenca, ako mu môžeme pomôcť?*
- *Ako a kedy povedať ťažko chorému dieťaťu, že zomiera?*

Úloha 3

Prostredníctvom samoštúdia spracujte názory viacerých autorov vo forme eseje na problematiku umierania, utrpenia a smrti u ťažko chorých detí / blízkych.

Úloha 4

Identifikujte, ktoré z tvrdení je fakt alebo názor, svoje rozhodnutie zdôvodnite (doplňte za vetou F - fakt, N – názor).

P.č.		F / N
1.	Deti často radšej podávajú informácie formou hry.	
2.	S rodičmi dieťaťa je potrebné komunikovať dôstojne a úprimne.	
3.	Dieťa / rodič v terminálnom štádiu ochorenia má právo rozhodnúť o spôsobe ukončenia svojho života.	
4.	Pri ošetrovaní rešpektujeme autonómiu dieťaťa.	
5.	Pri komunikácii s chorým dieťaťom sa nebojíme prejsť svoje emócie.	
6.	K ťažko chorému dieťaťu pristupujeme ako keby bolo zdravé.	
7.	Je lepšie ak umierajúcemu dieťaťu nepovieme pravdu o jeho zdravotnom stave.	
8.	Ošetrovanie ťažko chorého dieťaťa v poslednom štádiu ochorenia v domácom prostredí je výhodné pre pacienta i príbuzných.	

9.	Priznať umierajúcemu dieťaťu, že nepoznáte odpoveď na jeho otázky je správne.	
10.	Súrodeneц chorého dieťaťa má byť od začiatku informovaný o chorobe súrodenca.	

Úloha 5

Nájdite v prešmyčke príslušný ekvivalent slova

AITAPME

.....
(schopnosť vcítiť sa)

ŤSOVILDOVARPS

.....
(etický princíp)

EINAREIPOP A AICÁLOZI

.....
(fáza podľa K. Rossovej)

AIMÓNOTUA

.....
(sebaurčenie)

ANARCHO AIVARDZ

.....
(úloha zdravotníkov pri starostlivosti o pacienta)

AIGETARTS

PRO

FEIL

.....
(stratégia pre život)

Úloha 6

Doplňte:

a) 3 veci, ktoré ste sa počas prednášok o danej téme naučili:

1.

2.

3.

b) 2 zaujímavé fakty:

1.

2.

c) 1 otázka, ktorú ešte stále máte

1.

Literatúra:

AMERY, J., 2017: *Opravdu praktický průvodce dětskou paliativní péčí pro doktory a zdravotní sestry kdekoli na světě.* Praha: Cesta domů, 2017, 516 s. ISBN 978-80-88126-34-8

American Academy of Pediatric: Committee on Bioethic and Committee on Hospital Care.2010. Palliative care for children. Pediatrics [online]. 106: 351-357. [cit.27.6.2022]. Dostupné z:<http://pediatrics.aapublications.org./content/pediatrics/106/2//351.full.pdf>.

BUŽGOVÁ, SIKOROVÁ L., a kol. 2019. *Dětská paliativní péče.* Praha: GRADA, 2019. 240 s. ISBN 978-80-271-2689-7 (ePub)

CAMARGO, R. D., 2016. Eutanasia, derecho y voluntad, ¿acción correcta? Lo que debemos saber. In: *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 16 (2), s. 90-94.

CROZIER, F., HANCOCK, L.E.2012. *Pediatric palliative care.* Beyond the end of life. Pediatric Nursing. 38(4): 198-227.

DECKER, C. L. Social support and adolescent cancer survivors: a review of the literature. Psycho-Oncology, 2007, vol. 16, 1, 1 - 11.

DROBNÁ, H. 2005. Etika v neonatologii. Groningenský protokol - eutanázia ťažko chorých novorodencov. In *Zdravotně-sociálne vědy*. Kontakt 3-4/20057: 200 - 398, 2005 ISSN 1212-4117

FARKAŠOVÁ IANNACCONE, S., DULÍNOVÁ, M., BOBROV, N., CIMBALÁKOVÁ, I., KIMÁKOVÁ, T. 2016. *Etické aspekty komunikácie v medicíne.* Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. Lekárska fakulta. Košice. 2016. 64s. ISBN 978-80-8152-437-0

FENDRYCHOVÁ, J. a kol. *Vybrané kapitoly z ošetrovateľskej péče v pediatrii. 2.časť. Péče o novorozence.* Brno: NCO NZO Brno, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7013-489-4.

FEUDNER, C., et al. 2021. Pediatric palliative care patients a prospective multicenter cohort study.2021.Pediatric. 127(6):1094-101

FŮSSIOVÁ, M., BAUER, F. 2016. Odporúčenie odbornej spoločnosti. Postup pri náhrade intenzívnej liečby za paliatívnu liečbu a starostlivosť v neonatológii. In:

file:///D:/paliat%C3%ADva-onko-etika_%20liter.%20zdroje/Paliati%CC%81vna-starostlivost%CC%8C-%20neonatogia.pdf.

GULÁŠOVÁ, I. 2009. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin: Osveta, 2009. 100s. ISBN 978-80-8063-305-9.

HUSOVSKÁ, B., 2014. *Špecifická domáci paliatívni péče o děti*. In Krejčí, Jiří et al., (eds). *Zborník k První české konferenci dětské paliatívni péče*. Praha. Tři o.p.s., s.24-25

CHAMBAERE, K., Cohe, J., 2017: *Euthanasia and PublicHealth*. In: *International Encyclopedia of PublicHealth (SecondEdition)*, s. 46-56.

IMPACT: Standardy dětské paliatívni péče v Evropě. 2014. [online]. [cit.30.06.2022]. Dostupné z : <http://www.detsky-hospic.cz/files/IMPACT-Standardy-detske-paliativni-pece-v-Europe.pdf>

JASENKOVÁ, M., KYSEL, O. 2021. *Štandardné postupy. Komplexný manažment detského pacienta v domácej paliatívnej starostlivosti*. 1.revízia. 1. júl 2021.

JASENKOVA, M., KYSEL, O. a kol. 2017. *Detská paliatívna starostlivosť na Slovensku. Súčasnosť a výzvy budúcnosti*. Bratislava: PLAMIENOK n. o., 201. s. 40. ISBN 978-80-971377-9-3

JASENKOVÁ, M., LYŽIČIAR, M. 2019. *Lekárka Mária Jasenková. Smrť nás učí dobre žiť*. Bratislava: BeneMedia, 2019. 136s. ISBN 978-80-99907-03-5

JASENKOVÁ, M. 2005. *Pomáhať žiť a zomierať, radovať sa a smútiť. Pre smútiacich rodičov*. Bratislava: Detský hospic Plamienok, 2005.

KALVACH, Z. 2010. *Manuál paliatívni péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliatívni nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2010. 360 s. ISBN 978-809-0451-643

LIBENN, S., PAPADATOU, D., WOLFE, J. 2008. *Paediatric paliative care: challenges and emerging ideas*. *Thw Lancet*.371(9615):852-864

MAGUROVÁ, D. 2015. *Vybrané kapitoly paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Prešov: Vydavateľstvo prešovskej univerzity, 2015, 162 s. ISBN 978-80-555-1317-1

MAGYAROVÁ, G., VACHOVÁ, M. 2005. *Etické aspekty umierania v neonatológii*. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. Martin : 2005, Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovatel'stva. s. 786-794. ISBN 80-88866-32-4.

MIKITOVÁ, T., KANTÁROVÁ, M., ZANOVITOVÁ, M. 2009. *Možnosti podpory matky kriticky chorého novorodenca*. In: Zborník I. Perinatologický deň. [CD-ROM]. Ed. Baňasová, V., Peřinová, N., Prešov: FNŠP J. A. Reimana v Prešove, 2009, s. 67-72. 222s. ISBN 978-80-970103-5-5.

ONDRIOVÁ, I. 2021. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Praha: GRADA, 2021. 141.s. ISBN 978-80-271-1696-6.

OPATRŇÁ, M 2017. *Etické problémy v onkológii*. Praha: Mladá fronta. 2017. 118s. ISBN 978-80-204-4522-3

OPPENHEIM, D. The Child's Subjective Experience of Cancer and the Relations hipwith Parents and Caregivers. In *Psychosocial Aspects of Pediatric Oncology*. Chichester: John Wiley&Sons, Ltd., 2004. ISBN-0-471-49939-0, p. 109 - 138.

POLÁKOVÁ, K., TUČKOVÁ, A., LOUČKA, M. 2017. *Potřeby dětí s život limitujícím nebo život ohrožujícím onemocněním a jejich rodin*. Praha: Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP, 2017. 196 s. ISBN 978-80-270-3257-0.

SIEBEROVÁ, J. 2016. *Hospic: příběh naplněné naděje*. Praha. Triton, 2016. 119s. ISBN 978-807-5530-387.

The Dougy Center for Grieving Children. 2017. *35 způsobů jak pomoci truchlícímu dítěti*. Praha: Cesta domů, 2017. 69 s. ISBN 978-80-88126-37-9

ŠPÓTOVÁ, A., HUSÁKOVÁ, k., HRAŠKOVÁ, A., MIKESKOVÁ, M., PUŠKAČOVÁ, J., HEDEROVÁ, S., JAMÁRIK, M., RABENSEIFERTO VÁ E., JALOVECKÁ, Z., KOLENOVÁ, A., ŠUBOVÁ, Z. 2017. *Odmietnutie liečby v detskej onkológii*. In: *Klinická onkológie*; 20(5), s.380-385. ISSN1802-5307 (online)

VARNI, J. W.et al. The Peds Ql in pediatriccancer: Reliability and validity of the Pediatric Quality of lifeInventory Generic Core Scales, Multidimensional Fatigue Scale and cancer module. *Cancer*. 2002, vol.94, 7, 2090 – 2106.

VÍCHOVÁ, J.,2019. *Detští pacienti a přání zemřít*. In: PTÁČEK,R., BARTUNĚK,P.(eds) 2019.: *Eutanazie pro a proti*. Mladá fronta .EDICE CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ ČLK. 2019. 445s. ISBN 978-80-204-5339-6.

SCHROEDER, K. - LORENZ, K. Nursing and theFuture of PalliativeCare In Asia Pac J OncolNurs. 2018 Jan-Mar; 5(1): 4–8. [online]. 2018. [citované 2022-02-21].Dostupné na: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5763437/>>.

VACHOVÁ, M.: Akceptácia myšlienok Hospice v prostredí novorodeneckých JIRS v SR. In: *Neonatologické zvesti*, 2003, roč. 7., č.1, s. 14 – 19. ISSN 1335-2504

VERHAGEN, E., SAUER, P. 2005: Groningenský protokol - eutanázia ťažko chorých novorodencov. N Eng J Med 352, 10, p, 959-96

ZANOVITOVÁ, M., OVŠONKOVÁ, A.: Prvky paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti v neonatológii. In: *Ošetrovatelství a porodní asistence*. Recenzovaný odborný a vědecký časopis, roč. 1, č. Spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej a hospicovej starostlivosti Slavomír Laca, Pavol Dancák, Peter Laca 35 2/2010. ISSN 1804-2740. Dostupné na: http://periodika.osu.czosetrovatelstviaporodniasistence/dok/2021-11/25_zanovitova.pdf

MÜLLER, B. (2014) *Pädiatrische Palliative Care*. In: Kränzle S., Schmid U., Seeger C. (eds) *PalliativeCare*. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-41608-8_15

VARNI, J. W.et al.2002. The PedsQl in pediatriccancer: Reliability and validity of thePe-diatricQuality of lifeInventoryGenericCoreScales, MultidimensionalFatigueScale and cancer module. Cancer. 2002, vol.94, 7, 2090 – 2106.

WHO 2018. Integrácia paliatívnej starostlivosti a úľavy od symptómov do pediatrie: príručka WHO pre plánovačov, implementátorov a manažérov zdravotnej starostlivosti . ISBN 978-92-4-151445-3

8. ETICKÁ PROBLEMATIKA TRANSPLANTÁCIÍ

Jana Boroňová

„Neberte svoje orgány do neba. Nebo vie, že ich potrebujeme na zemi.“

Pápež Ján Pavol II.

Úvod

Transplantácia orgánov je na celom svete uznávaná ako jedna z najpútavejších lekárskech udalostí 20. storočia, ktorá nasledovala iba po dvoch ďalších udalostiach v lekárskej histórii a to objavu penicilínu Alexandrom Flemingom v roku 1928 a očkovacej látky proti detskej obrne od Jonasa Salka v roku 1955.

Zlá dostupnosť adekvátnych dodávok orgánov z ľudských tiel spôsobila stále sa zväčšujúcu priepasť medzi dopytom orgánov a dodávkou orgánov, čo viedlo k dlhým čakacím dobám a mnohým úmrtiam medzi potenciálnymi príjemcami transplantátu. Táto situácia viedla k ťažkostiam pri pridelovaní orgánov, k používaniu väčšieho počtu orgánov od živých darcov a k odpornej praxi obchodovania s ľudskými organizmami, ktorá vytvorila mnoho etických dilem. Mnoho lekárov a etikov verí, že tieto problémy je možné minimalizovať z lekárskeho a eticky akceptovateľného riešenia, vrátane poskytovania lepšej starostlivosti a poradenstva s informovaným súhlasom pozostalej rodiny, prejavovaním väčšej úcty k telu zosnulého a prijatím zásady „predpokladaného súhlasu“ a nakoniec odškodnením pozostalej rodiny mŕtveho darcu na pohreb, cestovné a iné výdavky. Využívanie dobrovoľne žijúcich darcov, ktoré má mnoho lekárskech výhod, je možné posilniť aj vhodným verejným vzdelávaním s dôrazom na poskytnutie „daru života“ bližnému z „ľudských“ dôvodov, ale nie kvôli finančnému zisku. Je však eticky prijateľné poskytnúť kompenzáciu aj živému darcovi, ako je to v prípade rodiny zosnulého darcu, na pokrytie straty práce, cestovania a ďalších nákladov vyplývajúcich z vážneho chirurgického zákroku darovania orgánov.

Súčasný pokrok v oblasti bunkovej biológie a tkanivové inžinierstvo môže priniesť mnoho výhod pri liečbe bežných chorôb a tiež pomôcť pri poskytovaní imunologickej tolerancie, ak je podávaná potenciálnemu príjemcovi transplantátu solídneho orgánu. Etické obavy však existujú, pokiaľ ide o zdroj takýchto buniek a tkanív. Väčšina spoločností, etikov a zástupcov cirkvi bude namietat' voči odoberaniu týchto buniek z potratených embryí. Kmeňové bunky odobraté z pupočníkovej krvi po narodení a tiež od darcov mŕtvol po úplnom

súhlase, sú však prijateľné. Použitie zvieracích orgánov má jednoznačný potenciál zachrániť život mnohým pacientom na zozname čakatel'ov na transplantáciu.

K tomu, aby klinická transplantácia orgánov a tkanív bola plne prospešná a zachraňovala životy, každý, kto sa zúčastňuje na procese, vrátane lekárov a zdravotníckych inštitúcií, musí rešpektovať a zvažovať najlepší záujem pacienta a ctíť etické, morálne a náboženské hodnoty spoločnosti a nenechať sa pokúšať hľadať osobnú slávu alebo finančnú odmenu.

V nasledujúcej kapitole sú predstavené rôzne spôsoby získavania orgánov pre účely transplantácie. Nie všetky, ktoré sú technicky možné, sú aj eticky prijateľné. Viaceré z týchto spôsobov sa neuplatňujú v rámci našej krajiny ani Európy, ale keďže vo svete sú, alebo boli, možné, ponúkajú etický aspekt, o ktorom je možné diskutovať, vytvoriť si vlastný pohľad a dávajú tak možnosť navrhnúť „eticky lepšie“ riešenie.

8.1 História prvých a najznámejších transplantácií

Transplantácia je prenesenie celého orgánu alebo jeho časti z jedného organizmu do druhého, za účelom náhrady príjemcovho poškodeného alebo zlyhávajúceho orgánu. Darca orgánu môže byť živý alebo mŕtvy.

Asi pred 70 rokmi zlyhanie životne dôležitého orgánu, ako sú obličky, pečeň, srdce, zvyčajne znamenalo obrovské utrpenie a istú smrť. S príchodom klinickej transplantácie orgánov a mnohými pokrokmi, ktoré sa udiali najmä v posledných piatich desaťročiach, vrátane chirurgických techník, molekulárnej biológie, imunológie a účinnej imunosupresie na zabránenie odmietnutia orgánu, sa stala nádejou druhej šance na život pre mnoho tisíc pacientov.

Transplantácia orgánov je určite jedným zo „zázrakov“ modernej medicíny. Nemožný sen o nahradení mŕtveho alebo umierajúceho životne dôležitého orgánu, ako je oblička alebo srdce, živému človeku, sa stal skutočnosťou 17. júna 1950, kedy americký chirurg Richard Lawler uskutočnil prvú transplantáciu obličky. Obličky sú párový orgán a k tomu, aby sa z tela odviekli škodlivé látky, stačí jedna oblička. Pacientka doktora Lawlera a jeho kolegov - doktora Jamesa Westa a doktora Raymonda Murphyho - 44 ročná pani Ruth Tuckerová mala obe obličky polycystické a do tela jej bola transplantovaná oblička mŕtvej darykyne, ktorá mala podobný vek, hmotnosť a rovnakú krvnú skupinu. Po 45 minútach od smrti darykyne uvoľnil doktor Lawler v tele príjemkyne svorky a transplantovaná oblička nadobudla zdravú ružovú

farbu. Táto operácia bola realizovaná v tajnosti, nakoľko sa operovalo v katolíckej nemocnici a cirkev sa v tom čase nestotožňovala s tým, aby sa tkanivá z tiel zosnulých transplantovali živým ľuďom. Lekári mali však podporu vedenia nemocnice a tak transplantáciu uskutočnili. Informáciu o nej zverejnili až o niekoľko dní, keď bolo zrejmé, že pacientke sa darí dobre. Táto jedinečná správa obletela celý svet. O necelý rok však pani Tuckerová, tešiaca sa z normálneho života, opäť musela byť hospitalizovaná. Ukázalo sa, že jej organizmus transplantovaný orgán neprijal. Hoci sa nová oblička scvrkla na veľkosť orecha, pacientka žila ešte päť rokov po operácii.

23. decembra 1954, Dr. Joseph Murray a John Merrill z nemocnice Peter Bent Brigham Hospital transplantovali obličku z jedného monozygotného dvojčata druhému. Odmietnutiu transplantátu zabránila ich genetická identita a príjemca žil ďalších 8 rokov (Jonsen, 1998).

K týmto zázračným momentom úspechu viedlo mnoho rokov experimentálnych transplantácií, väčšinou na zvieratách a príležitostne na ľuďoch. Zostalo mnoho prekážok, najmä problémy s transplantáciou orgánov medzi osobami, ktoré neboli geneticky identické. Napriek tomu začala éra transplantácií a bola všade oslavovaná ako mimoriadny skok v medicíne a chirurgii (Jonsen, 1998).

3. decembra 1967 transplantoval juhoafrický kardiochirurg Christiaan Neethling Barnard do Louisa Washkanskeho stále bijúce srdce. Washkansky, 55 ročný na živote ohrozený „kardiak“ dostal srdce tridsaťpäťročnej smrteľne zranenej ženy. Napriek tomu, že operácia sa podarila, žil len 18 dní. Barnard sa však nenechal „neúspechom“ odradiť a už [2. januára 1968](#) uskutočnil druhú – úspešnú transplantáciu. Príjemcom bol [Philip Blaiberg](#) a darcom muž čiernej pleti. Príjemca žil 594 dní. Medializácia týchto dvoch transplantácií bola celosvetová a nadšene oslavovaná. Po tejto operácii nasledovalo v krátkom období 112 neúspešných transplantácií srdca. Príčina neúspechu spočívala väčšinou v tom, že sa nepodarilo včas zistiť, či transplantované srdce je alebo nie je prihojené.

Obrovským medzníkom v oblasti transplantácií sú transplantácie ľudskej tváre. Tento medzník je nielen „technický“, ale aj etický – príjemca „nosí“ tvár mŕtveho človeka. Prvú takúto transplantáciu vykonal ostravský rodák profesor Bohdan Pomahač so svojím tímom v marci 2011.

8.2 Etické problémy transplantácií

Transplantácie orgánov sa vo svojich etických, sociálnych a ekonomických dôsledkoch dotýkajú celej spoločnosti a môžu zmeniť tvár dosiaľ tradične ponímaného ľudského života. Náhrada životne dôležitých poškodených orgánov orgánom zdravým otvorila kapitolu a perspektívy modernej medicíny a etiky.

Transplantácie tkanív a najmä niektorých orgánov, sa stali v posledných desaťročiach klinickou metódou, ktorá má nielen svoje nepopierateľné prednosti, ale taktiež mnohé úskalía, či už medicínske, technické, organizačné, ekonomické a nemožno opomenúť ani etické (Haškovcová, 2015). A naopak - medzi najkontroverznejšie a zároveň najzávažnejšie etické problémy, týkajúce sa života, zdravia, choroby i smrti, patrí etika transplantácií. Najčastejšie z nich sú:

- darovanie orgánov od mŕtvych darcov (kadaverov),
- alokácia orgánov od mŕtvych darcov (kadaverov),
- potvrdenie smrti,
- transplantácia tváre,
- použitie orgánov z potratených plodov a novorodencov neschopných života,
- transplantácia orgánov od žijúcich darcov,
 - zdôvodnenie transplantácie od živých darcov,
 - darovanie obličiek maloletými a deťmi,
- riadený verzus anonymný dar,
- predaj orgánov na transplantáciu,
- využívanie popravených väzňov ako darcov,
- použitie kmeňových buniek a klonovanie pre transplantácie,
- použitie zvieracích orgánov a xenotransplantácie,
- prijateľné finančné stimuly pre darovanie orgánov.

8.2.1 Darovanie orgánov od mŕtvych darcov

Dostupnosť orgánov na transplantáciu je vo väčšine transplantačných centier sveta veľmi nízka a nedostatočná na uspokojenie potreby potenciálnych príjemcov s poruchami až zlyhávaním orgánov. Na zlepšenie darcovstva orgánov rodinami zosnulých sa použilo viacero metód k tomu, aby sa zlepšilo zásobovanie orgánov z tohto veľmi dôležitého zdroja – od

kadaverov¹. Transplantačné centrá i niektoré ostatné zdravotnícke zariadenia vydávali publikácie o potrebe a výhodách darcovstva orgánov ako „daru života“ na záchranu ľudských životov a taktiež sa vo svete zriaďovali registre potenciálnych darcov orgánov. Tieto pokusy však viedli len k veľmi malému nárastu darcovstva orgánov z mŕtvych tiel (Abouna, 2001). To, čo sa v niektorých častiach sveta ukázalo ako veľmi účinné, bolo prijatie a uplatňovanie zásady „predpokladaného súhlasu“, kde spoločnosť schvaľuje, že každý dospelý jedinec, ktorý zomrie, je potenciálnym darcom, bez toho, aby počas svojho života naznačil svoju námietku a bez ohľadu na želanie svojej rodiny. Niekoľko krajín v Európe a Ázii prijalo tento princíp z morálnych i právnych dôvodov a zvýšilo tak darcovstvo orgánov. Väčšina hlavných náboženstiev vrátane kresťanstva, judaizmu a islamu nemá námietky proti tomuto základnému princípu, ako to vyhlásil vtedajší pápež, dnes svätý Ján Pavol II. v roku 1992, Židovská rabínska rada Ameriky v roku 1991 a najmä Islamský výbor Kuvajtu z Fatwy, ktorý v roku 1979 uviedol, že „*transplantácia orgánu sa môže uskutočniť od mŕtveho darcu za predpokladu, že je potrebná záchrana ľudského života a že povolenie rodiny sa nevyžaduje, pretože ľudské orgány patria Bohu, a nie rodine*“ (Starzl, 2012).

Možnosti, ako zvýšiť množstvo orgánov od mŕtvych darcov:

- V západných krajinách sa realizuje veľa pokusov o implementáciu princípu **predpokladaného súhlasu**, ktorý nepochybne zvýši zásobovanie orgánmi a zachráni mnoho ďalších životov. Napriek tomu pretrvávajú obavy v súvislosti so súhlasnými zákonmi a nariadeniami vlád a iných orgánov, ktorých cieľom je zlepšiť prístup ku kadaveróznym orgánom, prijatím zákona o „predpokladanom súhlase“. Niektorí teoretici tvrdia, že je nesprávne predpokladať súhlas jednoducho preto, že neexistuje žiadna zaznamenaná námietka. Ďalší dokonca uvažujú o tom, že „predpokladaný súhlas“ v sebe nesie náznak *nátlaku a uberania z tela* (Jarvis, 1995). Iní etici sa domnievajú, že *požadované alebo nariadené požiadavky sú nežiaduce, keď mnoho pacientov zomrie počas čakania na transplantáciu, kedy dôjde k zlyhaniu ich orgánov, čo predstavuje opakujúcu sa etickú dilemu* (Cohen - D'Amato, 1995). V niektorých rozvojových krajinách sú okrem týchto etických problémov pridané ďalšie ťažkosti kvôli sociálnym, kultúrnym a náboženským postojom týkajúcim sa smrti a významu neporušeného tela pre pochovávanie. Etické zásady, ktoré sa uplatňujú vo vyspelých krajinách, v súčasnosti v mnohých rozvojových krajinách presadzujú špecializované skupiny transplantačných lekárov, ale prekážka je stále obrovská.

¹ Kadaver = mŕtve telo

V niektorých rozvojových krajinách, najmä v Číne, *existuje prax odoberania orgánov jednotlivcom, ktorí sú bezprostredne po poprave (po odsúdení na trest smrti) a tieto orgány sú udeľované vybraným pacientom, nemocniciam, inštitúciám alebo lekárom.*

- Okrem implementácie zásady predpokladaného súhlasu je ďalším spôsobom, ktorý môže zvýšiť darcovstvo orgánov a v mnohých krajinách sa o ňom uvažuje - ***objektívne ocenenie rodiny zosnulých***, ktorí darujú orgány. V Spojených štátoch Amerických prebehli pokusy o schválenie koncepcie poskytnutia určitej finančnej podpory, ktorá nie je platbou za orgány, ale má pomôcť rodine zaplatiť náklady na pohreb, cestovné a iné životné náklady v prípade smrti milovanej osoby. Takáto platba výdavkov sa líši od nákupu orgánov, pretože platba sa neuskutoční priamo rodine, ale pohrebnému ústavu, hotelom a dopravným agentúram. Tento systém finančnej podpory bol skutočne schválený štátom Pensylvánia v roku 1994 na maximálne 3 000,00 USD, ale v mnohých ďalších štátoch Ameriky nebol zavedený (Weinstock, 2002).
- Treťou metódou, ktorá môže zvýšiť darovanie orgánov z mŕtvych tiel, je väčšie ***využitie okrajových alebo suboptimálnych orgánov***. *Okrajové orgány* zahŕňajú obličky od darcov starších ako 60 rokov, od malých detí mladších ako 5 rokov, od darcov s cukrovkou, z obličiek uchovávaných dlhšie ako 40 hodín a obličiek pacientov „umelo“ udržiavaných pri živote. Mnoho centier v USA i Európe úspešne používa takéto orgány, ale tiež je množstvo týchto orgánov zlikvidovaných, alebo ich niektoré centrá neakceptujú. To viedlo k ***vážnej lekárskej a etickej dileme, pretože odmietnutie použitia týchto orgánov pripraví mnohých pacientov o výhody transplantácie, prípadne rovno o život***. Prirodzene, pred použitím týchto suboptimálnych, teda „neideálnych“ orgánov sa vyžaduje, aby bola pacientovi poskytnutá úplná informácia o možných rizikách i výhodách a aby bol pred transplantáciou získaný úplný súhlas, pretože výskyt „oneskorenej“ funkcie alebo primárnej nefunkčnosti je po použití *okrajových* darcov určite vyšší.

8.2.2 Alokácia orgánov od mŕtvych darcov

Morálne problémy môžu vznikáť pri výbere kandidáta pre transplantáciu orgánu. Pacienti v terminálnom štádiu ochorenia srdca, pečene, obličiek a pod. sú evidovaní ako čakatelia na transplantáciu. V prípade, že sú k dispozícii orgány od kadaverózneho darcu, individuálne sa pre každý orgán zo zoznamu čakaťov vyberajú najvhodnejší príjemcovia

objektívne a na základe výsledkov imunologického vyšetrenia darcu a možného príjemcu, pričom sa berie do úvahy aj aktuálny zdravotný stav príjemcu orgánu.

Ďalšou oblasťou, ktorá vyvoláva vážne etické problémy, je **spôsob pridelovania kadaverózných orgánov**. Ako už bolo uvedené, s rýchlým nárastom počtu pacientov čakajúcich na transplantáciu a obmedzeného zásobovania orgánov, bolo nevyhnutné vyvinúť systém pridelovania orgánov, ktorý je z lekárskeho hľadiska vhodný a eticky spravodlivý a prijateľný. V USA napríklad **metódu alokácie** vyvinula národná organizácia United Network for Organ Sharing (UNOS), ktorá zvažuje nasledujúce kritériá podľa typu orgánu (UNOS, 2001):

- prvým kritériom je **geografická oblasť darcu v porovnaní s regiónom príjemcu**. Orgány sa najskôr podajú miestnym príjemcom. Ak neexistuje vhodný miestny príjemca, distribuujú sa orgány v rámci regiónu a nakoniec sa ponúknu celému národu,
- druhým kritériom je **kompatibilita krvných skupín a zhoda histokompatibility**,
- tretím kritériom je **bodový systém, ktorý zaraduje každého pacienta na zoznam čakateľov, tento sa akumuluje podľa nasledovných premenných:**
 - a) čas čakania,
 - b) imunologické porovnávanie,
 - c) výška a hmotnosť,
 - d) zdravotná naliehavosť,
 - e) vek pacienta, kde sú vyššie body udeené detským pacientom mladším ako 11 rokov.

V prípade alokácie pečeňového štep sa okrem geografickej polohy darcu a kompatibility ABO brala do úvahy lekárska naliehavosť vo väčšine stredísk sveta, kde je každému pacientovi priradený status. Najvyššia naliehavosť je stav 1, ďalší je 2A, potom stav 2B a nakoniec stav 3.

V nových systémov sa očakáva, že **alokácia orgánov bude založená výlučne na potrebe zachrániť život pacienta**. Je tiež veľmi dôležité, aby sa pridelovanie orgánov používalo iba na základe lekárskeho kritérií a potreby pacienta a nie podľa jeho sociálneho, finančného alebo politického postavenia².

Ďalšie eticky podložené návrhy a kritériá, ktoré niektoré transplantačné organizácie používajú, sú:

- *dať prednosť pacientovi, ktorý sám daroval alebo je ochotný darovať tkanivo alebo orgán,*

² Vo februári 2002 bol vybraný pacient, ktorý naliehalo potreboval transplantáciu srdca, ale v USA si odpykával trest za lúpež. Táto udalosť vyvolala veľa námietok u spolupacientov, ktorí boli na čakacej listine, ale miestne transplantačné centrum rozhodlo, že tento pacient je v najväčšej núdzi a transplantáciu srdca mu poskytl z ľudských dôvodov. **Tento prípad ilustruje zdravý etický princíp, že orgány by mali byť pridelované na základe humanistických potrieb a nie na základe sociálneho, finančného alebo politického stavu jednotlivca.**

- *dať staršie orgány starším príjemcom,*
- *orgán detského darcu dať detskému príjemcovi,*
- *darovať orgány darcov s vírusovými infekciami podobne infikovaným príjemcom³,*
- *tiež je eticky a morálne rozumné, aby pacienti, ktorí sú na čakacej listine kvôli ochoreniu pečene v dôsledku požívania alkoholu, nemali podstúpiť transplantáciu pečene, pokiaľ sa nezdržia alkoholu najmenej 6 mesiacov,*
- *naliehavosť záchranu života a ďalšie, už uvedené, kritériá by mali byť základnými kritériami bez ohľadu na rasu, náboženstvo alebo etnický pôvod príjemcu (Jonsen, 2012).*

8.2.3 Potvrdenie smrti

Kedy vlastne nastane vhodný čas na odobratie orgánu, aby nijako eticky nebola poškodená životná dôstojnosť darcu, a teda aj právo na dôstojnú smrť, a zároveň, aby transplantovaný orgán bol života funkčný v novom tele prijímateľa?

Pred odobratím orgánov od akéhokoľvek darcu a pred predložením žiadosti rodine je potrebné uplatniť medicínsky akceptované kritériá úmrtia mozgu. V prvých rokoch transplantácií boli na transplantáciu orgánov použité iba darcovia, ktorých srdcia sa úplne zastavili a ktorých dýchanie sa spontánne zastavilo (srdcová smrť). V šesťdesiatych rokoch minulého storočia sa potvrdil z medicínskeho hľadiska fakt, že pri udržiavaní pacienta pomocou umelej pľúcnej ventilácie (mozgová inaktivita, aktívna srdcová činnosť pomocou prístrojov) bol darca ako ľudský jedinec považovaný za mŕtveho. V roku 1967 doktor Christiaan Barnard z Južnej Afriky odstránil srdce darcu, ktorý mal mozgovú smrť, aj keď srdce bilo a uskutočnil prvú transplantáciu srdca na svete mužovi s terminálnym srdcovým zlyhaním. Tento postup a jeho potenciálne dôsledky ohromili svet. Správa z Harvardskej univerzity, ktorá bola publikovaná v roku 1970 ukázala, že **vývoj nevratných kóm je v skutočnosti novým kritériom smrti** (JAMA, 1968). Transplantácia srdca doktorom Barnardom nielenže zaskočila svet, ale vyvolala aj rovnaké etické otázky ako transplantácia obličky, no v oveľa „hlasnejšom znení“. Odstránenie obličky od žijúceho darcu bolo čiastočne odôvodnené skutočnosťou, že obličky sú párové orgány a človek môže žiť len s jedným. Odstránením životaschopného srdca

³ Pacienti s pozitívnou sérológiou HIV, ktorým bolo donedávna odmietnuté transplantovať obličku, sú teraz prijatí ako kandidáti na transplantáciu ako ostatní pacienti, pretože v súčasnosti je k dispozícii terapia proti HIV (Gow - Pillat - Multimer, 2001).

sa však definitívne končí život jeho „zdroja“. Debata o definícii smrti bola teda obnovená: ***je možné tvrdiť, že človek, ktorého mozog prestal fungovať, je mŕtvy?*** (Jonsen, 2012).

V súčasnosti je vo väčšine transplantáčnych stredísk sveta zavedený pojem „***mozgová smrť***“. Mozgová smrť však musí byť diagnostikovaná lekármi, ktorí nemajú nič spoločné s procesom transplantácie. Väčšina zdravotníckych spoločností i veľkých náboženstiev dnes akceptuje „braindeath“ ako smrť jednotlivca (Norton, 1992). Islamské krajiny na Blízkom východe boli medzi prvými, ktorí tento koncept prijali na konferencii Rady o islamskej bezpečnosti, ktorá sa konala v Ammáne v Jordánsku v roku 1987 (Abouna, 2001; Abouna, 1984). ***V súčasnosti väčšina krajín sveta akceptuje koncept „mozgovej smrti“ ako smrť jednotlivca.***

Určenie momentu smrti vyžaduje technické predpoklady, ktoré sa môžu naplniť medicínskymi postupmi. Intenzívna terapia dovoľuje udržať krvný obeh a dýchanie aj po zániku všetkých mozgových funkcií. Pokiaľ je tento zánik trvalý, úplné a nenávratné vyhasnutie mozgových funkcií, označuje sa ako mozgová smrť a všeobecne sa stotožňuje so smrťou jedinca na zemi. Pritom však respirácia a systémová cirkulácia môže byť obehovo udržiavaná prostriedkami modernej resuscitácie. Rozhodnutie o mozgovej smrti spadá do medicínskej oblasti a medicínsko-právne kritériá sú potrebné pre diagnostiku tejto smrti a pre odber orgánov z tiel mŕtvych. Teda keď je spoľahlivo a pravdivo diagnostikovaná mozgová smrť jedinca, môžeme pristúpiť k výberu a k prenosu orgánu do nového organizmu. Tieto kritériá majú vylúčiť prístupy protiviace sa kresťanskej morálke pri získavaní orgánov z darcov.

Primárnym poslaním lekára je záchrana života pacienta - možného darcu. Ak to nie je možné, rozhodnutie o mozgovej smrti je vecou viacerých lekárov, bez účasti člena transplantáčného tímu a ošetrojúceho lekára možného príjemcu. Lekári, ktorí diagnostikujú mozgovú smrť, nesmú byť zainteresovaní na priebehu transplantácie. Základné kritériá mozgovej smrti možno rozdeliť do troch skupín:

1. klinické kritériá,
2. elektrofyzilogické kritériá,
3. dôkaz zastavenia mozgovej cirkulácie.

Dôkaz zastavenia mozgovej cirkulácie angiografickým vyšetrením všetkých štyroch artérií možno pokladať za bezpečný dôkaz mozgovej smrti⁴.

⁴ Indikácia a stav pacienta: Lekár je povinný zisťovať smrť v súlade so súčasnými poznatkami vedy. 1) splnené klinické kritériá mozgovej smrti: hlboké bezvedomie, úplná strata všetkých mozgových reflexov a strata reaktivity na vonkajšie a vnútorné podnety, ktoré sprostredkuje mozog, neprítomnosť spontánneho dýchania; 2)

V súčasnosti intenzívna terapia a umelá ventilácia pacienta umožňujú udržať krvný obeh darcu aj po zániku mozgových funkcií, čo je základným predpokladom pre odber funkčných orgánov pre transplantáciu účely.

8.2.4 Transplantácia tváre

Svetovým unikátom v oblasti transplantácií sú aktuálne transplantácie tváre. *Lekárom, ktorý navracia ľuďom tváre* je rodák z Ostravy, profesor chirurgie Harvardskej univerzity, celosvetovo známy priekopník kompozitných alogénnych transplantácií⁵ Bohdan Pomahač⁶. Tváre transplantuje pacientom, ktorí o tú svoju tvár prišli kvôli úrazu, popálenine alebo nádoru.

Tvár nie je „tkanivo“, nie je to ani „orgán“. Je to časť ľudského tela, ktorá robí človeka jedinečným, odlišným od iných.

Okrem „technických záležitostí“, akými sú *prišitie* cudzej tváre na prednú časť hlavy, ale najmä imunologická kompatibilita (ktorá sa týka akéhokoľvek druhu transplantácie), je tu ešte „iný“ – etický rozmer tohto zákroku.

- **Čo z etického pohľadu znamená mať tvár po inom človeku?**
- *Ako to sám pre seba psychicky prijíma príjemca tváre?*
- *Ako to prijímajú pozostalí po darcovi?*

vyšetrenie musí byť vykonané pri strednom arteriálnom tlaku najmenej 60 mmHg (= cca 8 kPa); 3) vyšetrenie vykonáva kvalifikovaný rádiológ. Kritéria diagnostiky mozgovej smrti sú splnené za nasledujúcich podmienok: 1) nezvratnosť mozgovej smrti musí byť potvrdená jedenkrát realizovanou mozgovou panangiografiou, kde sa potvrdí selektívne zastavenie cerebrálnej cirkulácie; 2) angiograficky je smrť mozgu potvrdená, pokiaľ sa kontrastnou látkou naplní aj najdistálnejší úsek arteria cerebri anterior a úsek arteria cerebri media. U arteria vertebralis sa môže najdistálnejšie kontrastne naplniť proximálny úsek arteria basilaris bez periférnej náplne arteria cerebelli inferior posterior a arteria cerebelli inferior anterior. U chorých so stratovým poranением kalvy, alebo po kraniotómii, môže byť prietok mozgom, alebo jeho časťou zachovaný, prienik kontrastnej látky do niektorej mozgovej tepny smrť mozgu nevyklučuje, ale u týchto chorých sa nedá angiograficky smrť mozgu potvrdiť; 3) môže dôjsť k oneskorenej náplni sinus sagitalis superior. Angiografický nález musí byť k dispozícii vo forme "hard copy" a archivovaný podľa platných predpisov. V prípade, že mozgová smrť nebola angiografiou potvrdená, neodporúča sa opakovať vyšetrenie skôr než za 12 hodín. Návrh angiografických kritérií mozgovej smrti bol prejednaný a schválený Výborom Slovenskej rádiologickej spoločnosti v Poprade dňa 22.11.2004.

⁵ *Alogénna transplantácia* - alogénne transplantáty zahŕňajú použitie buniek od darcu. Darca musí byť geneticky blízky. Často je to kompatibilný príbuzný, ale genetické zhody sa dajú nájsť aj v registri darcov. Úspech alogénneho transplantátu závisí od toho, ako tesne sa bunky darcu zhodujú s bunkami príjemcu.

⁶ Československý rodák sa narodil v roku 1971. V roku 1996 odišiel do USA, od roku 2004 vedie oddelenie plastickej, úrazovej a popáleninovej chirurgie v bostonskej nemocnici Brigham and Women's Hospital. V marci 2009 zrealizoval jeho tím čiastočnú transplantáciu tváre pacientovi, ktorý utrpel ťažký úraz pri páde do koľají pod napätím. Okrem iného transplantoval tvár vojakovi zranenému pri autonehode, či tvár žene, ktorú oslepil a znetvoril šimpanz jej kamarátky. Doteraz najmladším človekom, ktorému bola transplantovaná celá tvár, je Katie Stubblefield (v čase transplantácie mala 21 rokov). Transplantácia prebehla tri roky po tom, čo sa vo veku 18 rokov strelila do hlavy. Darkyňou tváre bola 31-ročná Adrea Schneider, ktorá zomrela po predávkovaní drogami.

- *Ako to prijíma okolie príjemcu?*
- *Keďže tvár je jedinečným poznávacím znakom, je eticky správne mať ju po inom človeku?*
- *Takýto zákrok neopísateľne zvýši kvalitu života príjemcu – je teda správne, že „etika“ (ak vôbec) ide do úzadia?*

Darca tváre⁷ je zároveň darcom aj iných orgánov, tie odoberá druhý transplantčný tím. Jeden mŕtvy človek sa tak stáva záchrancom života pre viacerých ďalších ľudí. Vďaka transplantovanej tvári sa príjemcovi môžu vrátiť viaceré funkcie, ktoré kompletná tvár človeka prináša. Samozrejme, ak niekto pri úraze, nádore, či popálenine prišiel o zrak, tento sa mu transplantáciou tváre nevráti. Na otázku novinára: „*Ako sa pacienti vyrovnávajú s tým, že niektorí kvôli úrazu svoju novú tvár nikdy neuvidia*“, profesor Pomahač odpovedal: „*Vy svoju tvár behom dňa väčšinou taktiež nevidíte. Dôležité je, že môžu dýchať nosom, hýbať perami, artikulovať alebo jesť a taktiež byť schopní (mimikou) vyjadriť emócie. Vyzerat' ako človek je tiež dôležitá funkcia tváre*“.

Prvým pacientom profesora Pomahača, ktorému kompletne transplantoval tvár, bol Dallas Wiens⁸. Táto prvá úplná transplantácia tváre prebehla 14. marca roku 2011. Tvár a zrak pacienta zničil elektrický prúd.

8.2.5 Použitie orgánov z potratených plodov a novorodencov neschopných života

Etika používania tkanív a orgánov z potratených plodov bola predmetom obrovskej diskusie. Fetálne tkanivá, ako sú pankreas, mozog, pečeň, týmus, kostná dreň a nadobličky, sa sporadicky využívali na transplantáciu napriek rozsiahlym obavám o zákonnosť a etickú primeranosť postupu. Známym je aj zber a predaj fetálneho tkaniva medzinárodnými korporáciami. Právne predpisy týkajúce sa použitia a likvidácie tkanív plodu v mnohých krajinách chýbajú. V mnohých západných spoločnostiach však existujú kódexy presných

⁷ Pred samotným odberom tváre je darcovi urobený odliatok tváre pre vyrobenie posmrtnej masky. Táto sa mu dáva pred jeho pochovaním; telo počas pohrebu nie je vystavené v otvorenej rakve.

⁸ Dallas Wiens (nar. 6.5.1985) bol spálený drôtom vysokého napätia 13. novembra 2008. Chirurgovia strávili 36 hodín počas dvoch dní prácou na záchrane života Wiensa. Stiahli spálenú kožu a zostala mu polovica brady a zlomok pokožky hlavy. Potom použili svalové chlopne z jeho chrbta, aby mu zakryli tvár a umožnili mu jesť a hovoriť. Wiens zostal natrvalo slepý a bez pier, nosa a obočia, rekonštrukcia ho nechala bez očí. V marci 2011 transplantčný tím pod vedením Bohdana Pomahača vykonal transplantáciu celej tváre v Brigham and Women's Hospital v Bostone. Trvalo to 15 hodín. Wiensovi sa nepodarilo obnoviť zrak (transplantované očné buľvy boli neskôr odstránené a nahradené sklenenými očami), ale bol schopný telefonovať a opäť získal čuch. Na otázku, prečo sa podujal na túto transplantáciu, Dallas odpovedal: „*pretože keď som prišiel do škôlky po moju dcérku, deti sa ma báli*“.

postupov. Použitie fetálneho tkaniva vrátane transplantácie zostáva do značnej miery pod dohľadom inštitucionálnych etických výborov.

Existuje aj *etická otázka o možnom použití orgánov anencefalických detí na transplantáciu*. Jeden aspekt etického spektra tvrdí, že vzhľadom na absenciu neokortexu ide o „neosobné osoby“ a „mozgovo mŕtve“, a preto by tieto deti mali byť k dispozícii na darovanie orgánov, ak si to želajú, resp. súhlasia s tým, rodičia (Medearis - Hommes, 1989). **Pretože je však funkcia mozgového kmeňa u týchto dojčiat prítomná, „celý mozog“ alebo „mozgový kmeň“ pre osvedčenie smrti mozgu vylučuje odstránenie orgánov, kým nedôjde k kardio-respiračnej smrti.** Preto je použitie orgánov od týchto novorodencov len zriedka možné.

Prvým takýmto prípadom použitia orgánu od anencefalického dieťaťa bol prípad *Baby Gabriel* – Gabriel Schouten, dcéry Karen a Freda Schoutenových, narodenej v roku 1987 s prenatálnou anencefalopatiou, ktorú previezli do Detskej nemocnice v Ontáriu. Napojili ju na dýchací prístroj a vyhlásili ju za mozgovo mŕtvu. Dieťa bolo potom prevezené do Loma Linda University Medical Center v Kalifornii, bolo mu odobraté srdce a transplantované novorodenému chlapcovi menom Paul Holc^{9,10}. Toto dieťa s fatálnou srdcovou vadou bolo porodené cisárskym rezom a hneď po ňom absolvovalo transplantáciu.¹¹

Tento prípad viedol k oveľa etickejšej diskusii a známy transplantčný chirurg v Loma Linda doktor Leonard Lee Bailey¹², ktorý túto transplantáciu zrealizoval, pozastavil všetky takéto transplantácie. Nasledovalo mnoho diskusií o tom, či by sa mali takíto *darovia použiť* (Medearis - Hommes, 1989). **Kritici zostávajú rozdelení v názore, či transplantácie eticky odôvodňujú zachovanie života novorodeného darcu.** Ale podľa Karen Schouten, matky dievčatka Gabriel, ktorá sa narodila s anencefaliou - „smrteľným ochorením mozgu“, **bolo rozhodnutie nechať svoju dcéru nažive len ako darcu správne.** „Akokoľvek nám chýbala, bola to úžasná vec,“ povedala pani Schouten, *"Gabriel pomohla, keď jej nebolo možné pomôcť"*¹³.

⁹ Paulovi Holcovi deväť týždňov pred narodením diagnostikovali syndróm hypoplastického ľavého srdca (novorodenci s takýmto defektom zvyčajne zomierajú v priebehu niekoľkých hodín alebo dní po narodení). V čase transplantácie bol na svete tri hodiny. Je to vôbec najmladší príjemca orgánu. Holc je tiež jediným človekom „kdekoľvek v zaznamenanej histórii“, ktorý úspešne dostal srdce od anencefalického dieťaťa, ktoré sa narodilo bez mozgu s výnimkou základného mozgového kmeňa a bolo isté, že do niekoľkých dní zomrie.

¹⁰ Príjemca srdca sa celým menom volá Paul Gabriel Bailey Holc – jeho stredné mená ctia detského darcu srdca a kardiochirurga Leonarda Lee Baileyho.

¹¹ V roku 1994 bol na základe tejto jedinečnej transplantácie natočený film *Heart of a Child*.

¹² V roku 1984 vykonal prvú úspešnú transplantáciu srdca u Stephanie Fae Beauclair, ktorá získala srdce paviána.

¹³ Pani Karen Schouten sa v apríli roku 2011 vyjadrila, že je pre ňu „ohromujúce“, že srdce veľkosti vlašského orecha, ktoré pred vyše 23 rokmi odobrali jej novonarodenej dcére, stále bije v mladom mužovi menom Paul Holc. Kontakt s ním po rokoch stratila.

8.2.6 Transplantácia orgánov od žijúcich darcov

Vzhľadom na rýchlo rastúci dopyt po orgánoch a prehlbujúcu sa priepasť medzi dopytom orgánov a ponukou orgánov sa mnohé inštitúcie uchýlili k využívaniu orgánov od dobrovoľných žijúcich darcov. Patria sem transplantácie obličiek, pečene a kostnej drene pre deti a dospelých s vrodenými a získanými chorobami a patologickou činnosťou kostnej drene; čiastočná transplantácia pankreasu na liečbu cukrovky; jednoduchá alebo dvojité transplantácia pľúc (od jedného alebo dvoch darcov) pri pľúcnej fibróze a transplantácia tenkého čreva u detí alebo dospelých s vrodenými alebo získanými chorobami.

Na Blízkom východe bol Kuvajtský transplantačný program prvým, ktorý začiatkom osemdesiatych rokov minulého storočia uskutočnil úspešné transplantácie kostnej drene u detí od ich rodinných príslušníkov. Transplantácia žijúceho darcu pankreasu, bola priekopníkom v Minnesote v 70. rokoch minulého storočia v USA. Kuvajt bol opäť prvým centrom na svete, mimo USA, ktoré uskutočnilo úspešnú transplantáciu pankreasu žijúceho darcu u diabetického pacienta, ktorý predtým dostal transplantáciu obličky od svojho brata. Ten istý brat sa prihlásil a dobrovoľne daroval časť svojho pankreasu tomu istému pacientovi – svojmu bratovi. Darca aj príjemca si užívali normálny život približne 3 roky, ale po vojne v Perzskom zálive v roku 1990 sa u príjemcu objavili komplikácie, ktoré sa nedali liečiť a funkcia jeho obličiek a pankreasu sa zhoršila.

Etické problémy všetkých týchto transplantácií sú podobné a keďže sa najčastejšie používajú transplantácie obličiek a pečene od živých darcov, je problematika okolo ich transplantácie podrobne skúmaná.

Sám doktor Murray, ktorý ako jeden z prvých na svete transplantoval obličku, sa zamyslel nad *etickým problémom odobratia orgánu zdravému človeku*. Tvrdil, že „*tak ako sú lekári motivovaní, aby sa chorí ľudia vyzdraveli, resp. mali sa dobre, riskujú pri transplantáciách od živých darcov zdravie zdravého človeka*“ (Murray, 1966).

Aké ďalšie etické problémy trápili, resp. stále trápia popredných transplantátorov / transplantológov pri transplantáciách orgánov od živých darcov?

- Najvýraznejší bol problém so svedomím doktora Murraya - *napadnutie zdravého tela s cieľom získať orgán pre iného*. Okrem toho sa vynorila otázka, ako sa mali získať obličky?
- *Bolo by možné od príbuzného žijúceho darcu získať súhlas bez nátlaku?*
- *Ak by išlo o nepríbuzného darcu (malo by to byť možné), malo by dôjsť k náhrade?*

- *A k akej náhrade?*
- *Ak je orgán od mŕtveho darcu, s akými klinickými dôkazmi smrti?*
- *Ako by mali byť príjemcovia spravodlivo vyberaní, aby sa transplantácia stala účinnejšou? Podľa veku? A kto by bol uprednostnený pri výbere – mladší alebo starší človek? Starší – lebo už vytvoril pre spoločnosť určité hodnoty? Mladší – lebo má život pred sebou?*
- *Ako by sa mal odobrať dostatočný počet orgánov na uspokojenie potreby, t. j. ďaleko väčšieho množstva čakaťov na orgány než je orgánov na transplantácie samotných?*

Uvedené problémy nastolili vedecké i odborné články a svetové vedecké konferencie a uznali, že sú eticky a právne problematické (Jonsen, 2012). Nezašli však ďaleko od toho, čo doktor Starzl nazval „stabilným rámcom, ktorý je etický, praktický a efektívne kontrolovaný“ (Starzl, 2012).

8.2.6.1 Zdôvodnenie transplantácie od žijúcich darcov

Živé darcovstvo, emocionálne (keď sú darca a príjemca vzájomne blízkymi ľuďmi) **alebo altruistické** (darovanie orgánov neznámym príjemcom) **je veľmi opodstatnené z humanistických dôvodov a je eticky a medicínsky prijateľné za predpokladu, že výber a „hodnotenie“ darcu, či už z lekárskeho alebo psychologického aspektu, sa vykonáva v súlade s prijatými protokolmi a že darca poskytne plne informovaný súhlas.**

Ak by sme chceli diskutovať o význame darovania orgánov od žijúcich darcov, treba povedať, že väčšina z nich prejavuje (oprávnene) zvýšený pocit hrdosti a spokojnosti a radosť z darovania života príbuznému, priateľovi alebo inej ľudskej bytosti. Ďalším odôvodnením je, že úspešnosť transplantácie od živých darcov je podstatne vyššia ako od mŕtvych darcov.

Výbor pre konsenzus Americkéj lekárskej asociácie zdôraznil, že pri transplantácii orgánov od živých darcov musí byť zrejmé, že výhody pre darcu i príjemcu prevažujú nad rizikami spojenými s darovaním a transplantáciou a že ***darovanie by malo byť z altruistických a humanitných dôvodov, a nie kvôli finančnej odmene.*** Niektorí etici však odporučili, aby bol darcovi kompenzovaný finančný výdaj spojený s darovaním a aby sa stanovili usmernenia podobné tým, ktoré sa používajú na krátkodobú práceneschopnosť - na úhradu ušlých miezd a podobne.

Eticky prijateľné pre darovanie orgánu od živého darcu je:

- a) keď dôjde k záchrane vážne chorého alebo umierajúceho pacienta,
- b) maximálne možné zlepšenie zdravotných výsledkov medzi potenciálnymi príjemcami,
- c) aby čas strávený na čakacej listine nebol príliš dlhý, čo by viedlo k možnému zhoršeniu, prípadne až k smrti, čakaťelov na transplantáciu.

Eticky chybnými postupmi sú:

- a) schopnosť príjemcu zaplatiť si orgán na transplantáciu,
- b) nevhodné lobovanie, napr. vplyvnou osobou v mene možného príjemcu,
- c) odchýlka od národne schválených protokolov a dohody o výbere príjemcu,
- d) nedeklarovaný konflikt záujmov pri výbere príjemcu, ako je napríklad **výber na podporu konkrétneho programu.**

Ďalšími diskutabilnými etickými problémami sú:

- a) maximalizácia výsledkov pre spoločnosť,
- b) uprednostňovanie tých, ktorí žili „preferovaným životným štýlom“,
- c) sociálne zásluhy a postavenie v spoločnosti (Starzl, 2012).

8.2.6.2 Darovanie obličiek maloletými a deťmi

V mnohých transplantačných centrách úspešne a bezpečne využili maloleté deti ako darcov obličiek a kostnej drene pre svojich rodinných príslušníkov. Aby boli mladiství, teda deti vo veku 16 - 18 rokov, prijatí ako darcovia orgánov, je nevyhnutné rozsiahle lekárske a psychologické vyšetrenie s plným a informovaným súhlasom a bez akéhokoľvek tlaku zo strany ostatných členov rodiny.

Vo vyhlásení o konsenze, ktoré zorganizovala Americká lekárska asociácia s účastníkmi z mnohých lekárskejších a transplantačných spoločností, bolo odporučené, aby **mladiství, ktorí chcú dať súhlas s darovaním, boli prijatí, ak sú splnené tieto kritériá:**

- 1) keď je veľmi pravdepodobné, že potenciálny darca a príjemca sú vysoko kompatibilní (ako v prípade identických dvojčiat),
- 2) keď je chirurgické riziko pre darcu extrémne nízke,

- 3) *keď sú všetky ostatné možnosti transplantácie vyčerpané, žiadny potenciálny dospelý ako živý darca nie je k dispozícii a včasná a/alebo účinná transplantácia od mŕtveho darcu je nepravdepodobná,*
- 4) *ak maloletý slobodne súhlasí s darovaním bez donútenia (ako to stanovil nezávislý obhajca darcu).*

Účastníci konferencie Americkej lekárskej asociácie sa jednomyselne zhodli v tom, že ***pokiaľ nie sú splnené všetky tieto kritériá, nebude eticky odporúčané, aby sa ako živý darca orgánov využilo dieťa / nepľnoletý človek*** (JAMA, 2000).

8.2.7 Riadený verzus anonymný dar

Už okolo roku 2000 prebehla ***diskusia, či by altruistické darovanie malo byť anonymné alebo by si darca mal (mohol) vybrať príjemcu, ktorému chce darovať orgán.*** K tomuto by bolo ***vhodné eticky zvažovať rozdeľovanie darovaných orgánov,*** kedy ich alokácia nespravodlivo znevýhodňovala niektorých potenciálnych príjemcov tým, že im umožní vyskočiť na prvé miesto v zozname čakateľov. Mnoho transplantačných chirurgov a etikov sa však domnieva, že ide o veľmi zvláštny druh „výhody“, keď „dobrý Samaritán“ daruje jeden zo svojich orgánov priateľovi, ktorý je na čakacej listine. Treba si pri tom uvedomiť aj určitú výhodu a to, že ***pomoc od darcu, ktorý orgán daruje pre konkrétneho človeka, zároveň pomáha nielen príjemcovi, ale vlastne aj ostatným možným budúcim príjemcom, ktorí sú na čakacej listine. Tí sa týmto pádom posunú vyššie na čakacej listine a budú mať väčšiu šancu získať orgán,*** napr. aj od kadaverov, pretože už niekto pred nimi orgán dostal.

Prieskum v University of Rochester v New Yorku realizovaný u 1 000 náhodne vybraných dospelých žijúcich v USA ukázal, že viac ako 90% respondentov sa domnieva, že darovanie obličky priateľmi je prijateľné a asi 80% má rovnaký názor na darovanie obličiek altruistickým spôsobom a taktiež anonymné darovanie cudzími ľuďmi (Spitall, 2000). Podobný prieskum bol uskutočnený Transplant Centres v USA a tento ukázal, že 93% centier by prijalo priateľa ako darcu obličky (priame darovanie) a 38% uviedlo, že by prijalo aj analtruistického (anonymného) darcu. Podobné zistenia boli hlásené z podobného prieskumu Landolta a kol. vo Vancouveri v Kanade (Landolt, 2001).

8.2.8 Predaj orgánov na transplantáciu

Pokrok v oblasti transplantácie orgánov priniesol rýchlo rastúci dopyt po tejto veľmi úspešnej novej terapii, ktorá vytvára stále väčšiu priepasť medzi dopytom orgánov a ponukou orgánov. Táto situácia viedla k rozkvetu medzinárodného obchodu s ľudskými orgánmi, najmä v rozvojových krajinách sveta, kde kadaverózne orgány nie sú ľahko dostupné a kde sú výrazné rozdiely v bohatstve. Ide napríklad o Blízky východ na jednej strane a Ďaleký východ na druhej strane. V dôsledku toho sa objavil žalostný typ lekárskej praxe, kde sa od chudobných kupujú ľudské obličky na transplantáciu pre bohatú klientelu s prudkým ziskom pre maklérov, súkromné nemocnice i lekárov.

Odhaduje sa, že od roku 1980 sa v Indii ročne predá viac ako 2 000 obličiek bohatým príjemcom z Blízkeho východu, Ďalekého východu a Európy a v súčasnosti sa odhaduje, že obličkám predaným v Indii, Iraku, Filipínach dostalo niekoľko tisíc pacientov z krajín Arabského zálivu. Nie je preto prekvapujúce, že tento spôsob obchodovania s ľudskými orgánmi, určenými na transplantácie, znepokojil lekársku profesiu, verejnosť a mnohé vlády a bol právom odsúdený všetkými veľkými náboženstvami, väčšinou transplantačných spoločností vrátane medzinárodnej, európskej, americkej a dokonca aj spoločnosti na Blízkom východe (Reedy, 1993).

Predaj orgánov má vážny negatívny vplyv na všetky aspekty a na všetkých, ktorí sa podieľajú na procese transplantácie, vrátane darcu, príjemcu, miestneho transplantačného programu, lekárskeho povolania, ako aj morálnych a etických hodnôt spoločnosti (Abouna, 1991).

Väčšina etikov sa domnieva, že ***predaj orgánov je urážkou nielen altruizmu, ale aj základnej ľudskej dôstojnosti, na rozdiel od utilitaristického prístupu k dôležitému problému transplantácie***, a to z nasledujúcich hlavných dôvodov:

- *predaj orgánov podporuje nátlak a vykorisťovanie chudobných,*
- *propaguje zľú kvalitu starostlivosti o darcu a najmä o príjemcu v dôsledku zlých štandardov výberu darcu a nedostatočného skríningu prenosných chorôb,*
- *je to prospešné pre bezohľadných podnikateľov, chamtivých lekárov, ktorí sa starajú o svoje ego a finančný zisk,*
- *je to tiež v rozpore s autonómiou pacienta,*
- *je to v rozpore s uznávanými morálnymi a etickými presvedčeniami väčšiny spoločností vrátane hlavných náboženstiev kresťanstva, judaizmu a islamu,*

- *znižuje súčasný prínos altruistického darovania od živých darcov a rodín kadaverózných darcov.*

Toto robí z ľudských orgánov „tovar“ za účelom zisku a predaja a tým pádom vyvoláva korupciu a netransparentný a nespravodlivý systém k prístupu a distribúcii orgánov. Takéto spôsoby predisponujú k zločinným tendenciám, v mnohých prípadoch až k zabíjaniu detí a žien a predaju ich orgánov. Z týchto a ďalších dôvodov bol predaj orgánov zakázaný vo všetkých západných spoločnostiach, vo všetkých hlavných náboženstvách a v mnohých krajinách sveta (Sheil, 1995).

Niektorí *zástancovia predaja orgánov tvrdia, že dobre riadený nákup orgánov má niekoľko veľkých výhod:*

- *viac dostupných orgánov môže skrátiť čakaciu dobu na orgány,*
- *znižit' počet úmrtí medzi pacientmi čakajúcimi na zozname,*
- *znižit' celkové náklady na liečbu pacientov s ochorením obličiek v konečnom štádiu,*
- *kvalitne riadený nákup orgánov bude oveľa produktívnejší než predaj orgánov predajcami, prinajmenšom v rozvojových krajinách, kde nie sú k dispozícii mŕtvoľy (Cameron - Hoffenberg, 1999; Radcliffe - Richards, 1998).*

Cameron a Hoffenberg (1999) odporučili, aby sa za orgány platilo prostredníctvom vnútroštátne zriadených sietí zdieľania orgánov, aby sa zaistila kvalita starostlivosti, ktorú dostávajú darcovia a aby sa podporila spravodlivosť distribúcie, ktorá bude zahŕňať etické a zdravotné problémy, ktoré existujú s predajom orgánov.

Nezákonné a neľudské získavanie orgánov na transplantáciu - dodnes sa hromadia dôkazy o hroznom vraždení a mrzačení v Číne. Správy od svedkov a čínskych lekárov odhaľujú, že tisícky ľudí boli zabitých kvôli ich orgánom, ktoré sú predávané a transplantované s obrovským ziskom v obchode s transplantovanými orgánmi. Obete sú predtým, ako im odoberú orgány, zadržované v koncentračných táboroch a následne sú ich telá okamžite spálené.

8.2.9 Využívanie popravených väzňov ako darcov

Viacerí etici sa vyjadrujú k praxi v niektorých krajinách – k využívaniu orgánov od popravených väzňov. Zatiaľ čo všetky západné krajiny dôrazne odsudzujú svojvoľné odoberanie orgánov popraveným väzňom, v Číne je to bežnou praxou. Orgány odoberajú a následne poskytujú rôznym inštitúciám na transplantáciu alebo sa dokonca predávajú do iných krajín (Cameron - Hoffenberg, 1999). *Aby niečo takéto bolo eticky prípustné, navrhuje*

sa umožniť väzňom v cele smrti darovať orgán príbuzným alebo priateľom. Dôrazne sa však odporúča, aby sa zaobchádzanie s väzňami riadilo pokynmi Všeobecnej deklarácie ľudských práv OSN. Všetky transplantačné spoločnosti v Európe a USA túto prax – odoberanie orgánov popravených väzňov - odsúdili a odporučili, aby sa od nej upustilo (Miller, 1999). Iným riešením by bolo, keby všetky spoločnosti akceptovali zásadu „predpokladaného súhlasu“ pre všetkých svojich členov po ich smrti.

Vysokopostavení činitelia v Číne tvrdili, že väzňov k ničomu nenútiť a orgány darujú dobrovoľne. Zároveň však pripustili, že na smrť odsúdení trestanci „nie sú vhodným zdrojom orgánov na transplantáciu“. Čína už v roku 2007 zakázala odoberanie orgánov väzňom, pokiaľ príjemcovia nepatria do ich rodiny, toto nariadenie sa však zjavne nedodržiavalo. V roku 2009 v Číne spustili nový transplantačný program, ktorý má znížiť závislosť na orgánoch popravených odsúdencov. Tento systém darcovstva orgánov priamo spojí možných darcov s príjemcami a zahŕňa aj zverejnenie zoznamu čakateľov na transplantáciu. Dodnes však tento „problém“ v Číne nie je odstránený.

V roku 2013 sa istý americký väzeň zo štátu Ohio chcel stať darcom orgánov. Táto požiadavka na smrť odsúdeného vraha dieťaťa, ktorý chcel darovať svoje orgány, vyvolala v Spojených štátoch problematiku morálne i medicínske otázky. Väzeň chcel pred smrťou darovať obličku príbuznému. Posmrtné darovanie orgánov väzňov je však vylúčené. Niektorí lekárske experti varovali, že po chemickej poprave môžu byť orgány nepoužiteľné. Tiež im veľmi prekáža perspektíva, že väzni odsúdení na smrť budú chcieť darovať orgány - dokonca aj v tom prípade, ak by pacienti zo zoznamu čakateľov zomreli. Odborníci sa tiež obávajú, že takéto praktiky by mohli viesť k tomu, že sudcovia by pravdepodobne častejšie vynášali rozsudky smrti. Problémy vyvoláva aj predstava, že väzňov by používali na "náhradné diely". Viacerí odborníci v oblasti etiky tvrdia, že darovanie orgánov od odsúdených na smrť, je nezlučiteľné s cieľmi, ktoré sa dosahujú trestom.

8.2.10 Použitie kmeňových buniek a klonovanie pre transplantácie

K vývoju v oblasti transplantácie za posledné dve desaťročia patrí používanie kmeňových buniek z kostnej drene, pupočníkovej krvi a tkaniva z plodu i dospelých vrátane

somatických a nervových buniek. Tieto bunky majú veľký potenciál diferenciácie¹⁴ a proliferácie¹⁵ do iných typov telesných buniek vrátane neuronálnych, hepatálnych, hemopoetických a svalových a pomáhajú tak mnohým pacientom so zlyhaním orgánu po transplantácii (Zamir, 2001). Je preukázané, že kmeňové bunky indukujú imunologickú toleranciu a chimérizmus¹⁶, keď sú transplantované príjemcom životne dôležitých orgánových štepov a dochádza k zabráneniu odmietnutia transplantovaného orgánu, ako je kostná dreň, obličky, srdce, pečeň (Fandrich, 2002).

Identifikovalo sa mnoho tried týchto kmeňových buniek získavaných z fetálneho aj dospelého tkaniva, ktoré sa kultivujú a skladujú v mnohých výskumných laboratóriách v USA a Európe. Napriek tomu, že používanie týchto buniek má v budúcnosti potenciál v liečbe mnohých pacientov s rôznymi ochoreniami, okrem zlyhania životne dôležitých orgánov, vrátane cukrovky, Parkinsonovej choroby, roztrúsenej sklerózy, systémového lupus erythematosus, Alzheimerovej choroby atď. ***V mnohých krajinách existuje značná morálna a etická diskusia o použití kmeňových buniek odobratých z embryí v porovnaní s bunkami odobratými dospelým jedincom*** (Zamir, 2001).

Ukázalo sa, že kmeňové bunky je možné získať z pupočníkovej krvi dospelých a z kadaverózných darcov, ktorí boli heparinizovaní po diagnostikovaní mozgovej smrti. Bunky odobraté z periférnej krvi mŕtveho pri použití po vhodnom kondicionovanom režime vyvolávajú imunologickú toleranciu u vysoko senzibilizovaného pacienta, ktorý nebol schopný dostať úspešnú transplantáciu pri kosáčikovitej chorobe (anémii). Transplantované kmeňové bunky mali za následok imunitnú rekonštrukciu recipientných lymfocytov a eliminovali zdroj protilátky, ktorý jej znemožnil transplantáciu. Biológia kmeňových buniek má obrovský potenciál, a to ako pri transplantácii, tak pri vývoji umelých orgánov, pretože môžu nahradiť funkciu zlyhávajúcich orgánov a tkanív a tiež vytvárať imunologickú toleranciu a chimérizmus, aby sa pri súčasnom použití imunosupresívnych liekov, ktoré často spôsobujú orgánovú toxicitu a život ohrozujú, minimalizovala možnosť ohrozujúcich infekcií.

Značná diskusia však stále pokračuje o etických základoch týkajúcich sa použitia kmeňových buniek z fetálneho tkaniva na biomedicínsky výskum a transplantáciu. Historicky v päťdesiatych rokoch minulého storočia bolo niektoré fetálne tkanivo účinne použité pri vývoji

¹⁴ Bunková diferenciácia je vo vývinovej biológii proces, pri ktorom sa z menej špecializovaných buniek stávajú viac špecializované bunky. Diferenciácia prebieha počas vývinu mnohobunkového organizmu, kedy sa jednoduchá zygota mení na komplexný systém tkanív, pletív a bunkových typov.

¹⁵ Proliferácia buniek je proces zvyšovania počtu buniek.

¹⁶ Chimérizmus je jav, pri ktorom sa v rozličných bunkách určitého jedinca vyskytuje niekoľko taxonomicky blízkych genotypov (druhu, prípadne rodu). V takom prípade má jeden organizmus (rastlinný alebo živočíšny) bunky s rozličným DNA.

vakcíny proti detskej obrne a očkovacej látke proti ružienke, zatiaľ čo v šesťdesiatych rokoch boli bunky plodového týmusu úspešne transplantované pacientom s DiGeorgeovým syndrómom¹⁷. Centrum pre biomedicínsku etiku na univerzite v Minnesote oznámilo, že 1 000 pacientov dostalo transplantované bunky tkaniva plodu na celom svete (Fandrich, 2002).

V Spojených štátoch Amerických sú však **otázky o používaní tkanivových buniek plodu**, nastolené od 70. rokov dvadsiateho storočia, keď sa usúdilo, že **použitie týchto buniek bolo „napadnutím a zmrzačením“ nezrelého človeka**. V USA a ďalších krajinách boli potom zriadené rôzne komisie na skúmanie etickej otázky použitia buniek fetálneho tkaniva na transplantáciu a výskum. Väčšina týchto komisií dospela k záveru, že niektoré typy výskumu používania niektorých fetálnych buniek a tkanív sú etické za predpokladu, že boli zavedené určité záruky. Napríklad v USA *Národná komisia pre ochranu ľudských subjektov*, ktorá bola založená na ministerstve zdravotníctva v 70. rokoch 20. storočia, dospela k záveru, že **„živé plody in utero alebo ex utero“ sa na výskum nesmú používať, pokiaľ nie sú určené na prospech tomuto plodu alebo jeho matke a aj to len v prípade, že výskum nepredstavuje pre plod žiadne ďalšie riziko**. Komisia tiež odporučila, aby bol zriadený inštitucionálny výbor pre preskúmanie akéhokoľvek navrhovaného výskumu. V roku 1988 americký kongres zmenil a doplnil zákon o národných orgánových transplantáciách tak, aby zahŕňal orgány a tkanivá plodu, a stanovili zoznam častí tela a tkanív, ktoré nemožno kúpiť alebo predáť. V roku 1988 Národný zdravotnícky ústav (NIH) zvolal skupinu expertov, etikov, právnikov, teológov, lekárov a biomedicínskeho výskumného pracovníka o využití fetálneho tkaniva z potratených plodov. Komisia odporučila, aby „výskum transplantácie fetálneho tkaniva bol prijateľný za predpokladu, že medzi darcom a príjemcom bude anonymita. V roku 1992 prezident Spojených štátov vydal výkonné nariadenie, že banky tkanív môžu zbierať a distribuovať tkanivo plodu, ktoré je výsledkom iba spontánnych potratov a mimomaternicových tehotenstiev (Coutts, 1993).

Mnoho odporcov výskumu tkanív plodu tvrdilo, že používanie tkaniva plodu z elektívneho potratu predstavuje spôsob legalizácie potratov a následne povzbudí inštitúcie k zvýšeniu počtu potratov. V dôsledku týchto veľkých obáv súčasné predpisy v USA nepovoľujú použitie kmeňových buniek z potratených plodov alebo z embryí vytvorených oplodnením in vitro.

¹⁷ DiGeorgeov syndróm je spôsobený deléciou (vymazaním) génu na dlhom ramienku 22. chromozómu.

8.2.11 Použitie zvieracích orgánov a xenotransplantácie

Ako už bolo spomenuté, vysoká úspešnosť transplantácií orgánov a vysoký výskyt zlyhania orgánov spôsobili zvýšený dopyt po orgánoch na transplantáciu. Výsledkom je, že sa zoznam čakateľov stále zvyšuje, mnoho pacientov čaká na transplantáciu a počas tejto *čakacej doby* sa zvyšujú náklady na liečbu.

Xenotransplantácia, transplantácia orgánov zo zvierat, reálne ponúka potenciálne riešenie tohto závažného celosvetového problému. Za posledné desaťročia došlo k zvýšenému pokroku v identifikácii a kontrole imunologickej bariéry voči xenotransplantácii. Medzi významné vedecké a technologické pokroky patrí identifikácia a odstránenie vopred vytvorených protilátok, ktoré majú všetci ľudia proti zvieratám, pokroky v genetickom inžinierstve a transgénej technológii. Transgéna technológia dokáže nahradiť živočíšne tkanivo, ktoré aktivuje ľudský komplement.

Zvieratá môžu byť použité na záchranu mnohých ľudských pacientov jedným z troch spôsobov:

- a) *použitie tkanív*: neuroendokrinné bunky, najmä z ošípaných, sa v niekoľkých štúdiách ukázali ako celkom sľubné v liečbe Parkinsonovej choroby. Prebiehajú tiež klinické štúdie s použitím Langerhansových ostrovčiek pankreasu ošípaných na liečbu pacientov s diabetom závislým od inzulínu. Inzulín ošípaných a ľudský inzulín majú podobnú štruktúru a teda inzulín ošípaných sa skutočne používa mnoho rokov na liečbu diabetikov (Eradini, 2002);
- b) *použitie zvieracích orgánov (napr. pečene) na mimotelovú liečbu a podporu pacientov s vitálnym zlyháváním*. V roku 1970 bola prvý krát použitá mimotelová perfúzia pečene pomocou pavianskych a prasačích pečeni v špeciálne navrhnutom zariadení, ktoré bolo napojené na krvný obeh pacienta v hlbokjej hepatálnej kóme počas 12 až 24 hodín. Ukázalo sa, že tieto zvieracie pečene plnili všetky funkcie pacientovej zlyhávajúcej pečene tým, že odstránili nahromadené toxické zlúčeniny a syntetizovali nevyhnutné produkty (Abouna, 2001). Iní transplantológovia použili podobný prístroj s použitím pečene z transgénnych ošípaných, aby udržali pacientov nažive, pokiaľ sa títo pacienti nedostanú na transplantáciu pečene (Levy, 2000);
- c) *transplantácia celého orgánu*: u ľudí bolo realizovaných niekoľko pokusov o transplantáciu orgánov z iných primátov. Prvou bola transplantácia obličky spoločnosťou Reemetsma v šesťdesiatych rokoch minulého storočia a transplantácia pečene spoločnosťou Starzl v sedemdesiatych rokoch minulého storočia. V roku 1992 bola

pacientovi so zlyhaním pečene a HIV transplantovaná s použitím modernej imunosupresie pečeň od paviána. Pacient prežil 70 dní. V roku 1983 uskutočnil doktor Bailey prvú transplantáciu srdca, tiež z paviána, novorodencovi so srdcovým zlyhaním. *Baby Fae*¹⁸ prežila po transplantácii 21 dní (zomrela vo veku 32 dní).

Používanie zvieracích orgánov vyvoláva dôležité morálne, zdravotné, etické a sociálne otázky:

1. *typ použitých živočíšnych druhov* - väčšina spoločností a organizácií na ochranu zvierat neumožňuje transplantáciu orgánov od primátov. Používanie orgánov z domácich zvierat, ako sú ošípané, ovce a teľatá, však nenamieta;
2. *prenos infekcie* - je veľmi dôležité, aby boli zvieratá chované v špeciálnom prostredí a testované na infekčné ochorenia. Aj keď existuje určitá obava, že retrovírusová infekcia sa môže prenášať z ošípaných na človeka, niekoľko štúdií zistilo, že neexistuje dôkaz o prasacej DNA ani o retrovírusovej infekcii u pacientov, ktorí podstúpili krátkodobú transplantáciu obličiek či pečene ošípaných a transplantáciu buniek Langerhansových ostrovčekov alebo endotelových buniek;
3. *akékoľvek experimenty alebo pokusy s použitím orgánov zvierat na transplantáciu musia byť preskúmané a kontrolované etickým výborom inštitúcie.*

Očakáva sa, že používanie orgánov zo zvierat, ako sú ošípané, pomôže mnohým tisícom pacientov, ktorí sú na čakacích listinách na transplantáciu. Medzi pacientov, ktorí môžu mať prospech z xenotransplantácie, patria aj tí pacienti, ktorým sú odmietnuté transplantáty ľudských orgánov, pretože nespĺňajú alokačné kritériá pre ľudské orgány.

Pred xenotransplantáciou je informovaný súhlas veľmi dôležitý z hľadiska zdravotných a psychologických aspektov života so zvieracím orgánom. Prirodzene, predtým, ako sa uskutočnia klinické skúšky s xenotransplantáciou, je dôležité, aby vedecká, lekárska obec, široká verejnosť a spoločnosť starostlivo zvážili tieto potenciálne dôležité novšie metódy, ktoré môžu zachrániť život tisícom pacientov.

¹⁸ Stephanie Fae Beauclair, známejšia ako Baby Fae, bola americké dieťa (14.10.1984 - 15.11.1984) s hypoplastickým syndrómom ľavého srdca. Stala sa prvým novorodencom podrobeným xenotransplantácii a prvou úspešnou transplantáciou srdca dieťaťa, ktorá získala srdce paviána. Transplantácia, ktorú vykonal Leonard Lee Bailey v Loma Linda University Medical Center, bola úspešná, ale Fae zomrela o 21 dní neskôr na zlyhanie srdca v dôsledku odmietnutia transplantátu. Predpokladá sa, že odmietnutie bolo spôsobené prevažne humorálnou odpoveďou proti štepu, pretože krvou typu 0 Fae vytvorila protilátky proti xenoštepu typu AB. Srdce paviána sa použilo preto, lebo nebol čas na nájdenie vhodného ľudského srdca.

8.2.12 „Priateľné“ finančné stimuly pre darovanie orgánov

Súčasný stav rýchlo rastúceho dopytu po organických transplantáciách a vysoká úmrtnosť pacientov čakajúcich na orgán prinútili mnohé transplantačné profesie, etikov a vládne organizácie, aby prehodnotili množstvo alternatív, ktoré môžu byť morálne a eticky prijateľné a ktoré budú podporovať darovanie orgánov a umožnia tak zachrániť život mnohých pacientov. Odporúča sa, aby rodiny umierajúcich pacientov, ktorí darujú svoje orgány na transplantáciu, dostali od štátu *primeranú* náhradu, ktorá pokryje náklady na pohreb, náklady na cestu a taktiež poskytne určité *finančné odškodnenie* pre rodinu. O týchto záležitostiach sa dlhodobo diskutovalo v Spojených štátoch Amerických. Základná etická otázka v týchto prípadoch je: „čo je „*primerané odškodnenie*“ za orgány zomierajúceho? Ako a podľa čoho sa dá vypočítať?“

Organizácia pre obstarávanie orgánov vo väčšine regiónov v USA a tiež United Network for Organ Sharing a členmi Organizácie zdravotníctva a sociálnych služieb (HHS) a mnohými členmi Kongresu navrhli sumu 3 000,00 dolárov. Napriek tomu, že takáto kompenzácia bola schválená štátom Pensylvánia v roku 1994, nemohla byť implementovaná, pretože americké ministerstvo zdravotníctva to neschválilo (Weinstock, 2002). Americká spoločnosť transplantčných chirurgov už schválila vyššie platby a Rada americkej lekárskej asociácie pre etiku a súdne záležitosti sa bude s touto otázkou stretávať a rozhodne o primeranej náhrade. Všeobecne sa má za to, že takáto kompenzácia pomôže rodine darcu uhradiť náklady na pohreb milovanej osoby a môže povzbudiť k zvýšeniu darcovstva orgánov, ktoré pomôže mnohým pacientom, čakajúcim na transplantáciu orgánov.

V súčasnosti v USA platí, že žijúci darca môže byť odškodnený maximálne do výšky 300 dolárov na pokrytie nákladov na cestu a ďalšie životné náklady, čo sa týmto spôsobom realizuje vo všetkých štátoch USA. Niekoľko organizácií vrátane *Spojenej siete pre zdieľanie orgánov* a federálnej vlády sa tiež dohodlo, že ich zamestnanci, ktorí chcú darovať orgán, to môžu urobiť bez akýchkoľvek finančných strát. Títo zamestnanci môžu teraz získať až 30 dní platenej dovolenky pri darovaní „väčšieho“ orgánu a až 7 dní pri darovaní kostnej drene.

V USA je vytvorených niekoľko ďalších návrhov na pomoc k darovaniu orgánov od živých darcov:

- a) *federálna vláda by mala poskytnúť doživotné oslobodenie od dane pre každého amerického občana, ktorý by bol ochotný darovať orgán,*
- b) *pre darcu orgánu by sa mala ponúkať a vyplácať nejaká forma životného poistenia,*
- c) *akíkoľvek cudzinci, ktorí dobrovoľne darujú orgán, by mali dostať americké občianstvo.*

Očakáva sa, že tieto návrhy budú prijaté Kongresom USA, pretože ich účinok nielenže zachráni mnoho životov, ale tiež ušetrí vláde obrovské finančné prostriedky v dôsledku doplnenia veľmi drahej potreby dialýzy (Amerling, 2001).

Záver

Dodávka orgánov zostáva najtrvalejším problémom v oblasti transplantácie orgánov. Aj v rámci explicitných kritérií tohto systému identifikácie transplantovateľných orgánov a spravodlivej distribúcie príjemcom na základe lekárskeho potreby je nevyhnutné vyhodnotiť vhodnosť každého pacienta. Pretože toto hodnotenie zahŕňa schopnosť dodržiavať transplantačný režim.

Tento akt tiež podporil systémy na podporu darovstva, ako sú identifikačné karty darcov a v rozvinutých krajinách aj rozsiahla reklama. *Dodávka orgánov* je však stále veľmi nedostatočná. Súčasne vznikajú nové skutočnosti, ako napríklad „orgánová turistika“, v rámci ktorej pacienti cestujú do krajín, kde sú orgány z rôznych dôvodov dostupnejšie.

Vývoj etiky transplantácie orgánov ukazuje, že tento mimoriadny krok v histórii medicíny má zvláštnu vlastnosť: na rozdiel od iných medicínskych pokrokov tento nevyhnutne zahŕňa nielen lekára, zdravotnícky tím a pacienta, ale aj inú stranu - darcu a samotný orgán. Orgán je vzácny zdroj, ktorý, ak nie je efektívne využitý, stratí ho iný potenciálny príjemca. Práve táto komplexná sieť pacientov, darcov a orgánov robí transplantáciu jedinečnou.

"Prejav lásky, ktorý je vyjadrený v darovaní vlastných životných orgánov, je skutočným svedectvom o súcite, ktorý sa dokáže pozeráť za hranice života, aby mohol vždy zvíťaziť život. Príjemca orgánov by si mal byť vedomý hodnoty tohto gesta, ktoré je mu adresované, hodnotu daru, ktorý presahuje len terapeutický rozmer. Dostáva totiž svedectvo lásky a odpoveďou naň by mala byť porovnateľná štedrosť, vďaka ktorej môže vzrastať kultúra daru a vd'ačnosti".

Pápež Benedikt XVI.

Pracovný list

1. Naštudujte si, aké podmienky je potrebné splniť, aby došlo k legálnemu potvrdeniu smrti u pacienta pred darovaním jeho orgánov.
2. Aký je Váš názor na finančné „odškodnenie“ pozostalých po nebohom, ktorý by na sklonku svojho života daroval svoje orgány pre účely transplantácie?
3. V čom vidíte najväčší etický problém pri transplantácii tváre?
4. Vyjadrite svoj názor pre a proti transplantáciám u detí (darca i príjemca je dieťa).
5. V ktorých typoch transplantácií vidíte najväčšie etické dilemy – od žijúcich darcov, od mŕtvych darcov alebo od zvieracích „darcov“?

Zoznam literárnych zdrojov

1. ABOUNA GM: Recent Pronouncements by Two Major Religions on Organ Transplantation: Current Status of Clinical Organ Transplantation. The Hague, Nijhoff, 1984, pp XI–XII. [online] [cit. 10-11-21] Dostupné z: <https://www.intechopen.com/chapters/50030>
2. ABOUNA GM: Moral, ethical and medical values sacrificed by commercialization in human organs; in Abouna GM, Kumar AG (eds): Organ Transplantation. Norwell, Kluwer, 1991, pp 543–545. [online] [cit. 18-11-21] Dostupné z: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-011-3386-9_76
3. ABOUNA GM: The humanitarian aspects of organ transplantation. *Transpl. Int.* 2001;14:117–123. [online] [cit. 08-11-21] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11370166/>
4. AMERLING R: A market for living organs revisited. *Transplant News Issues* 2001;2:S16–S17. [online] [cit. 08-11-21] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19880548/>
5. CAMERON JS, HOFFENBERG R: Ethics of organ transplantation reconsidered: Paid organ donation and the use of executed prisoners as donors. *Kidney Int* 1999;55:724–732 [online] [cit. 07-10-21] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9987097/>
6. COHEN B, D'AMARO J: Some contemporary ethical consideration related to organ transplantation. *Transpl. Int.* 1995;8:238–243. [online] [cit. 28-04-22] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7626187/>
7. Consensus Statement on the Live Organ Donors. *JAMA* 2000;284:2919–2926. [online] [cit. 08-11-18] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11187711/>

8. COUTTS MS: Fetal Tissue Research. Scope Note 21, Kennedy Institute of Ethics, March 1993.
9. ERADINI S: Stem cells for all seasons? Experimental and clinical issues. *JR Soc Med* 2002; 95:5–8. [online] [cit. 27-07-22] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11773343/>
10. FANDRICH F: Preimplantation stage stem cells induce allogeneic graft acceptance with host conditioning. *Nat Med* 2002;8:171. [online] [cit. 08-01-21] Dostupné z: <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/48203939/>
11. GOW PJ, PILLAT D, MULTIMER D: Solid organ transplantation in patients with HIV infection. *Transplantation* 2001;72:177–181. [online] [cit. 08-08-21] Dostupné z: https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1004&context=bioethics_papers
12. HAŠKOVCOVÁ, H. 2015. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2015. 225 s. ISBN 978-80-7492-204-6
13. JARVIS R: Join the club: A modest proposal to increase availability of donor organs. *J. Med. Ethics* 1995;21:199–204. [online] [cit. 08-11-21] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1376712/>
14. JONSEN AR. *The Birth of Bioethics*. New York: Oxford University Press; 1998: chapter 7.
15. JONSEN AR. The Ethics of Organ Transplantation: A Brief History. *American Medical Association Journal of Ethics*, March 2012, Volume 14, Number 3: 264-268. [online] [cit. 08-10-21] Dostupné z: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/ethics-organ-transplantation-brief-history/2012-03>
16. LANDOLT MA, HENDERSON SJ, BARRABLE WM, GREENWOOD SD, MCDONALD MF, SOOS JG, LANDSBERG DN: Living anonymous kidney donation: What does the public think? *Transplantation* 2001;71:1690–1696. [online] [cit. 08-11-21] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11435986/>
17. LEVY M, et al: Liver transplant after extracorporeal hepatic support with transgenic porcine liver. *Transplantation* 2000;69:272. [online] [cit. 28-07-22] Dostupné z: <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/42837937/>
18. MEDEARIS DN JR, HOMMES LB: On the use of anencephalic infants as organ donors. *N Engl J Med* 1989;321:391–393. [online] [cit. 08-11-21] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2722973/>
19. MILLER DB: Ethics of paid organ donation and the use of executed prisoners as donors. *Kidney Int* 1999;55:733–737. [online] [cit. 07-01-22] Dostupné z:

<https://pdf.sciencedirectassets.com/313527/1-s2.0-S0085253899X52008/1-s2.0-S0085253815460181/main.pdf>

20. MURRAY J. Letters. In: Wolstenholme GEW, O'Connor M, eds. *Law and Ethics of Transplantation*. London: JA Churchill, Ltd.; 1966: 59.
21. NORTON DL: Clinical application of brain death protocol. *J Neurosci Nurs* 1992; 24:354–358. [online] [cit. 08-11-21] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1289435/>
22. RADCLIFFE-RICHARDS J, DAAR AS, GUTTMANN RD, HOFFENBERG R, KENNEDY I, LOCK M, SELLS RA, TILNEY N: The case for allowing kidney sales. *Lancet* 1998;351:1950–1952. [online] [cit. 08-11-21] Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(97\)08211-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(97)08211-1/fulltext)
23. REEDY KC: Should paid organ donation be banned in India: To buy or let die. *Natl Med J India* 1993;6:137–139. [online] [cit. 08-03-22] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8305006/>
24. SHEIL R: Policy statement from the ethics committee from the Transplantation Society. *Transplant Soc Bull* 1995;3:3. [online] [cit. 08-11-21] Dostupné z: <https://tts.org/10-tts/about/715-tts-membership-statement>
25. SPITALL A: Evolution of attitudes at US transplant centers toward kidney donation by friends and altruistic strangers. *Transplantation* 2000;69:1728–1731. [online] [cit. 08-01-22] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10836390/>
26. STARZL TE. Ethical problems in organ transplantation: a clinician's point of view. *Ann Intern Med*. 1967; 67 (Suppl 7): 32-36. Accessed February 22, 2012. [online] [cit. 05-10-21] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3005263/>.
27. The Definition of Irreversible Coma: Report of ad hoc Committee of Harvard Medical School of Definition of Brain Death. *JAMA* 1968;205:337.
28. United Network for Organ Sharing (UNOS): Policy of Organ Distribution. June 2001. [online] [cit. 20-10-21] Dostupné z: <https://unos.org>
29. WEINSTOCK JL, Vice President, *Gift of Life Donor Program*, Philadelphia, 2002 (personal communication). [online] [cit. 08-12-21] Dostupné z: <https://www.donors1.org/about-gift-of-life/overview/executive-leadership/>
30. ZAMIR G: Gene therapy and graft mortification. *Curr Opin Organ Transplant* 2001;6:343. [online] [cit. 08-12-21] Dostupné z: https://journals.lww.com/co-transplantation/Abstract/2001/12000/Gene_therapy_and_graft_modification.13.aspx

9 Vybrané etické problémy intenzívnej a urgentnej starostlivosti

Jana Boroňová

Morálna tieseň (termín použitý v zahraničnej literatúre po prvý krát v roku 1984) je definovaná ako *utrpenie, ktoré sestry zažívajú, keď im okolnosti prostredia alebo podmienky dané pracovným prostredím neumožnia jednat' tak, ako cítia, že je eticky správne.*

Ošetrovateľstvo prešlo na konci 20. storočia obrovským vývojom. Príprava na povolanie sestry sa posunula na vysokoškolskú úroveň. Sestry majú väčšie kompetencie i zodpovednosť, ale stále je lekár tým, kto rozhodne nielen o spôsobe terapie, ale v podstate aj o otázkach života a smrti. Sestry popri „klasických dilemách“, ako je napríklad. Podieľanie sa na nenasadení či vysadení život udržujúcej liečby, umelé ukončenie tehotenstva, autonómia a ďalšie, riešia iné etické problémy, než lekári. Sestry častejšie riešia problémy vychádzajúce z rozporu medzi tým, čo sa od nich očakáva (bude vždy konať dobro a obhajovať práva pacientov) a čo im v skutočnosti umožnia podmienky, ktoré sú dané spoločenskými zvyklosťami, zamestnávateľom, ošetrovateľom, či materiálnym a personálnym zabezpečením zdravotnej starostlivosti či platnými štandardami ošetrovateľskej starostlivosti.

Sestry často vedia, ako by sa malo v mnohých prípadoch postupovať eticky, ale sú konfrontované so skutočnosťou, ktorá sa od ideálu diametrálne odlišuje. Môžu vnímať správanie lekára či inej sestry ako nemorálne, ale často nevedia, ako v takomto prípade postupovať, aby tým neohrozili nielen záujem pacienta, ale taktiež svoju pozíciu. Rovnako tak sú sestry konfrontované s etickými problémami, ktoré vyplývajú z ich zodpovednosti za prácu celého ošetrovateľského tímu.

Sestry pracujúce v intenzívnej starostlivosti často krát prežívajú morálnu tieseň. Najčastejšími príčinami sú prípady život predlžujúcej liečby pacientov s výrazne neistou prognózou. Morálna tieseň predstavuje veľmi závažný problém na pracovisku a zaslúži si pozornosť.

9.1 Ideálna versus dostupná starostlivosť v intenzívnej starostlivosti

Pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti sa niekedy kladie otázka o jej poskytovaní na úrovni tzv. *ideálnej* alebo tzv. *dostupnej* starostlivosti. **Ideálna starostlivosť je termín**

označujúci také postupy, ktoré sú v súlade s najnovšími poznatkami medicíny či ošetrovatel'stva, zdravotníckej techniky i pomôcok a prípadne je dostupná a poskytovaná vo veľmi obmedzenej miere na niektorých špičkových pracoviskách. Dostupná starostlivosť je termín rezervovaný pre stav praktickej praxe, ktorá samozrejme rešpektuje postupy *lege artis*, ale ktorá rôznou mierou za ideálnou starostlivosťou zaostáva. Je na úrovni danej konkrétnymi možnosťami zdravotníckeho zariadenia.

Veda bola, je a bude vždy o kúsok vpredu pred praxou. Čím väčšia je priepasť medzi ideálnou a dostupnou starostlivosťou, tým horšie pre chorých, ktorí trpia bolesťou a zomierajú v čase, kedy prostriedky proti ich bolesti a spôsoby ich záchrany sú známe.

V neľahkej situácii sa však nachádzajú zdravotníci priamo v praxi, ktorí rozpor medzi ideálnou a dostupnou medicínou ťažko znášajú – pretože pri takomto stave záleží spravidla na ich rozhodnutí, komu bude forma ideálnej starostlivosti poskytnutá a komu nie. Sú to oni, kto definitívnu platnosťou rozhoduje o tom, komu sa dostane čo najlepšej starostlivosti s využitím všetkých možných pomôcok a komu bude toto „privilégium“ odopreté¹⁹. Tiaž zodpovednosti lekárov a sestier je vysoká; len nezasvätený sa môže domnievať, že riešenie možno nájsť, a to formulovaním a následným používaním istých ošetrovatel'ských i etických kritérií.

Samozrejme – stanovenie pravidiel nepochybne vždy znižuje napätie, ktoré prežíva lekár či sestra pri rozhodovaní. Niet preto divu, že sa v ostatných desaťročiach mnohí erudovaní profesionáli pokúšali a pokúšajú o vypracovanie kritérií „*komu áno – komu nie*“. Najrôznejšie systémy tohto druhu bývajú označované ako *matematika milosrdenstva*.

Podstatné je, že akýkoľvek systém matematiky milosrdenstva je vhodné i nutné používať len v prípadoch vrcholnej tiesne. Nemožno predpokladať, že by matematika milosrdenstva mohla trvale riešiť rozpor medzi ideálnou a dostupnou starostlivosťou. To preto, že *v úvodnej rozvahe prišlo k zámene problémov ekonomických za etické. Pseudoetický problém potom nutne zatieňuje podstatu veci*. Tej je však nutné dobre porozumieť, pretože stratégiu zdravotníctva by malo možné konštruovať a realizovať tak, aby sa v určitom časovom horizonte situácia pacientov i zdravotníkov výrazne zlepšila²⁰.

¹⁹ K takémuto rozporu došlo najmä v prvej a druhej vlně koronavírusovej pandémie vo svete, ale aj na Slovensku. Nemocnice neboli pripravené zvládať obrovské počty nakazených a tak zdravotníci museli vyberať, kto dostane šancu na prežitie a kto nie. Prístroje a liečbu dostali tí pacienti, ktorí mali akú-takú šancu na prežitie. *Ideálne* by bolo, ak by bol dostatok všetkých zdrojov: personálnych, finančných, materiálnych.

²⁰ Ak napr. viacerí pacienti potrebujú polohovanie každé dve hodiny a na oddelení pracuje v smene menej sestier, ako si vyžaduje ideálna starostlivosť, nemôže byť polohovanie a tým pádom aj predchádzanie dekubitom u všetkých zaistené v miere, aká by bola požadovaná. Stačí, aby bol prijatý pacient v ťažkom stave, vyžadujúci množstvo ošetrovatel'ských zásahov, počnúc od asistencie lekárovi pri intubácii, cez napojenie ventilátora, končiac prifixovaním všetkých potrebných kanýl a katétrov, medzitým samozrejme plnenie lekárskeho ordinácií, v danej chvíli je polohovanie ostatných pacientov na oddelení „odsunuté“ na neskôr. A samozrejme, čím viac sa

Naskytá sa otázka - *ktorého pacienta a prečo uprednostniť?* A to je len jeden z množstva problémov. Jedným z faktorov, ktoré „neidealizujú“ starostlivosť je veľká migrácia sestier. Aj tento faktor svojim spôsobom znižuje kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti. Každá nová sestra sa musí pomerne dlhú dobu zaúčať, aby z nej bola erudovaná sestra. Pokiaľ však k tomu príde, chce to určitý čas. Taktiež je „mierne spomalená“ práca služobne staršej sestry, ktorá novú sestru zaúča.

Nedostatok lekárov i sestier, s ktorým sa viac a viac stretávajú naše nemocnice, je vážnym ohrozením aj tak ťažko dosahovanej ideálnej zdravotnej starostlivosti. Lekára ani sestru nezastúpi žiadny prístroj! Aj v dôsledku tohto faktu sa priepasť medzi ideálnou a dostupnou starostlivosťou na intenzívnych oddeleniach prehlbuje. Ten, kto na to najviac doplatí, je samozrejme pacient.

Problémy, v pozadí ktorých je rozdiel medzi ideálnou a dostupnou starostlivosťou, sú rôzne naliehavé a je vhodné ich roztriediť. Nedostupnosť niektorých techník v dôsledku nedostatku personálu, pomôcok a materiálu môže výrazne predĺžiť dobu liečby, v krajnom prípade dokonca nepriamo spôsobiť smrť pacienta.

Ak chýba určitý prístroj či pomôcka, či nie je dostupný indikovaný výkon, použije lekár či sestra inú, *dostupnú, aj keď menej účinnú stratégiu*. Ak sa pacient nakoniec uzdraví, rád a väčšinou v krátkej dobe zabúda na prežitú strasť.

Zdravotníci sa v takýchto prípadoch bránia použiť pre pomenovanie nepríjemnej situácie výraz *eutanázia*, a to preto, že tento pojem je rezervovaný pre hraničné stavy medzi životom a smrťou. I napriek tomu mnohí odborníci používajú pre označenie práve uvedených stavov termín *eutanázia bežného dňa*.

Stáva sa tiež, že dostupná starostlivosť nemôže zachrániť život človeka a ideálna forma starostlivosti je nedostupná. Pokusy zvládnuť chorobný stav dostupnými metódami sú odsúdené k nezdaru. Pre tieto tragické situácie je používaný pojem *sociálna eutanázia*.

S týmto tvrdým označením možno samozrejme polemizovať, či dokonca nesúhlasiť. Problém tkvie v tom, že medzi stavmi, ktoré zdravotník nakoniec zvládne a tými, kde nedostupnosť určitého prostriedku či postupu spôsobí smrť pacienta, je celá škála medzistupňov. Skutočnosťou však je, že **sociálna eutanázia je realitou. Vždy sa však jedná o**

predlžuje doba medzi jednotlivými zmenami polohy, tým skôr príde k dekubitom, prípade ich horšiemu hojeniu, čo v konečnom dôsledku môže byť príčinou sespy, pneumónie, prípadne aj embolizácie. Taktiež ak je na oddelení jedna polohovacia posteľ so špeciálnym antidekubitárnym matracom a táto by bola vhodná pre dvoch či troch pacientov súčasne, nie je technicky možné zabezpečiť u každého pacienta ideálnu starostlivosť.

problém, ktorý je primárne ekonomickej (prípadne inej), nie však etickej povahy a ktorý musí riešiť celá spoločnosť.

Najvyššou etickou hodnotou pre zdravotníkov pracujúcich na jednotkách intenzívnej starostlivosti je **Ľudský život**. Je potrebné zvyšovať úroveň kvality poskytovaných služieb do takej miery, aby sa zvyšovalo uspokojenie potrieb pacienta a skvalitňovaním služieb prispievať k štandardom Európskej únie.

Intenzívna starostlivosť dostáva nový zmysel riešenia u ťažko a nevyliciteľne chorých pacientov, ňou chceme dosiahnuť zvýšenie kvality života u týchto ľudí, pozdvihnutie a zveľadenie starostlivosti. *Je etickým imperatívom, aby sa reálna vzdialenosť medzi ideálnou a dostupnou starostlivosťou čo najviac skracovala.*

9.2 Intenzívna starostlivosť

Resuscitačná starostlivosť je pre chorých s akútnym zlyhaním základných životných funkcií (dýchanie, krvný obeh, vedomie). Je to interdisciplinárna starostlivosť a je pokračovaním akútnej resuscitácie z terénu či z nemocničného oddelenia alebo pokračovaním intenzívnej starostlivosti z jednotiek intenzívnej starostlivosti ktoréhokoľvek nemocničného oddelenia alebo kliniky. Vykonáva sa odbornými a kvalifikovanými liečebno-preventívnymi a ošetrovateľskými postupmi.

Intenzívna starostlivosť je pre chorých, u ktorých treba sledovať možnosť zlyhania niektorej zo základných životných funkcií, resp. predchádzať tomuto zlyhaniu. Poskytuje sa chorým, u ktorých môže zlyhať niektorá zo základných životných funkcií, resp. chorým, ktorí prechádzajú z resuscitačnej starostlivosti do bežnej starostlivosti a na určitý čas im treba zabezpečiť zvýšený dozor alebo pozorovanie.

9.2.1 Kategorizácia terapie v intenzívnej starostlivosti

Plná terapia

Rozsah poskytovanej terapie a starostlivosti sa zhoduje s aktuálnym názorom medicíny alebo odbornej spoločnosti na diagnostický a liečebný postup (postup lege artis) a s jeho reálnou dostupnosťou v konkrétnom zdravotníckom zariadení (Ševčík, 2014).

Nerozširovanie už zavedenej liečby (withholding therapy)

Na základe zhodnotenia počiatocného stavu, anamnézy pacienta, doterajšieho vývoja choroby a predpokladanej prognózy z hľadiska prežitia alebo kvality života lekár už nerozširuje spektrum diagnostických a liečebných metód, ktoré by nezmenili predpokladaný vývoj alebo priebeh ochorenia. Terapia a starostlivosť sú v danom okamihu považované za maximálne, vzhľadom na stav a prognózu pacienta. Súčasťou úvahy je aj prípadné rozhodnutie o nezahájení kardiopulmocerebrálnej resuscitácie – ordinácia „*Neresuscitovať*“.

Bazálna terapia (withdrawing therapy)

U pacientov s jednoznačne nepriaznivou prognózou, aj napriek maximálnemu terapeutickému úsiliu, dochádza k obmedzeniu intenzívnej terapie. Poskytovaná je len základná liečba: analgosedácia, bazálna nutricia, umelá pľúcna ventilácia, u diabetikov inzulín. Súčasťou rozhodnutia je aj ordinácia „*Neresuscitovať*“.

Pri bazálnej terapii sa používa aj termín „*terminal weaning*“, ktorého podstatou je postupné znižovanie ventilačnej podpory u terminálnych stavov, pri súčasnom zaistení dokonalej a hlbkej analgosedácie.

Obmedzenie terapie musí byť pravidelne posudzované, vzhľadom na možnú zmenu vývoja celkového stavu pacienta. Prehodnotenie postoja pri zmene stavu nesmie byť vnímané ako zlyhanie lekára, ale naopak – ako prejav etického a zodpovedného prístupu.

V zahraničí patrí k podkladom pre rozhodnutie o odobratí rozšírenej podpory životných funkcií (racionalizácii, modifikácii, redukcii liečby) aj vyjadrenie psychiatra, ktorý zhodnotí kompetenciu pacienta (Drábková, 2018).

Odobratie základnej podpory životných funkcií

Patrí sem odobratie prívodu vody a energetických zdrojov. Ak je potrebná umelá pľúcna ventilácia, pacient je ponechaný na respirátore, pokiaľ je pri vedomí a bol do obdobia rozhodnutia už umelo ventilovaný. Má nárok na analgosedáciu. Tento postup je eticky kontroverzný, pretože je reštrikčnejší ako bazálna terapia (Drábková, 2018).

9.2.2 Etické problémy intenzívnej starostlivosti

Do šesťdesiatych rokov minulého storočia bola dominantnou a bazálnou zásadou Hippokratova poučka, že *pilierom profesionálnej etiky je konať pre pacienta dobro a vystríhať*

sa naopak postupov, ktoré by mohli pacientovi poškodiť. Pri takýchto prístupoch sa nebrala do úvahy prognostika celkového stavu pacienta.

V druhej polovici 20. storočia sa medicínsko-etické a právne podmienky výrazne zmenili a to hlavne vplyvom niektorých faktorov:

- *starostlivosť o pacienta sa stáva výrazne tímovou prácou, nie jeden, ale skupina konzultantov rozhoduje o liečbe,*
- *pacient má právo osobného vstupu do liečby, do procesu terapie vstupuje kvalifikovaný, informovaný súhlas, alebo nesúhlas,*
- *zdravotnícka starostlivosť má vysoké a stále rastúce finančné nároky, takže je potrebné, hlavne v intenzívnej a resuscitačnej starostlivosti, poskytovať ju len v indikovaných prípadoch a v racionálnom rozsahu,*
- *do veľkej miery sa oddelila svojbytnosť ošetrovateľskej starostlivosti.*

Starostlivosť o kriticky chorého pacienta si vyžaduje spravidla všetky stupne lekárskej starostlivosti – od intenzívnej až po zdravotno-sociálnu. Práve do intenzívnej medicíny významnejšie než do iných, na financie menej náročných disciplín, vstúpili ekonomické aspekty. Tie sú z hľadiska etiky výrazom spravodlivosti rozdelenia zdrojov (Drábková, 2018).

V súvislosti s týmito ekonomickými aspektmi sú diskutované i **etické problémy**:

- *smrť mozgu, jej diagnostika; smrť mozgového kmeňa a jej posudzovanie,*
- *perzistentný a permanentný vegetatívny stav, coma vigilie,*
- *starostlivosť o mŕtveho darcu, hlavne o mŕtveho detského darcu,*
- *starostlivosť o mŕtvu tehotnú ženu so smrťou mozgu v záujme plodu i v záujme darcovského programu,*
- *indikácia prijatia do intenzívnej starostlivosti (napr. respiračná insuficiencia),*
- *skórovacie prognózy, respektíve predpoveď smrti alebo prežitia v intenzívnej starostlivosti,*
- *nezahájenie a odňatie liečby,*
- *validita prospektívnych rozhodnutí k liečbe (ale vyžadovanej, prípadne odmietanej),*
- *hranice rozhodovania pacientov psychicky momentálne nekompetentných,*
- *kvalita života v priebehu a po resuscitačnej a intenzívnej starostlivosti v ďalšom živote,*
- *zbytočná a nadmerná starostlivosť, primeranosť rozsahu liečby, vyžadovaná neúčelná starostlivosť,*
- *zdroje vo finančne náročnej intenzívnej starostlivosti a ich správne / spravodlivé rozdelenie a využitie (Masár – Pokorný, 2005).*

Ako vidno z tejto hrubej schémy, dôležitou skutočnosťou v intenzívnej starostlivosti je veľký rozsah tímovej práce a presné vymedzenie hraníc kompetencií vo vzájomne sa prekrývajúcich problémoch nie je dobre možné. Z toho vyplýva i náročnosť stanovenia štandardov, správnej klinickej praxe a lege artis postupov. Je problémom definovať postup lege artis i medzi jednotlivými odbornými spoločnosťami na jednej strane a exekutívou nemocníc na strane druhej. Základnou podmienkou teda zostáva vzájomná profesijná dôvera a konštruktívne ladenie k spolupráci a k riešeniu tejto problematiky, aby sa minimalizovali eticko-právne rozpory.

Práve eticko-právne rozpory, ako i potreba exaktne definovať štandardné a mimoštandardné opatrenia sú najmarkantnejšie u intenzívnej medicíny (Masár – Pokorný, 2005).

Ako hlavnú úlohu intenzívnej medicíny bola stanovená záchrana ľudského života u akútnych chorých alebo poranených, alebo u pacientov s akútnou exacerbáciou chronických chorôb. Opatrenia na úseku intenzívnej medicíny sú určené na podporu pacienta v období krízy, ktorá sa vyvíja smerom k zotaveniu.

Ako štandardné opatrenia a prostriedky boli definované ako všetky lieky, formy a spôsoby liečby, výkony a operácie, ktoré ponúkajú racionálnu perspektívu prínosu pre pacienta a ktoré je možné získať a realizovať bez nadmerných výdajov, bolesti alebo inej formy ťažkostí a prehnanej náročnosti.

Mimoriadne prostriedky a opatrenia sú naopak tie, ktoré nie je možné použiť bez nadmerných a nadpriemerných výdajov a bolesti, alebo inej formy záťaže alebo ktoré pri ich realizácii neposkytujú racionálnu nádej na prínos.

Znamená to v praxi, že dobro, prezentované záchranou života je morálnou povinnosťou iba v prípadoch, keď jeho dosiahnutie nie je nadmerne útrpné, alebo nie je v zásadnom nepomere k očakávanému prínosu?

Na základe odporúčania výborov intenzívnej medicíny jednotlivých krajín, prijala Európska asociácia intenzívnej medicíny tieto indikácie prijatia do intenzívnej starostlivosti:

1. pacient v nestabilnom stave s ohrozením a zlyhávajúcimi základnými životnými funkciami,
2. riziko rozvoja závažných komplikácií je vysoké a komplikáciám je možné intenzívnou liečbou predísť. Pacienti bez nádeje na znovuzískanie náležitej kvality života sa neprijímajú. Pacienti už prijatí do resuscitačnej / intenzívnej starostlivosti sa pri zhoršení prognózy neprekladajú z intenzívnej starostlivosti na iné oddelenia, i keď kvalita života pacienta je a zrejme bude veľmi nízka. Nie je možné urobiť žiadne právne záväzné závery

ani rozhodnutia, pretože neexistuje žiadna legislatíva, ktorá by definovala neprijateľnú kvalitu života.

9.2.3 Etická problematika ireverzibilnej kómy

Vďaka pokroku diagnostických prostriedkov môžu lekári často s morálnou istotou zistiť, že nastala kóma, kedy je návrat vedomia nepravdepodobný, aj keď nemožno presne zistiť, ako dlho započatý proces zomierania môže trvať. Namiesto sú otázky:

- ***Je potrebné za všetkých okolností alebo len za určitých podmienok predpokladať, že máme čo činiť so živým človekom a že život je treba všetkými možnými prostriedkami udržiavať?***
- ***Aký má zmysel nasadenie celej modernej techniky na udržanie činnosti srdca a dýchania, keď sa tým určite nikomu neposlúži? Každá záťaž sa musí ospravedlniť tým, že je vyvážená očakávaným kladným účinkom.***

Môže nastať porušenie mozgu, včítane dychových centier, zatiaľ čo krvný obeh ešte nejakú dobu autonómne funguje. U určitého počtu zomierajúcich, ktorí upadli do ireverzibilnej kómy, je umelé udržiavanie života dostatočne účinné, aby mohlo pokračovať dlhú dobu bez najmenej nádeje na obnovu spontánnych životných funkcií. Pritom nemožno predvídať, kedy telesné funkcie, navzdory použitiu umelých prostriedkov, vyhasnú.

Dĺžka času, ktorý je potrebný na určenie takejto diagnózy, je stále diskutabilná. Okrem morálnych pochybností, týkajúcich sa postupovania s „telom v bezvedomí, ktoré dýcha“, čiže okrem aspektu organizácie a diagnostiky, existuje tiež prognostický, etický a právny problém. Fakt nejistej prognózy nakazuje pokračovať v liečbe a starostlivosti (Grabczaková, 2003). ***Ak uznáme za moment smrti smrť mozgového kmeňa, niet pochybností, že chorí vo vegetatívnom stave sú osobami, ktoré žijú a preto majú právo na liečbu a poskytnutie starostlivosti, ktoré sú v danom prípade etickou povinnosťou.***

Pokiaľ sa u osôb vo vegetatívnom stave začne proces zomierania a bude isté, že tento proces smeruje k neodvratnej smrti, vtedy sa v prípade zlyhania dýchacieho alebo krvného systému rezignuje z distanázie²¹, pričom naďalej treba robiť úkony v rámci ortotanázie. Inak povedané – istota, že smrť je neodvratná nás oslobodzuje z povinnosti prístúpenia k resuscitácii

²¹ Distanázia je udržiavanie nevyliciteľne chorého a samostatne života neschopného človeka pri živote umelými prostriedkami. Často ide o veľmi nákladné a náročné procesy. Úmyselné prerušenie takejto starostlivosti sa nazýva ortotanázia.

(chápanej ako intenzívna starostlivosť) a indikuje ortotanatické úkony. Treba dodať, že pojem neodvratnej smrti musí byť v súlade so súčasnými vedeckými poznatkami (Grabczaková, 2003).

9.3 Etické aspekty kardiopulmonálnej resuscitácie

Pojem resuscitácia znamená *oživovanie*. Cieľom kardiopulmonálnej resuscitácie (KPR) je zvýšiť počet prežívání u obetí kardiopulmonálneho zlyhania (Šimková – Benedikovičová – Boroňová, 2015). Ideálnym výsledkom KPR je zostať bez kognitívneho poškodenia, to je bez deficitu oproti stavu pred resuscitáciou a s akceptovateľnou kvalitou následného života.

Postupy KPR predstavujú jednotné odporúčania, ktoré sa inovujú každých 5 rokov, posledná inovácia je z roku 2020. Výrazné zmeny v resuscitačných postupoch boli Európskou resuscitačnou radou (ERC) stanovené v roku 2005 a uvedené do praxe 1. januára 2006.

Klinická etika sa týka každodennej praxe. Nie je to niečo, čím sa zdravotníci budú zaoberať vtedy, „až na to zostane čas“. Zdravotníci musia mať potrebné vedomosti a chápať etické princípy skôr, než sú vystavení reálnym skutočnostiam, v ktorých musia rozhodovať o kardiopulmonálnej resuscitácii.

V rámci zmien, ovplyvňujúcich i etické princípy, dochádza k ambivalencii – *pacientove práva vs. lekárova zodpovednosť*. Spoločnosť kladie dôraz na práva pacientov (pri kardiopulmonálnej resuscitácii ide aj o práva pacientov v podmienkach časovej tiesne a život ohrozujúcich situácií). V súčasnosti je nutné brať do úvahy aj práva, týkajúce sa multikulturality, vyplývajúce z migrácie (Európa = skladačka národov, ktoré majú rôzne legislatívy, rôzne poňatie práv pacienta a zodpovedností lekára, rôzne kultúrne a historické pozadie). Ďalšou zmenou sú väčšie možnosti medicíny, nové postupy a rýchlejšia dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Nezanedbateľným aspektom sú technológie – pacienti a ich príbuzní prichádzajú vybavení informáciami – častokrát nie v správnom kontexte, tzv. „googleri“.

Etické aspekty kardiopulmonálnej resuscitácie predstavujú množstvo závažných dilem. Na jednej strane je uvedomenie si základných etických princíпов:

- **beneficiencia** – medicínska intervencia by mala byť pre pacienta prospešná – zhodnotenie potenciálneho benefitu – prognostikácia – kedy začať resuscitáciu; posúdenie relevantného rizika a prospechu. Kardiopulmonálna resuscitácia musí byť vysokokvalitná;
- **non-maleficiencia** - kedy nezačať a kedy ukončiť resuscitáciu; *“primum non nocere”* (Hippokrates) – predovšetkým neuškodiť; resuscitácia sa považuje za *“márnu”*, ak sú

šance na prežitie s dobrou kvalitou následného života minimálne; je potrebné jasne rozlišovať – náhle zastavenie obehu s potenciálne reverzibilnou príčinou a predpokladané zastavenie obehu u pacienta v terminálnom štádiu;

- **autonómia** - dôraz na osobné preferencie pacienta; predchádzajúce, predom vyslovené pranie; DNR; prechod z tradičného “*medical centred approach*” na “*patient centred approach*” – pacient sa stáva súčasťou medicínskeho rozhodovania;
- **spravodlivosť** - adekvátne starostlivosť bez diskriminácie vzhľadom na vek, sociálny status, finančné náklady a pod.

Avšak v rámci resuscitácie sa ponúkajú aj ďalšie etické otázky, napr. ako je **aplikácia práv pacienta v podmienkach časovej tiesne a život ohrozujúcich situácií**, berúc do úvahy mieru autonómie pacienta versus lekárske pochybenie. Etické dilemy sa týkajú aj **otázok indikácie, kontraindikácie a ukončenia KPR**, v súvislosti s (ne)znalosťou **priania rodiny**, rozporných postojov a želaní, ako aj **postojov k resuscitácii po suicídii**. KPR po pokuse o samovraždu sa primárne nevyhodnocuje v kontexte autonómie, ale začne sa a okolnosti sa vyhodnocujú s odstupom.

Jednou z najťažších situácií, s ktorými sa stretávajú zdravotníci v rámci urgentnej (niekedy aj intenzívnej) starostlivosti, je smrť, najmä náhla, neočakávaná, napr. po autonehode či inom úraze; taktiež ak ide o akútne infarkt či cievnu mozgovú príhodu. Zvlášť, ak sa odohráva pred očami najbližších príbuzných, ktorí síce vidia všemožnú snahu zachrániť postihnutého, avšak bez pozitívneho výsledku. Takáto smrť je pre nich nepochopiteľná, často až neprijateľná. Nedokážu spracovať, že ich blízky, ktorý ešte pred chvíľou s nimi v plnom zdraví komunikoval, teraz leží bez známok života.

Často krát nevy povedaná otázka, ktorej – okrem iných – **sú príbuzní vystavení, je, či chcel byť postihnutý v prípade zastavenia obehu oživovaný. Toto závisí od mnohých faktorov a príbuzní sú väčšinou za vykonávanie resuscitácie**. Mnohí si stihnú uvedomiť, že tá z dlhodobejšej perspektívy nemusí mať ani v prípade aktuálnej úspešnosti priaznivý výsledok – v podobe napr. vigilnej kómy postihnutého.

Boj o život je psychicky náročný pre každého - pre samotného postihnutého, pre volajúceho na tiesňovú linku, pre príbuzných, pre svedkov udalosti, či prípadných okoloidúcich, ale aj pre záchranárov či iných zdravotníkov. Treba si uvedomiť, že najmä u prítomných laikov dominuje pocit neistoty.

Pri tiesňovej situácii je samozrejmé, že komunikácia zdravotníkov s príbuznými musí byť empatická a na vysokej profesionálnej úrovni. Zúčastnení musia mať pocit, že v problémoch nie sú sami, pomoc je nablízku, každému záleží na tom, aby to dobre dopadlo.

Ludská dôstojnosť a česť prístupu zdravotníkov sú základné pridané prvky etiky. Najvyšším imperatívom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, včítane KPR by mal byť *system hodnôt pacienta*.

9.3.1 Prítomnosť príbuzných pri resuscitácii

Sestra sa so zlyhaním životných funkcií u pacienta môže stretnúť prakticky na každom oddelení a v ktoromkoľvek čase. Vo väčšine prípadov sa v takejto situácii u hospitalizovaného pacienta nenachádzajú jeho príbuzní. Sú však momenty, keď sú príbuzní pri človeku, ktorého treba resuscitovať. Skôr ako na bežnej ošetrovacej jednotke to môže byť v rámci intenzívnej starostlivosti, zvlášť, ak je prípadné zlyhanie predpokladané. Taktiež sa s resuscitovaným pacientom, pri ktorom sú prítomní príbuzní, možno stretnúť v rámci urgentného príjmu, v prípade, že je pacient do nemocnice privezený „v poslednej chvíli“.

Vtedy prichádza k závažnej etickej dileme – umožniť príbuzným postihnutého byť prítomnými pri kardiopulmonálnej resuscitácii alebo nie? Do popredia sa tak dostáva **„konflikt“ v rámci prvých dvoch etických princípov – beneficencie a non-maleficiencie**. Je prospešné vidieť (mnohokrát neúspešnú) KPR svojho blízkeho, alebo sa prikloniť k princípu „neuškodiť“ a teda nechať možnosť blížkym na vlastné oči vidieť (možno) prehratý boj?

Najčastejšie sa však v danej situácii ocitnú zdravotnícki záchranári. Tí sú s danou situáciou konfrontovaní v teréne takmer denne.

Ak už dôjde k smrti, príbuzní si často prajú byť pri resuscitácii svojich blízkych. Ich prítomnosť je však diskutovaná kontroverzne. Musia byť presvedčení, že sa vykonalo všetko pre záchranu života ich blízkeho a jeho ďalšiu kvalitu, či už kardiopulmonálna resuscitácia končí s úspechom, neúspešne alebo možno predpokladať následky rôznej závažnosti.

Vlastné emócie dokáže málokto z príbuzných resuscitovaného potlačiť. Rôzne pocity sa navzájom kombinujú, niektoré z nich prevládajú viac. Závisí to od typu osobnosti, psychického stavu, životných skúseností, odborných vedomostí, od schopnosti logického uvažovania vo vypätej situácii, ktorá predstavuje závažnú odchýlku od životného optima.

Medzi najbežnejšie pocity príbuzných resuscitovaného patria:

- *obavy a strach* – obavy z neúspechu resuscitácie, z toho, čo bude ďalej, ak resuscitovaný zomrie, prípadne ak sa činnosť srdca obnoví, ale mozog bude vykazovať ireverzibilné zmeny. Strach a obavy z vnímania vlastného života, keď nastane pocit, že si bez zomrelého blízkeho nevie ďalej predstaviť svoj život, že sú na neho citovo absolútne naviazaní,
- *agresia, hnev a výčitky (voči postihnutému)* - prečo neriešil svoje zdravotné problémy, prečo nešiel k lekárovi skôr, prečo nedodržiaval pokyny lekára? Prečo sa vystavoval riziku úrazu? Hnev voči osudu,
- *(ne)realistická nádej striedaná so zúfalstvom* - nádej vo chvíľach náznaku obnoveného srdcového rytmu a zúfalstvo v období „nekonečnej“ asystólie,
- *bezmocnosť* – uvedomenie si vlastnej neschopnosti urobiť čokoľvek pre záchranu života, ktorý sa nedarí prinavrátiť ani profesionálnym záchranárom,
- *výčitky voči sebe* – čo mohol príbuzný urobiť, aby k úmrtiu blízkeho nedošlo.

„Nechat’ príbuzných blízko resuscitovaného, alebo ich požiadať, aby sa vzdialili?“ - toto je otázka, ktorá často „stojí“ pred záchranármi. Každopádne je nutné upozorniť príbuzných na to, že centrom záujmu je pacient a že na jeho záchranu sa musí sústrediť celá činnosť záchranného tímu.

V Európskej federácii ošetrovateľstva v intenzívnej starostlivosti (EfCCNa) je uvedené, že **všetci pacienti majú právo na to, aby ich príbuzní boli prítomní pri kardiopulmonálnej resuscitácii**. Príbuzní pacienta by mali mať túto možnosť navrhnutú (Fulbrook et al., 2007). Európska resuscitačná rada (ERC) 2010 uvádza, že prítomnosť príbuzných pri resuscitácii je spájaná s mnohými výhodami, vrátane ľahšieho pochopenia a uvedomenia si procesu umierania a smrti. Avšak, **voľba je len na príbuzných pacienta** (Bossaer et al., 2010).

Z etickej stránky všeobecne platný postoj k tejto otázke neexistuje. Celé prostredie však musí pôsobiť odborne, lege artis, pohotovo, musí zachovávať dôstojnosť resuscitovaného, udržiavať profesionálnu istotu v prostredí navzdory možnému neúspešnému zakončeniu.

„Pre“ a „proti“ prítomnosti príbuzných pri resuscitácii

ÁNO (prípadnej) prítomnosti príbuzných pri resuscitácii

- koncepcia prítomnosti príbuzných počas resuscitácie bola zavedená v 80. rokoch 20. storočia,

- rozhodnutie príbuzných byť pri resuscitácii musí byť ponechané výlučne na nich. Ak chcú byť pri resuscitovanom blízkom človeku, treba im to umožniť,
- mnoho príbuzných chce byť počas resuscitácie prítomných,
- vyše 90 % z nich hovorí, že ak by boli v podobnej situácii, opäť by to chceli. V prípade, že resuscitácia skončí neúspešne, majú pocit, že boli pri svojom blízkom až do jeho úplného konca,
- možnosť blízkych osôb byť aj v kritickej situácii s členom svojej rodiny – záchranári ich nemôžu vykázať von,
- čas na prijatie faktu kritickeho stavu alebo možného úmrtia,
- prínos podľa príbuzných – konfrontácia so skutočnosťou umierania a smrťou; možné ľahšie prijatie tohto nezvratného faktu,
- možnosť pre príbuzných vidieť transparentné postupy zdravotníkov,
- možnosť príbuzných vidieť naposledy svojho blízkeho „živého“ v prípade neúspešnej resuscitácie, ešte pred vyhlásením smrti,
- ak príbuzní začali s vykonávaním základnú neodkladnú resuscitáciu pred príchodom záchranárov, treba oceniť ich úsilie a ponechať im možnosť ostať na mieste resuscitácie.

Ak sú príbuzní prítomní pri resuscitácii, je užitočné, ak sestra v nemocnici / záchranár v prednemocničnej starostlivosti

- priebežne informuje prítomných o priebehu záchranárskeho postupu,
- dáva si pozor na voľbu slov pri komunikácii,
- ak je ochota zo strany príbuzných, môžu pomáhať pri záchrane...; niekedy stačí, ak záchranári dovoľia príbuznému držať ruku postihnutého, alebo sa ho len tak dotýkať.

Ak je nevyhnutné požiadať príbuzných, aby opustili miesto resuscitácie, alebo ak ho opustia po vzájomnej dohode

- podávať príbuzným informácie o stave a priebehu,
- poskytovať im oporu,
- zvážiť, aké informácie a do akej hĺbky podať príbuzným,
- dbať na zachovanie tzv. „lekárskeho tajomstva“.

NIE prítomnosti príbuzných pri resuscitácii

Dôvody negatívnych postojov voči prítomnosti príbuzných pri resuscitácii:

- traumatizácia príbuzných úkonmi pri resuscitácii,
- príliš veľa stresu,
- negatívne emočné dôsledky blízkych,
- neprehľadnosť situácie – laici môžu prekážať záchranárom pri činnosti,
- obštrukcie zo strany príbuzných pri práci záchranárov,
- riziko následných sťažností na postup zdravotníkov,
- psychická záťaž pre záchranársky tím,
- v neprospech prítomnosti príbuzných pri resuscitácii hovorí fakt, že ľudia príliš veria v „zázračné oživenie“, ktoré často vidia vo filmoch. Niekedy potom nadobúdajú pocit, že personál neurobil všetko, čo podľa nich urobiť mal.

Dôvody z praxe:

- „prekážajú“,
- „nie je istota, že vedia, o čo ide“,
- „neprajú si byť svedkami resuscitácie“,
- „nemožnosť odhadnúť ich reakcie“,
- „ak neprimerane reagujú, často je potrebné postarať sa aj o nich“ .

Ak sa záchranári rozhodnú, že požiadajú – z akejkoľvek príčiny – príbuzných resuscitovaného, aby opustili miesto resuscitácie, v mysliach príbuzných vŕia rôzne otázky, napr.:

- „Vedia, o čo ide? Nie som si tým istý“.
- „Čo sa tam deje? Robia to správne?“.
- „Asi chcú predom mnou niečo zatajiť“.
- „Určite tam robia niečo, čo nesmie nikto vidieť“.

9.4 Living will

Skôr vyslovené pranie je medicínsko-právny a etický inštitút, ktorý umožňuje človeku vopred vyjadriť svoju vôľu pre prípad, že by sa v budúcnosti dostal do zdravotného stavu, v ktorom by nemohol vyjadriť svoj súhlas alebo naopak nesúhlas s poskytovaním zdravotníckych služieb. Popri *negatívnom reverze* sa jedná o ďalší nástroj, ktorý v medicínskom práve umožňuje pacientovi naplniť právo na osobnú slobodu formou

neposkytnutia zdravotnej starostlivosti. V základoch tohto inštitútu stojí pojmánie človeka ako autonómnej bytosti (*princíp autonómie*), právo na ochranu ľudskej dôstojnosti, právo na sebaurčenie a nedotknuteľnosť osoby. Prameňom týchto práv sú medzinárodné zmluvy o ľudských právach. Rešpekt k autonómii človeka a k ľudskej dôstojnosti je taktiež základným princípom uplatňovaným v lekárskej etike.

Pokrok v medicíne, zavádzanie nových resuscitačných techník a možností dlhodobej liečby a zdravotníckej starostlivosti o ľudí v stave bezvedomia a zlyhávania životných funkcií, vedú časť verejnosti k obavám a strachu z predlžovania utrpenia a zomierania (Šoltés, 2005). Mnohí chcú ešte **pri lucídnom vedomí prejavit' svoju vôľu legálnou formou, tzv. living will o odmietnutí liečby, ktorá by len predlžovala utrpenie**. Nejde o formu eutanázie, ale o akceptovanie prirodzenej smrti v terminálnom štádiu ochorenia alebo po ťažkom úraze hlavy, chrbtice prípadne ťažkom devastačnom poranení.

Problematika týkajúca sa krízových zdravotných situácií býva často diskutovanou témou v mnohých skupinách spoločnosti – či už v laickej alebo odbornej verejnosti. Mnohé pokroky v resuscitačných technikách neunikli pozornosti médií a zreteľne sa prejavili u mnohých ľudí práve v konfrontácii s ich blízkymi, ktorí boli resuscitovaní. Dlhodobé udržiavanie niektorých životných funkcií u ľudí v kóme, v perzistentnom vegetatívnom stave sa stali cieľom úvah a otázok o práve chorého a jeho príbuzných za určitých okolností definovaných podmienok rešpektovať právo chorého na prirodzenú smrť a na ukončenie neúčinnnej terapie, ktorá vlastne predlžuje zomieranie a tým utrpenie chorého (Šoltés, 2005).

Bez ohľadu na súčasný zdravotný stav i vek by náhle ochorenie alebo úraz mohli doviest' kohokoľvek k závažnému klinickému stavu, kedy by nebol schopný vyjadriť svoj názor a pranie k resuscitácii a terapeutický postup spojený s udržiavaním niektorých životne dôležitých funkcií (Hawryluck, 2004). Napr. napojenie pacienta dlhodobo na riadenú pľúcnu ventiláciu a umelú výživu, keď by závažnosť stavu a infaustná prognóza²² viedli k postoju považovať liečebné zásahy skôr za predlžovanie utrpenia a zomierania, než predlžovanie života, resp. len niektorých životných funkcií.

Ak nadhadzujeme tento etický aspekt terminálnej starostlivosti, nemyslíme vôbec na žiadnu formu eutanázie, ale na pacientovo akceptovanie prirodzenej smrti a odmietnutie neefektívnych terapeutických zásahov (Šoltés, 2005). Ak je pacient pri vedomí a jeho stav mu dovoľuje kompetentne uvažovať, mal by sa jeho názor akceptovať. Lepšie je vyjadriť vopred svoju žiadosť – pre budúcnosť – overenou písomnou formou.

²² Infaustná prognóza – beznádejná, nezlučiteľná so životom

Pod dokumentom, ktorý sa v literatúre ujal ako „**living will**“, teda ako **za života vyjadrená vôľa človeka, sa myslí legálny dokument, ktorým osoba dopredu vyjadruje svoje vlastné pranie týkajúce sa používania resuscitačných techník a podpory životných funkcií v prípade, že by nebol schopný to sám jednoznačne vyjadriť v terminálnom období svojho života.** Dáva mu právo vyjadriť svoj názor a pranie zomrieť prirodzenou smrťou a odmietnuť zásahy, ktoré by vlastne len predlžovali zomieranie (Weijer, 2004).

Living will je písomné vyhlásenie podrobne o želaniach osoby, pokiaľ ide o budúcu lekársku starostlivosť za okolností, za ktorých už nie je schopná vyjadriť informovaný súhlas, najmä predbežné nariadenie.

Living will ako právny dokument vyžaduje objektívne zhodnotenie kompetencie človeka, ktorý také rozhodnutie robí, prítomnosť dvoch svedkov alebo potvrdenie notára. Mal by rovnako definovať, ktoré resuscitačné techniky a podporu životných funkcií odmieta a za akých okolností, čo sa týka terminálneho stavu a jeho dĺžky trvania (Weijer, 2004).

Aby bol takýto dokument legálne validný, musí byť akceptovaný štátom, v súlade s právom štátu a potom rovnako vykonávaný v súlade s jeho zákonmi²³.

I tento, v právnych systémoch mnohých štátoch už zavedený, dokument, má svojich odporcov. Ide o to, že *človek vyjadruje svoje rozhodnutie dopredu a často ináč hodnotí situácie a formuluje svoje rozhodnutia o takých, ktoré len môžu nastať, a inak, pokiaľ už nastali.* Iné obmedzenia predstavuje tento dokument v tom, že je použiteľný len v situácii terminálneho stavu pacienta, teda blízko smrti a môže sa uplatniť len pri ireparabilných chorobných stavoch.

Living will však na druhej strane dáva pacientovi možnosť svoje rozhodnutie zmeniť a upraviť. Rovnako dokument dáva pacientovi právo poveriť inú osobu, ktorá by mala rozhodovať za neho, ak by sám nebol toho schopný.

Najčastejší argument pacientov v prospech zavedenia living will vychádza z ich obáv z dlhodobej umelej ventilácie, umelej výživy, predstavy monitorovania a neefektívnych terapeutických postupov.

²³ Kolískou inštitútu skôr vysloveného prania sú Spojené štáty Americké. V roku 1969 tu advokát Luis Kutner navrhol formu dokumentov, ktoré sú dnes známe pod termínom „living will“. Od tejto doby preniká inštitút skôr vysloveného prania najskôr do legislatívy USA; dnes je pomerne rozšírený taktiež v európskych krajinách, v Kanade a v Austrálii. Popri klasickej forme „living will“, teda vopred spísaného formálneho dokumentu a tzv. „substitute decision-making“, kedy pacient určí osobu, ktorá bude namiesto neho v danej situácii rozhodovať, existuje v niektorých krajinách ešte tretí, menej využívaný spôsob vyjadrenia prania, zvaný „**values history**“. Pri ňom sú zohľadnené hodnoty, postoje a životný plán pacienta (pacientom je napr. odporúčené zoznámiť svojich blízkych, zdravotníkov a ďalších pomáhajúcich profesionálov so svojimi postojmi k zdraviu a chorobe, hodnotami, prániami a pocitmi súvisiacimi s poskytovaním starostlivosti, hovoriť s nimi o dôležitých otázkach; svoje prania, postoje a názory spísať).

S inštitútom skôr vysloveného prania vznikajú problémy etickej a právnej povahy. V prvom rade sa týkajú spôsobu vyjadrenia prania:

- **problematická môže byť jeho neurčitosť, rovnako tak aj prílišná špecifikácia,**
- **otázka, či je vždy úplne zrejmá hranica, za ktorou osoba stráca kompetenciu vedome o sebe rozhodovať,**
- **otázka, či je človek schopný zvážiť situáciu vopred a mať istotu v tom, čo bude chcieť v budúcnosti**
- **je možné, že „kompetentné ja“, ktoré vyslovilo svoje pranie, má iné záujmy, než „nekompetentné ja“, teda že osoba, ktorá sa v minulosti v prípade konkrétneho stavu rozhodla prestať žiť, je momentálne v tomto stave spokojná. Podľa niektorých názorov dokonca v situácii, kedy o sebe nie sme schopní rozhodovať, vzniká „nová osoba s novou identitou“ a „pôvodná osoba“ nie je kompetentná rozhodovať o osobe novej**
- **otázka, nakoľko skôr vyslovené pranie odráža vlastné pranie pacienta, jeho názory a pohľad na situáciu a nakoľko je tento človek ovplyvňovaný informáciami a prístupom lekára, ktorý mu poskytol poučenie, prípadne ďalšími zdravotníkmi podieľajúcimi sa na jeho liečbe.**

Ak chceme hľadať východiská etiky o otázkach living will, môžeme tak konať len za predpokladu slobody človeka. *Slobodu možno chápať ako možnosť rozhodovania človeka na základe poznania a znalostí, iný prístup je chápať slobodu ako stav ducha alebo poznanie nutnosti.* Sloboda jedného človeka končí tam, kde začína sloboda druhého. Ale slobodu možno tiež chápať ako nezávislosť od druhých. Sloboda spolu s rozumom patria k najvyšším atribútom človeka a v svojej podstate je spojená s možnosťou voľby, ktorá sa uskutočňuje na základe poznania. Všetky naše postoje a rozhodnutia v oblasti etiky sa nemôžu stať mravnou hodnotou, pokiaľ k nim človek nezaujíma slobodný postoj a nekoná v súlade s nimi (56). V kontexte slobody človeka je potom i jeho „living will“ chápaný ako jeho výlučné právo, ktoré však nesmeruje k akejkoľvek forme eutanázie, ani pasívnej, ale k akceptovaniu prirodzenej smrti ako završeniu ľudského života.

V takmer všetkých amerických štátoch sa uplatňuje living will – ide o direktívy, ktoré zakazujú predlžovanie života v určitých situáciách. Ide o prehlásenie človeka pre prípad osobnej neschopnosti vyjadriť sa k vlastnej liečbe. Ľudia samotní si predom stanovujú, ktoré liečebné zákroky odmietajú v prípade situácie, kedy už nebudú môcť komunikovať s lekárom. Človek, ktorý takto vyjadril svoje pranie, môže ešte určiť svojho zástupcu z rodinných príslušníkov alebo priateľov, ktorý bude kontrolovať, či je jeho spísané právo plnené. Pokiaľ

nie sú rešpektované vopred spísané prania chorého, môže stanovený zástupca vyvolať súdny spor (Kutnohorská, 2007).

V roku 2008 bol v Snemovni Českej republiky predložený návrh zákona americkej obdoby „Living will“, ktorý neprešiel do platnosti. Zákon počítal s tým, že človek by v dobe, kedy je toho schopný, spísal prehlásenie. To by obsahovalo, ako sa o neho majú lekári postarať, keď o tom nebude môcť sám rozhodnúť. Prehlásenie by malo byť úradne overené a malo by byť súčasťou zdravotnej dokumentácie. Doba platnosti by bola 5 rokov.

Prehlásenie o odmietnutí nejakého zákroku býva najčastejšie spájané so snahou zabrániť umelému predlžovaniu života. Typickou obdobou *skôr vysloveného prania* je žiadosť nezahajovať kardiopulmonálnu resuscitáciu pri obehovom zlyhaní – *do not resuscitate*.

9.4.1 Do not resuscitate

Do not resuscitate (DNR) z anglického predkladu znamená „*neresuscitovať*“ (neoživovať). Príkaz „*neresuscitovať*“, tiež známy ako „*nepokúšať sa o resuscitáciu*“, „*nepokúšať sa o kardiopulmonálnu resuscitáciu*“, „*žiadny kód*“ alebo „*umožniť prirodzenú smrť*“, je lekársky príkaz, písomný alebo ústny - v závislosti od krajiny, ktorý naznačuje, že osoba by nemala dostať kardiopulmonálnu resuscitáciu, ak jej prestane biť srdce. Niekedy tieto rozhodnutia a príslušné dokumenty zahŕňajú aj rozhodnutia týkajúce sa iných kritických alebo život predlžujúcich lekárskeho zásahov.

V rámci tohto pojmu dochádza častokrát k neporozumeniu eticko-právnych princípov. Právny stav a procesy súvisiace s príkazmi DNR sa v jednotlivých krajinách líšia.

Nové tisícročie znamená pre intenzívnu medicínu – racionalizáciu. Tá bola motivovaná ekonomickým takom na spoločnosť, frustráciou z márneho predlžovania utrpenia zomierajúcich pacientov a absencie paliatívnej starostlivosti na jednotkách intenzívnej starostlivosti (Kapounová, 2020). Už koncom 60. rokov minulého storočia (Symmers, 1968) sa v odbornej literatúre objavili prvé príspevky, ktoré upozorňovali na dlhé a nedôstojné zomieranie terminálne chorých, ktorí boli pred smrťou opakovane resuscitovaní.

V Spojených štátoch Amerických došlo k právnemu precedensu pre právo odmietnuť lekárske zákroky. Existujú tri pozoruhodné prípady, ktoré stanovujú základ pre práva pacienta

odmietnuť lekársku intervenciu: *Prípád Terri Schiavo*²⁴, *Prípád Nancy Cruzan*²⁵ a *Prípád Karen Quinlan*²⁶.

Etika a porušovanie DNR²⁷

Do not resuscitate bolo v určitých situáciách predmetom etických diskusií. V mnohých inštitúciách je zvykom, že *pacientovi idúcemu na operáciu je DNR automaticky zrušené*. Hoci odôvodnenie tohto faktu môže byť logické - keďže výsledky kardiopulmonálnej resuscitácie na operačnej sále predstavujú podstatne lepšie ako výsledky než je všeobecné prežívanie po KPR, diskutuje sa však o vplyve na autonómiu pacienta. Navrhuje sa, aby zariadenia zapojili pacientov alebo ich osoby s rozhodovacou právomocou do „prehodnotenia príkazov DNR“ namiesto automatického vynútenia rozhodnutia (*Dugan, D. – Riseman, J., 2015*).

²⁴ *Prípád Terri Schiavo* bol jedným z najdiskutovanejších prípadov *eutanázie* v Spojených štátoch Amerických. Manžel ju chcel odpojiť od výživy, rodičia nie. Američanka Maria Theresa Schiavo (*3.12.1963 - †31.3.2005) skolabovala vo svojom domove v St. Petersburgu na Floride dňa 25. februára 1990. Jej mozog sa v dôsledku nedostatku kyslíka ireverzibilne poškodil. Bola odkázaná na pomoc iných a na kŕmenie prostredníctvom nasogastrickej sondy. Manžel Michael podal žiadosť o odstránenie prístrojov, najmä sondy, ktorou bola Terri vyživovaná (kŕmená), v roku 1998 po tom, čo sa osem rokov neúspešne snažil vrátiť manželku k životu. Jej veriacia rodina to však nechcela. Stále tvrdili, že prejavuje znaky vedomia. Objavili sa videá, na ktorých sa oči Terri upierali na balóny a podľa mnohých v jej pohľade bolo badať prítomnosť *vedomia*. Lekári tieto tvrdenia neustále zamietali. V roku 2003 súd uznal stanovisko Terrinho manžela za správne a právoplatné (manžela niektorí obviňovali z bočných pohnutí, ktoré stáli na vidine dedičstva. Ešte počas Terrinho života sa spoznal s inou ženou, s ktorou mal deti). Vtedajší guvernér Floridy Jeb Bush však presadil zákon, ktorý ju zachránil. Dostal názov „*Terrin zákon*“. Terri žila 15 rokov vo vegetatívnom stave. Manželovi sa aj napriek nesúhlasu jej rodičov podarilo presadiť, aby ju odpojili od prístrojov. O jej osude napokon rozhodol súd v roku 2005. Nakoniec ju odpojili od stravy a vody, na dehydratáciu zomrela 31. marca 2005. Súdna pitva po jej smrti ukázala, že jej mozog bol oproti pôvodnému stavu o polovicu menší. Lekári teda úplne vylúčili, že by bola pri vedomí. Ani po rokoch však tento prípad neprestáva rozdeľovať americkú spoločnosť.

²⁵ Nancy Cruzan (*20.7.1957 – †26.12.1990) - mladá žena bola v trvalom vegetatívnom stave po nehode motorového vozidla, ktorá jej spôsobila poškodenie mozgu. Keďže po štyroch rokoch v tomto stave nedošlo k žiadnemu zlepšeniu, požiadala jej rodina, aby bola podpora jej života zastavená. Nemocnica to bez súdneho príkazu odmietla a rodina sa o jeho získanie súdila. Prvostupňový súd sa postavil na stranu rodiny a dospel k záveru, že štát nemôže prevážiť želania príbuzných. Proti tomuto rozhodnutiu sa odvolal Najvyšší súd štátu Mississippi a zrušil ho. Tento prípad nakoniec prerokoval Najvyšší súd Spojených štátov Amerických, ktorý sa postavil na stranu rodiny a vytvoril *ústavný základ pre právo odmietnuť lekárske ošetrovanie*, zaviedol tiež náhradný systém pre nespôsobilých pacientov, ktorý sa v jednotlivých štátoch (USA) v rôznych požiadavkách odlišuje.

²⁶ Karen Quinlan, (*29.3.1954 - †11.6.1985) ako 21-ročná žena, bola v pretrvávajúcom vegetatívnom stave po dvoch 15-minútových apnoických pauzách, sekundárnych po užití drog (valium + alkohol). Po roku bez zlepšenia jej otec požiadala o odobranie podpory života. Nemocnica to odmietla, čo vyvrcholilo súdnym sporom. Súd prvého stupňa sa postavil na stranu nemocnice, no Najvyšší súd v New Jersey rozhodnutie zmenil. Toto bolo prvé z viacerých rozhodnutí na štátnej úrovni, ktoré predchádzali *prípádu Cruzan*, ktoré ustanovilo nenáboženské právo odmietnuť starostlivosť a rozšírilo toto právo na nespôsobilých pacientov prostredníctvom ich opatrovníkov. **Stanovilo sa tiež, že súdne spory nie sú potrebné k ukončeniu starostlivosti, ak existuje zhoda medzi zainteresovanými stranami v rozhodnutí** (opatrovník, lekár, etické komisie). **Posunula sa tiež pozornosť z práva vyhládať starostlivosť na právo na smrť**. Pani Quinlan po ukončení mechanickej ventilácie prežila 9 rokov.

²⁷ Etické problémy sú uvedené z krajín, kde je DNR legalizované.

Keď sa pacient alebo rodina a lekári nezhodnú na štatúte DNR, je bežné požiadať o pomoc nemocničnú etickú komisiu.

V Spojených štátoch Amerických sa hromadia *dôkazy o rasových rozdieloch v miere prijatia „do not resuscitate“*. Štúdia z roku 2014 na pacientoch s konečným štádiom rakoviny zistila, že u bielych pacientov, ktorí nie sú latinskoamerickí, bola podstatne vyššia pravdepodobnosť objednávky DNR (45 %) ako u pacientov čiernej pleti (25 %) a Latino (20 %).

Jedna štúdia uviedla, že zatiaľ čo 88 % mladých stážistov lekárov v dvoch nemocniciach v Kalifornii v roku 2013 verilo, že by sami požiadali o príkaz DNR, ak by boli nevyliciteľne chorí, sú dostatočne flexibilní na to, aby poskytlí vysoko intenzívnu starostlivosť pacientom, ktorí si DNR nevybrali (Pfeifer M, 2014).

Existuje aj *etický problém ukončenia používania implantovateľného kardioverter-defibrilátora (ICD) u pacientov s nepriaznivou prognózou, ktorý podpísali DNR*. Veľký prieskum medzi odborníkmi na elektrofyziológiu a srdcovými špecialistami, ktorí implantujú kardiostimulátory a ICD zaznamenal, že odborníci sa domnievali, že deaktivácia ICD nie je eticky odlišná od zrieknutia sa kardiopulmonálnej resuscitácie, čo je v súlade s DNR. Väčšina sa domnievala, že deaktivácia kardiostimulátora je samostatný problém a nemôže byť všeobecne eticky schválený. Kardiostimulátory boli vnímané ako jedinečné zariadenia alebo eticky preberajúce úlohu „udržiavania pacienta pri živote“, podobne ako dialýza (Daeschler M, 2015).

Od marca roku 2010 prišli do platnosti odporúčania Českej lekárskej komory²⁸, ktoré určujú postup pri rozhodovaní zmeny liečby z intenzívnej na paliatívnu u pacientov v terminálnom štádiu, ktorí nie sú schopní vyjadriť svoju vôľu. Tieto odporúčania však nemajú dostatočnú legislatívnu podporu a tak sa na ne nemožno odvolávať ako na postup lege artis. V praxi nemá žiadne zo zdravotníckych zariadení vnútorným predpisom upravený postup pre indikácie *Do not resuscitate*. To by bolo v poriadku, keby ale k neposkytovaniu resuscitácie, odpájaniu pacientov či rozhodovaniu, ktorý z nich je perspektívny a ktorý nie je, v praxi nedochádzalo. V zdravotnej dokumentácii by sa nemalo vyskytovať „DNR – neresuscitovať“ a pod. Pri pochybách poskytovanej kvality starostlivosti je toto príbuznými / pozostalými chápané ako usvedčujúci dôkaz o zanedbaní starostlivosti. Súčasná právna úprava „*skôr vyslovených prianí*“ a teda aj pokynov „*do not resuscitate*“ je úplne nedostatočná bez zákonnej

²⁸ v Českej republike

podpory možno len ťažko dostatočne oceniť odporúčania vytvorené odbornými lekárskymi spoločnosťami. Rovnako tak v Slovenskej republike nie je zlegalizovaný inštitút „*do not resuscitate*“.

9.4.2 Terminálny weaning

Terminálny weaning je ukončovanie ventilačnej podpory ako súčasť komplexnej starostlivosti o chorých s ireverzibilnou poruchou orgánových funkcií. Najčastejšie je definovaný ako **stupňovité znižovanie ventilačnej podpory rôzneho rozsahu a rôznej rýchlosti.**

Tento postup bol do klinickej praxe zavedený začiatkom 80. rokov v Spojených štátoch Amerických. V literatúre s v súvislosti s terminálnym weaningom uvádzané dva rozličné pojmy:

- *terminálne odpájanie* (stupňovité znižovanie ventilačnej podpory pri ponechaní arteficiálneho zaistenia dýchacích ciest²⁹),
- tzv. *terminálna extubácia*, ktorá je považovaná množstvom autorov za extrémnu podobu ukončovania umelej pľúcnej ventilácie.

Možné spôsoby ukončovania ventilačnej podpory a terminálneho odpájania sú znižovanie PEEP³⁰, zníženie FiO₂³¹, zníženie minútovej ventilácie, odpojenie od ventilátora a ponechanie spontánnej ventilácie a extubácia.

Základné predpoklady pred zahájením ukončovania ventilačnej podpory:

- jednoznačná zhoda medzi členmi ošetrojúceho tímu s indikáciou ukončenia ventilačnej podpory,
- pripravenosť lekárov a sestier na zmeny fyziologických funkcií, ktoré v tejto súvislosti môžu nastať,
- rozvaha a stanovenie klinických cieľov, ktoré musia byť dosiahnuté,
- zaistenie voľných dýchacích ciest,

²⁹ Arteficiálne, čiže umelé, zaistenie dýchacích ciest = endotracheálna intubácia alebo tracheostómia.

³⁰ PEEP (positive end expiration pressure) – vyjadruje pozitívny tlak v dýchacích cestách (tlak vyšší než atmosférický) na konci výdychu (expirácia) je súčasťou ventilačného režimu. Cieľom jeho použitia je zvýšenie objemu plynu, ktorý zostáva v pľúchach na konci výdychu a tým dochádza zlepšeniu výmeny plynov v pľúchach, rozvoľneniu atelektáz (atelektáza – nevzdušnosť, kolaps pľúc) a zvýšeniu dychových objemov.

³¹ FiO₂ – inspiračná koncentrácia kyslíka.

- kontrola sekrécie z dýchacích ciest,
- zaistenie zvlhčovania pri vdychu,
- kontrola bolesti,
- písomný záznam indikácie.

Behom ukončovania ventilačnej podpory musí byť:

- monitoring so zameraním na včasnú detekciu prejavov bolesti, dychovej tiesne a dyskomfortu,
- dostatočná analgosedácia,
- eliminácia prejavov bolesti, dychovej tiesne a dyskomfortu,
- zaistenie voľných dýchacích ciest a kontrola sekrécie,
- zaistenie starostlivosti v pokojnom tichom prostredí s dôrazom na dôstojnosť chorého a za prítomnosti rodiny, pokiaľ si to praje.

Terminálny weaning ako súčasť komplexného procesu ukončovania postupov orgánovej podpory predstavuje metódu, ktorá má svoje opodstatnenie jednak z medicínskeho a jednak z etického hľadiska. Významne znižuje utrpenie chorých v terminálnom stave ireverzibilnej orgánovej disfunkcie a umožňuje im dôstojný koniec ich života v prítomnosti svojich najbližších. Pri dodržaní všetkých uvedených podmienok a predpokladov predstavuje postup, ktorý je v súlade s etickými princípmi medicíny i so súčasným právnym rámcom poskytovanej zdravotnej starostlivosti a nemožno ho označiť za eutanáziu.

9.5 Etické problémy intenzívnej starostlivosti v neonatológii

Osobitnou kapitolou v zdravotníckej etike sú etické problémy v neonatológii. Základ etických postojov tu tvorí ochrana slabého, bezmocného, bezbranného, ale i nechceného alebo poškodeného dieťaťa. Pred úplne nové problémy nás tiež stavia obrovský pokrok a rozvoj vedecko-technických poznatkov a ich využitie.

Zavedenie intenzívnej starostlivosti a použitie mechanickej ventilácie u novorodencov s respiračným zlyhaním predstavujú v starostlivosti o novorodencov určitý medzník, pretože umožňujú zachovanie dýchania pokiaľ vyvolávajúca príčina neustúpi spontánne alebo vplyvom liečebných zásahov. Mechanická ventilácia určite predlžuje život a často doslova zachraňuje život chorých novorodencov, ktorí by ináč zomreli. Tu sa ale dostávame k jadru

etických postojov, ***kedy mechanickú ventiláciu začať a kedy ju ukončiť***. Samozrejme, že názory na také dôležité otázky sa môžu rozchádzať. Dôležité je hľadať spoločný základ, ktorý by obsahoval analýzu objektívnych nálezov, časový faktor a súčasne využíval technické možnosti pracoviska.

Aj keď vedecko-technické poznatky výrazne posunuli intenzívnu starostlivosť v neonatológii, nielen technické aspekty terapie, ale aj objektívny stav dieťaťa ovplyvňujú ďalšie postupy intenzívnej starostlivosti, pri ktorej zdravotnícki pracovníci sledujú predovšetkým záujem a dobro pacienta (Mišová, 2006). V objektívnom stave sú rozhodujúce napr. perinatálna anamnéza, perinatálna anamnéza, výsledky dostupných vyšetrení, klinický stav dieťaťa a jeho odpoveď na liečbu, odhad výsledkov liečby – prognóza dieťaťa.

Etické postoje a rozhodovanie lekárov a sestier sa opierajú aj o postoje rodičov či zákonných zástupcov, pričom musia rešpektovať aj právnu ochranu dieťaťa (Munzarová, 2005). Tieto požiadavky na konanie sestier a lekárov sú nesmierne náročné a vyžadujú vysokú mieru kompetencie a zodpovednosti. Preto v neonatológii prebieha diskusia k viacerým závažným otázkam starostlivosti o novorodenca. Najviac diskutované problémy sú:

- ***Zlepší sa šanca na prežitie po zavedení intenzívnej terapie?***
- ***Je orgánové zlyhanie novorodenca reverzibilné?***
- ***Je možné spoľahlivo odhadnúť výsledok liečby pri závažných ochoreniach?***
- ***Kedy začať resuscitáciu a intenzívnu starostlivosť?***
- ***Je možné ukončiť intenzívnu starostlivosť a nechať dieťa zomrieť prirodzenou smrťou?***
- ***Kedy je možné udržať status quo?***
- ***Ktorá autorita má urobiť dôležité rozhodnutie – lekár, rodičia, etická komisia? (60).***

Jednou z prvoradých otázok je ***otázka, či sa našimi zásahmi zlepší šanca dieťaťa na prežitie a či je respiračné zlyhanie reverzibilné***. Pôrodný sál nie je vhodných miestom na robenie unáhlených etických rozhodnutí. Zdravotník musí odpovedať okamžite a nemá čas na etickú analýzu z krátkodobého alebo dlhodobého hľadiska. I keď výnimočne, ale predsa sú známe i okolnosti, keď lekár necháva dieťa zomrieť prirodzenou cestou bez toho, aby použil maximálne úsilie k záchrane jeho života, napr. anencephalus.

Naproti tomu zastavenie mechanickej ventilácie je rozhodnutie, ktoré prichádza po uváženej, starostlivej analýze dostupných informácií o stave dieťaťa a zahrňuje i postoje rodičov, teda nie je také urgentné ako zahájenie ventilácie.

Vážnou etickou záležitosťou sa naskytá **otázka, kedy je možné zastaviť mechanickú ventiláciu**. Ponúkajú sa tri etické postoje, dva extrémne, jeden kompromisný:

- **Vitalistická teória** tvrdí, že niet okolností, za ktorých sme prerušiť umelú ventiláciu. Pokiaľ je dieťa živé, musí sa s mechanickou ventiláciou pokračovať.
- **Teória kvality života** tvrdí, že zastavenie ventilácie je podložené kvalitou života dieťaťa teraz i v budúcnosti.
- **Kompromisná medicínska indikačná teória** hovorí, že môžeme prestať s mechanickou respiráciou vtedy, ak už dieťa vstúpilo do procesu zomierania a niet žiadnej nádeje na vyliečenie. Ak proces zomierania manifestuje - je multiorgánovým zlyhaním, mechanická ventilácia je neodôvodnenou námahou. Zastavenie podpory dýchania umožňuje dieťaťu zomrieť pokojnou smrťou (prípadne v náručí rodičov aj doma, mimo intenzívnej jednotky).

Posúdiť jednoznačne analýzu týchto teórií, či už z etickej, filozofickej alebo právnej stránky je veľmi náročné. Z praktického hľadiska je pojem kvality života subjektívny, podmienený vlastnými názormi a ak by sa tento postoj ďalej rozvíjal, viedol by k postojom menšej kvality života handicapovaných detí i dospelých. Takýto postoj je v západnej civilizácii neprijateľný. Rovnako ťažké je predvídať, že by bol život neznesiteľným bremenom už v novorodeneckom veku. Koniec - koncov sú to rodičia, prípadne celá rodina, kto normálne nesie bremeno handicapovaného dieťaťa a tak stojí **úvaha, o čiu kvalitu života ide. O kvalitu života dieťaťa alebo jeho rodiny?**

Možno navrhnúť niektoré pomocné postoje:

- *vždy konať v najlepšom záujme dieťaťa,*
- *pripraviť sa na postoj, ktorý treba zaujať v prospech dieťaťa, ak rodičia odmietnu podporiť jeho život,*
- *zvážiť i utrpenie ďalšej intenzívnej starostlivosti k predpokladanému výsledku terapie,*
- *zdieľať informáciu, ale nezaťažovať rozhodnutím rodičov a neprenášať problém na nich.*

V praxi sa stretávame s viacerými úskaliaми objektívneho a kritického zhodnotenia stavu dieťaťa:

- Naše dojmy a prognózy môžu byť ovplyvnené našimi vlastnými emóciami a teda môžu byť niekedy klamné. Túto skutočnosť si treba uvedomiť, ak má byť konané v najlepšom záujme dieťaťa. Určité pocity frustrácie až skepsy poznačujú niekedy personál jednotiek intenzívnej starostlivosti novorodeneckých oddelení, ktoré sprevádzajú opakované zhoršenia zdravotného stavu novorodencov, prípadne exity. Taktiež vonkajší zjav

zaintubovaného dieťaťa dýchajúceho pomocou respirátora s mnohopočetnými hematómami a zmenenou farbou kože môžu vplývať na naše emócie.

- K najťažším úlohám lekára patrí zhodnotenie krátkodobej a dlhodobej prognózy. Takisto neistota okolo nej robí naše rozhodnutia rovnako problémovými. Mali by sme sa vyrovnáť s fenoménom tzv. dvojitej štandardy, keď rovnaká štrukturálna zmena má u chorého dieťaťa zlú prognózu, ale nie u zdravého. (Např. ultrasonografický nález zväčšených komôr u šesťtýždňového dojčaťa, ktoré dýcha spontánne, sa môže považovať za prognosticky dobré znamenie, kým u rovnako starého dieťaťa, ktoré vyžaduje umelú ventiláciu, sa môže interpretovať ako cerebrálna atrofia. Dôležitejšie pre zlú prognózu sú pretrvávajúce neurologické symptómy, ako sú kŕče, poruchy vedomia, poruchy svalového tonusu a pod.).
- Postoje rodičov sú tiež rôzne. Sú rodičia, ktorí pravidelne navštevujú svoje dieťa a spolu s ošetrojúcim personálom sa spolupodieľajú na zodpovednosti za dieťa. Ak to tak zo strany rodičov nie je, čo môže byť i pochopiteľné, naše profesionálne etické cítenie a postoj konať v najlepšom záujme dieťaťa by postoje rodičov nemali ovplyvniť. Najťažšia spolupráca je s matkami narkomankami (Mišoá, 2006).

9.5.1 Etický prístup k selektívnemu neposkytnutiu (ukončeniu) intenzívnej starostlivosti

Súčasná úroveň neonatologickej starostlivosti dokáže *udržať pri živote aj extrémne nezrelých novorodencov s ťažkým postihnutím. Otázka ale znie – je to humánne a etické?*

Extrémne nezrelé, kriticky choré a malformované deti bez intenzívnej starostlivosti zomierajú behom niekoľkých minút či hodín po narodení. *Intenzívna starostlivosť môže v niektorých prípadoch situáciu zhoršiť v tom zmysle, že predlžuje umieranie a utrpenie dieťaťa o dni a týždne.*

Naskytajú sa etické úvahy:

1. *Extrémne nezrelí novorodenci sú ľudské bytosti, zasluhujú si rovnaký rešpekt, aký by sme si želali my v ťažkej chorobe. Chrániť slabých je etický prístup vychádzajúci zo židovsko-kresťanských tradícií a je vysoko relevantný pre novorodeneckú intenzívnu starostlivosť (68).*
2. *Obmedzenie utrpenia a nepoškodzovať sú dôležité princípy a ciele lekárskej etiky.*
3. *Starostlivosť o deti musí byť v súlade so zákonom.*
4. *Zákaz eutanázie.*

Aké sú teda východiská pri selektívnom neposkytovaní intenzívnej starostlivosti?

Predĺžovaním procesu umierania s bolestivými zákrokmi môže byť intenzívna starostlivosť horšia ako rýchla prirodzená smrť. Dôležitou podmienkou je skutočnosť, že intenzívna starostlivosť nie je schopná obnoviť zdravie a zaistiť dlhé prežitie. ***Život predlžujúca terapia nie je indikovaná, ak prináša viac utrpenia ako prospechu.*** (Európska asociácia paliatívnej medicíny).

Rozhodnutia o nezahájení alebo ukončení intenzívnej starostlivosti sú veľmi zložité a prebiehajú v postupných krokoch.

Najdôležitejšia je presná objektívna diagnostika všetkých zdravotných problémov a podrobný odhad prognózy dieťaťa. Nasleduje odhad budúcej kvality života, pričom je treba zohľadniť aj to, ako bude možné poškodenie tolerovať rodina. Na rozhodovaní sa podieľa tím lekárov a sestier, alebo sa prizvú aj iní odborníci, prípadne etická komisia.

Stanovisko odborníkov sa prezentuje rodičom. Je nutné vypočuť ich názor, deklarovat jasné vyjadrenie zodpovednosti na strane personálu. Ak rodičia s rozhodnutím o ukončení nesúhlasia, pokračuje sa v liečbe a aj v diskusii. Ak súhlasia, ukončí sa intenzívna starostlivosť a prechádza sa na paliatívnu starostlivosť s cieľom zabrániť utrpeniu a bolesti dieťaťa. Je veľmi dôležité vyjadriť podporu rodine, zodpovedať kedykoľvek ich otázky, umožniť neobmedzený kontakt s dieťaťom.

Aj na veľkých štúdiách v perinatologických centrách vo svete je najčastejšia príčina smrti u extrémne nezrelých novorodencov ukončenie liečby alebo nezahájenie resuscitácie.

Najčastejšie príčiny ukončenia intenzívnej starostlivosti z klinického hľadiska sú refraktérne respiračné a renálne zlyhanie, intrakraniálne krvácanie a hypoxické mozgové zmeny, alebo ich komplikácie. Z pohľadu lekárov najväčšie percento ukončenia terapie udalo márnosť liečby pri nezrelosti a neodvratnej smrti, zlú prognózu ťažkého postihnutia a predĺžovanie zbytočného utrpenia.

Etické problémy v neonatológii sú veľmi zložité a v ich správnom hodnotení i riešení okrem medicínskeho, profesionálneho hľadiska sa bude premietat i hodnotový systém zdravotníka vo vzťahu k hodnote života každého dieťaťa.

Záver

V intenzívnej starostlivosti denne vznikajú – aj vďaka pokroku v medicíne – hraničné situácie medzi životom a smrťou človeka. Na jednej strane nové poznatky a rozvoj urgentnej

a intenzívnej medicíny zvýšili pravdepodobnosť prežívania mnohých stavov a tým pozmenili naše vnímanie reverzibility orgánového postihnutia. Na strane druhej aplikácia základných etických noriem musí byť za všetkých okolností neoddeliteľnou súčasťou celkového hodnotenia chorého v procese stanovenia diagnostickej i terapeutickjej stratégie.

Urgentná a intenzívna starostlivosť vždy vyžaduje, aby sme premysleli etické problémy ešte skôr a dokonca i širšie, než sme s určitým z nich konkrétne konfrontovaní v napätých a často súčasne i v naliehavých situáciách. Resuscitačné prostredie nie je miestom veľkých etických úvah, pretože potrebuje okamžite konať v prospech obnovenia základných životných funkcií.

Prežívanie pacientov s ťažkými následkami po kardiopulmocerebrálnej resuscitácii často vníma verejnosť ako zlyhanie medicíny a nepriamo „produkcii“ ťažko poškodených pacientov. Narastajú i tlaky verejnosti na isté hodnotenie týchto aktivít v zmysle efekt / náklady. Netreba podceňovať závažnosť týchto tlakov; mnohí zástancovia týchto názorov majú kľúčové postavenie v spoločenskom a politickom dianí. V tomto okamihu musí byť daný priestor na etické posúdenie takýchto názorov, hlas volajúci po etických prístupoch možno nebude taký silný, ale bude podložený skúsenosťami ľudstva z nedávnej minulosti. Dokumenty z Norimberského procesu s lekármi III. ríše sú mementom.

Každý zdravotník by si mal uvedomiť, že je „len“ hosťom v živote svojich pacientov a ich príbuzných. A ak to len trochu ide, mal by sa aspoň na niekoľko okamihov „premiestniť“ do ich kože, mysle a pocitov...

Pracovný list

6. Aký je Váš názor na inštitút „do not resuscitate“?
7. V čom vidíte najväčší etický problém pri (ne)resuscitácii novorodenca?
8. Vyjadrite svoj názor na prítomnosť príbuzných pri resuscitácii a obhájte ho.
9. Čo považujete za najväčší etický problém v intenzívnej starostlivosti?

Literatúra

- 1 BOSSAER, L. – GEORGIOUM, M. – LIPERT, K. F. – RAFFAY, V. – STEEN, A. P. 2010. *Etyka resuscytacji oraz problemy końca życia*. W: Wytoczne resuscytacji krążeniowo-oddechowej 2010. red. Anders J. Polska Rada Resuscytacji 2010, 280-284
- 2 DAESCHLER M, VERDINO RJ, CAPLAN AL, KIRKPATRICK JN (August 2015). "Defibrillator Deactivation against a Patient's Wishes: Perspectives of Electrophysiology Practitioners". *Pacing and Clinical Electrophysiology*. 38 (8): 917–24.
- 3 DRÁBKOVÁ, J. 2018. *Následná intenzivní péče*. Mladá fronta, 2018, 608 s., ISBN 978-80-2044-470-7
- 4 DUGAN D, RISEMAN J. (July 2015). "Do-Not-Resuscitate Orders in an Operating Room Setting #292". *Journal of Palliative Medicine*. 18 (7): 638–9.
- 5 FULBROOK, P. – LATOUR, J. – ALBARRAN, J. - GRAAF DE W. – LYNCH, F. – DEVICTOR, D. – NOREKVAL, T. 2007. *The presence of Family Members during Cardiopulmonary Resuscitation Working Group*. 2007. Joint Position Statement. *Connect: The World of Critical Care Nursing* 5 (4), 86-88.
- 6 GRABCZAKOVÁ, Z. 2003. Kedy nezahajovať alebo prerušiť liečenie ťažko chorého. In: *Scripta bioethica*, 2003, č. 2-3. s. 50-55
- 7 HAWRYLUK, L. 2004. Research ethics in the intensive care unit, current and future challenges. *Clin Care*, 8, 2004, č. 2, s. 71-72
- 8 KAPOUNOVÁ, G. 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*, 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 2020, 404 s., ISBN 978-80-271-0130-6
- 9 KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007, 1. vyd., 163 s., ISBN 978-80-247-2069-2
- 10 MASÁR, O. – POKORNÝ, J. 2005. *Syndróm vyhorenia ako dôsledok etických problémov v intenzívnej medicíne v štátoch s menej výkonnou ekonomikou*. In: *Komplexná starostlivosť o človeka v hraničných situáciách*. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce bl. P. P. Gojdiča, Prešov, 2005, ISBN 80-969449-1-6
- 11 MIŠOVÁ, R. 2006. *Zdravotná starostlivosť z pohľadu etiky*. Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava, 2006, 39 s.

- 12 MUNZAROVÁ, M. 2005. *Zdravotnícká etika od A do Z*. Praha, Grada Publishing a.s., 2005, 153 s., ISBN 80-247-1024-2
- 13 PFEIFER M, QUILL TE, PERIYAKOIL VJ (2014). "Physicians provide high-intensity end-of-life care for patients, but "no code" for themselves". *Medical Ethics Advisor*. 30 (10).
- 14 ŠIMKOVÁ, A. - BENEDIKOVIČOVÁ, A. - BOROŇOVÁ, J. 2015. *Intenzívna medicína v ošetrovatelstve a jej medicínsko-právne aspekty*. 1. vyd. Bratislava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2015, 219 s. ISBN 978-80-8082-843-1
- 15 ŠEVČÍK, P. a kol. 2014. *Intenzivní medicína*. Praha, Galén, 2014, 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0
- 16 ŠOLTÉS, L. – RADKOVÁ, L. – GAŽIOVÁ, M. – BIELOVÁ, M. 2005. Nadišiel čas, aby sme i u nás diskutovali o living will. In : *Lekársky obzor*. Vyd. MZ SR a SZU, roč. LIV, č. 9/2005, ISSN 0457-4214, s. 392-393
- 17 WEIJER, J. 2004. The ethical analysis of risk in intensive care unit research. *Clin. Care*, 8, 2004, č. 2, s. 85-86

Recenzný posudok

Lajdová Andrea a kol: Etické myslenie sestier

Učebné texty Etické myslenie sestier ako vysokoškolská učebnica majú prioritne slúžiť najmä potrebám poslucháčov študijného odboru ošetrovateľstvo. Je veľký predpoklad, že ju s úžitkom využijú aj sestry z praxe a iní odborníci, ktorí sa danej problematike venujú. Cieľom kolektívu autoriek bolo dosiahnuť hlbšie zamyslenie sa čitateľa nad etickou problematikou, zvažovať alternatívne názory a riešiť zložité etické dilemy v ošetrovateľskej praxi. Učebnica spracúva aktuálnu problematiku. Etika tvorí bezprostrednú súčasť práce sestry. Toto vysoko humánne poslanie kladie mimoriadne vysoké nároky na osobnosť, morálku a charakterové vlastnosti sestier. Etická vnímavosť sestry sa spája s poznaním etickej teórie, morálna senzibilita súvisí s osobnostným poznaním v rámci medziľudských vzťahov. Predložený rukopis v elektronickej podobe súhrnne obsahuje 9 kapitol, obálku, impresum a predslov. Autorky v prvej kapitole vymedzujú základné pojmy vzťahujúce sa k etike, princípom a etickým dilemám. Druhá kapitola je venovaná problematike empatie s dôrazom na jej uplatnenie v práci sestry. Tretia kapitola je zameraná na analýzu etických aspektov komunikácie s vybranou skupinou pacientov a ich podporných osôb. V ďalších kapitolách autorky spracovali etické aspekty starostlivosti v onkológii, o ťažko chorých a zomierajúcich, ako aj etické aspekty v intenzívnej a urgentnej medicíne. Osobitné kapitoly sú venované problematike bolesti a transplantácie. V závere každej kapitoly je uvedená použitá literatúra a prehľadne spracované pracovné listy, ktoré sú významným prínosom pre študenta. Učebnica je spracovaná prehľadne, má didakticky vhodné usporiadanie, logickú nadväznosť, ucelené obsahové i formálne členenie jednotlivých kapitol. Ako celok je prehľadným zhrnutím danej problematiky, zároveň vytvára predpoklad, že bude významným prínosom v profesionálnej príprave sestier.

V Nových Zámkoch 12.1.2023

doc. PhDr. Jana Otrubová, PhD.

Recenzia doc. Tkáčová.pdf

Súbor | C:/Users/1101211/Desktop/Recenzia%20doc.%20Tkáčová.pdf

Kreslit | Čítať nahlas | Opýtať sa umelej inteligencie Bing

1 z 1

Recenzný posudok elektronickej publikácie

Návod diela: ETICKÉ MYŠLENIE SESTRY

Autorky: PhDr. Andrea Lajčáková, PhD.
Spoluautorky: doc. PhDr. Andrea Borková, PhD., MPH
doc. PhDr. Jana Borková, PhD.
PhDr. Alena Urdlová, PhD.
PhDr. Jana Čapíková, PhD.

Recenzent: doc. PhDr. Dabomira Tkáčová, PhD., MPH,
FZO PU v Prešove, Katedra ošetrovateľstva


Vysokškolská učebnica je vhodným učebným materiálom pre zefektívnenie výučby v odbore Ošetrovateľstvo, ktorá pomôže študentom ošetrovateľstva prespíjať teoretické poznatky s klinickou praxou v predmetnej problematike. Učebnica vznikla vďaka projektu KEGA pod názvom „*Využitie analýzovateľných nástrojov pri tvorbe učebného materiálu etiky v ošetrovateľstve a cieľom zmeniť hodnotový orientácie študentských sestier vo vzťahu k profesií*“. Cieľom autorky učebnice bolo „dotiahnuť“, aby sa študenti nad etickou problematikou hlbšie zamýšľali, poznanky si zvnášali a boli tak pripravení kriticky myslieť, zvažovať alternatívne názory a riešiť zložité problémy v praxi.

Predkladaná vysokškolská učebnica je rozdelená do deviatich tematicky usporiadaných kapitol. Tieto kapitoly sú zamerané na problematiku etiky v ošetrovateľstve a reflektujú na súčasné problémy ošetrovateľskej praxe v inštitucionálnych a hodnotových orientáciách v individuálnom aj spoločenskom kontexte. V ôsmych častiach učebnice obsahuje základné pojmy v medicínskej a ošetrovateľskej etike, ktoré by sestry mala ovládať. Ďalšie kapitoly obsahujú aplikáciu etických pojmov, zákonitostí, princípov vo vybraných oblastiach, ktoré spracovali autori vo vzťahu k svojmu profesijnému zameraniu.

Dielo predstavuje kvalitnú inovatívnu pomocku pri výučbe študentov ošetrovateľstva, ktoré je presné a profesionálne spracované. Učebnica prispieje k etickej kompetencii každého kto si ju prečíta a podnieti k ďalšej etickej problematike v sestrskej profesii.

Na záver konštatujem, že predmetné dielo vo vzťahu k svojej štruktúre, obsahu, náročnosti spracovania napĺňa podstatu, charakter a náležitosti vysokškolskej učebnice podľa platných právnych noriem v Slovenskej republike.

18.1.2023 Prešov


počís recenzenta

Hľadať

USOIL -1.92%

13:55
4. 10. 2023