



KATOLÍCKA UNIVERZITA V RUŽOMBERKU

formujúca myseľ i srdce

FAKULTA ZDRAVOTNÍCTVA



Zborník

z 2. medzinárodnej konferencie

ETICKÉ ASPEKTY OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI V TEÓRII A PRAXI

2010

© VERBUM - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2010

Editor: PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.
PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
doc. PhDr. Helena Kadučáková, PhD.

Recenzenti: PhDr. Marcela Ižová, PhD.
PhDr. Mária Novysedláková
PhDr. Mária Lehotská
PhDr. Eva Moraučíková
PhDr. Michaela Vicáňová

Za odbornú a jazykovú stránku zodpovedajú autori.

ISBN 978-80-8084-616-9

**Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva
Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií,
Ústav aplikovaných společenských věd
Krakowska Akademia Andrzeja Frycza Modrzewskiego**

2. medzinárodná konferencia

ETICKÉ ASPEKTY OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI V TEÓRII A PRAXI

Konferencia sa koná dňa 7. októbra 2010
pod záštitou

dekana Fakulty zdravotníctva Katolíckej Univerzity v Ružomberku,
dekana Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně
a dekanke Krakowskej Akademii Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

v priestoroch Fakulty zdravotníctva KU v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48

Konferencia je zaradená do systému bodových hodnotení účasti na odborných podujatiach podľa Vyhlášky MZ SR 366/2005 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Vedeckí garanti konferencie

Prof. MUDr. Anton Lacko, CSc.(SR)
Prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc (ČR)
Dr n. med. Grażyna Dębska (PL)

OBSAH

Etika vo vzťahu ku geriatrickému pacientovi	5
Etický prístup jako nedílná součást psychosociální adaptace klientek s onkogynekologickou diagnózou	13
Etický problém - pravda pri ošetrovaní nevyliciteľne chorých	18
Profesní odpovědnost - od teórie k praxi	27
Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti o ťažko telesne postihnutých	32
Nursing ethics - theoretical aspect	38
Důstojnost člověka v závěru života.....	47
Etické princípy v zdravotnej starostlivosti	54
Etická komunikace porodní asistentky při procesu edukace.....	61
Etika v praxi v rámci nemedicínských zdravotníckych odborov	66
Etické a právne aspekty edukácie v ošetrovateľstve	75
Etické dilemy v akútnych stavoch.....	83
Modele bioetyczne w praktyce pielęgniarki.....	90
Etické princípy v povolání sestra	98
Ethics in nursing practice	104
Metody detekce nadměrného růstu plodu v průběhu gravidity	110
Sestra a etika publikační činnosti	117
Sestra a „obtížný“ klient.....	122
Etické aspekty v péči v domově pro seniory	130
Špecifiká etického prístupu pri ošetrovaní žien v gynekológii a pôrodníctve	134
Komunikačné trendy v ošetrovateľstve.....	141
Etika v přednemocniční péči	148
Poruchy adaptácie u žien s neúspešným tehotenstvom	151
Etické požiadavky na povolanie v zdravotnej starostlivosti	162
Problémy farmakologickej liečby vo vyššom veku	168
Od etiky princípů k etice odpovědnosti.....	175
Etické dilemy umelej hydratácie a výživy v závere života	180

ETIKA VO VZŤAHU KU GERIATRICKÉMU PACIENTOVI

Zuzana Hudáková, Mária Novysedláková

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

Súhrn

Etika ako filozofia sa dostáva do popredia záujmu všetkých oblastí súčasného života. Starnutie populácie na celom svete naskladuje nové etické otázky. Hlavnou etickou normou v geriatrickej je zachovanie dôstojnosti človeka. Ľudská dôstojnosť a jej zachovanie v starobe je hlavným prvkom ošetrovateľskej etiky v geriatrickej. Zdravotnícky pracovník nesmie dopustiť, aby starý človek stratil dôstojnosť. Základom ošetrovateľskej etiky v praxi je rešpektovanie princípu rovnocennosti a dodržiavanie odborného a ľudského prístupu ku všetkým pacientom. Kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti geriatrický pacient hodnotí nielen po materiálnej a technickej stránke, ale hlavne na základe ľudských hodnôt. Profesionálna starostlivosť znamená úctu k ľudskému životu od jeho počiatku až do konca s rešpektovaním dôstojnosti ľudského života; akceptovanie osoby so všetkými jej potrebami.

Kľúčové slová: Ošetrovateľská etika. Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti. Ľudské hodnoty. Ľudská dôstojnosť.

Summary

Ethics as Philosophy is to the forefront of concern for all areas of contemporary life. Ageing populations worldwide raises new ethical questions. The main ethical standards in geriatrics is to maintain the dignity of man. Human dignity and the preservation of old age is a key element of nursing ethics in geriatrics. Medical staff must not let that old man lost dignity. The ethics of nursing practice is respect for and observance of the principle of equivalence of professional and human approach to all patients. The quality of nursing care, geriatric patients evaluated not only on the material and technical, but mainly based on human values. Professional care means respect for human life from its beginning to the end with respect for the dignity of human life, acceptance of people with all its needs.

Key words: Nursing ethics. Quality of nursing care. Human values. Human dignity.

Úvod

Etikou rozumieme pravidlá alebo princípy, ktoré riadia náležité správanie. V zdravotníctve sa čoraz častejšie používa termín bioetika. Ide o etiku vo vzťahu k životu. Slovo morálka sa často zamieňa s etikou. „Morálka je správanie, ktoré obsahuje úsudky, aktivity a postoje založené na racionálne osvojených a efektívne ustálených normách“. Inými slovami morálka vyznačuje, čo je dobré a zlé v správaní, charaktere alebo postoji a čo jednotlivci musia urobiť pre život v spoločenstve (Kozierová et al. 1995, s. 125).

Fromer uvádza, že štyrmi najdôležitejšími princípmi deontologického prístupu sú autonómia, neuškodenie inému, dobročinnosť a spravodlivosť (Kozierová et al. 1995, s.137).

Rešpekt k autonómii – rešpekt k stavu nezávislého, samostatného jednania, bez vonkajšieho ovplyvňovania (*autos* – sám, *nomos* – zákon). Autonómia predpokladá schopnosť zvážiť a rozlíšiť jednotlivé alternatívy a schopnosti uskutočniť vlastný plán, ktorý si človek predsavzal. V kontexte lekárskej etiky sa týka predovšetkým práva pacienta na sebarealizáciu, doloženého informovaným súhlasom s akýmkoľvek dianím.

Princíp neuškodiť inému (*nonmaleficiencia*) zakazuje ublížiť, poškodiť alebo dokonca usmrtiť iných a je podporou známeho príkazu „nezabiješ“. Má vzťah k zásade „*primum non nocere*“ (predovšetkým neuškodiť) (Munzárová, 2005, s. 43)

Zámerné poškodenie je v ošetrovatelstve vždy neprípustné. Jednako však riziko poškodenia nie je také jasné. Pacient môže byť vystavený riziku poškodenia počas ošetrovateľského výkonu, ktorého zmyslom je pomôcť (Kozierová, 1995, s. 137).

Princíp dobročinnosť (*beneficiencia*) predstavuje pozitívnu dimenziu neuškodiť: predchádza poškodeniu, odstraňuje ho a súčasne podporuje dobro, to znamená: telesnú a duševnú pohodu a akýkoľvek prospech pre chorého, vrátane pomoci pri uskutočňovaní jeho vlastných plánov. Je isté, že tu môžu byť určité obmedzenia, napr. možné riziko seba samého, ktoré je nutné zvážiť tiež vzhľadom k profesionálnej povinnosti liečiť (Munzárová, 2005, s. 43).

Princíp spravodlivosti má súvislosť predovšetkým s rozdeľovaním prostriedkov, dobra i záťaže a služieb. Sú dve hlavné formy uplatňovania tohto princípu. Buď pomoc vyrovnania potrieb jednotlivcov alebo skupín v prípade obmedzených zdrojov, alebo na základe určitého kľúča bez komparácie (porovnania) (Munzárová, 2005, s. 44).

Ošetrovateľská etika

Ošetrovateľská etika sa zaoberá normami a princípmi ošetrovateľskej etiky, špecifickými problémami, hodnotami a mravnými normami a ich realizáciou

v ošetrovateľskej praxi. Zároveň poskytuje stratégie na posilnenie profesionálnej zodpovednosti a vytvára predpoklady na to, aby sa sestra mohla správne rozhodnúť v konkrétnych situáciách. Ošetrovateľská etika vypracúva a zdôvodňuje pravidlá správneho konania, a preto je normatívnym odborom (Poledníková et al. 2006, s. 26).

Princípy etického rozhodovania sestry spočívajú v dvoch základných predpokladoch. Prvým je **profesionálna ošetrovateľská zodpovednosť**, ktorá pacientovi zabezpečuje kvalitnú odbornú ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú podľa zásady neuškodiť (primum non nocere), právo na sebaurčenie (autonómiu) a právo na tzv. informovaný súhlas (informed consent), t.j. súhlas s plánovaným diagnostickými a terapeutickými postupmi po predchádzajúcom zrozumiteľnom informovaní pacienta o týchto postupoch, ako aj spravodlivosť a sociálnu únosnosť poskytovanej starostlivosti. Druhým predpokladom je **ľudský vzťah medzi pacientom a sestrou**, ktorý je založený na vzájomnej dôvere pravdivosti a na povinnej mlčanlivosti (diskrétnosť, dôvernosť) (Poledníková et al. 2006, s. 26).

Asociácia nemocníc Slovenska (ANS) vypracovala v polovici 90. rokov Chartu práv pacienta, vychádzajúcu z medzinárodných dokumentov (Hegyí et al. 2000, s. 5). Charta práv pacienta v Slovenskej republike prešla legislatívnou úpravou a roku 2001 bola prijatá vládou Slovenskej republiky.

Etické problémy v geriatrii a práva geriatrického pacienta

Etika, to sú určité normy a tie úzko súvisia s právom a spravodlivosťou. (Poledníková et al. 2006, s. 27). Keďže etika riadi náležité správanie, narába s tým, čo by „malo“ alebo „mohlo“ byť. S právom má etika spoločné to, že obidva pojmy narábajú s pravidlami správania, ktoré odrážajú vnútorné princípy dobra a zla i kódexy morálky. Etika je vytvorená na ochranu ľudských práv. V ošetrovateľstve etika odкрýva profesionálne roviny ošetrovateľskej praxe, ktoré chránia tak sestru, ako aj pacienta (Kozierová et al. 1995, s. 132).

V Charte práv pacienta v Slovenskej republike prijatej 11. apríla 2001 jednotlivé práva pacientov v zdravotnej starostlivosti sa zakladajú na práve človeka na ľudskú dôstojnosť, na sebaurčenie a na autonómiu. Zvýrazňuje sa právo na dostupnosť, rovnaký prístup zdravotnej starostlivosti, právo byť zrozumiteľným spôsobom informovaný o svojom zdravotnom stave, súhlas pacienta – informovaný súhlas pacienta je podmienkou každého vyšetrovacieho a liečebného výkonu. Všetky informácie o zdravotnom stave pacienta, diagnózach, liečbe a prognóze a aj všetky informácie osobného charakteru sú dôverné počas života aj po smrti.

Svetová zdravotnícka organizácia vo svojom dokumente Zdravie pre všetkých v 21. storočí stanovila ako cieľ č. 5: Zdravé starnutie. V tomto ciele sú obsiahnuté požiadavky na zdravý spôsob života v starobe a spôsob poskytovania starostlivosti pri strate zdravia. Treba pripomenúť aj dokument pod názvom Národný program ochrany starších ľudí, ktorý vláda SR prijala 11.8.1999.

Morálna povinnosť liečiť a ošetrovať pacienta s úctou k jeho ľudskej dôstojnosti predpokladá:

- rešpektovať potrebu sebaúcty človeka, spravidla zníženú seba hodnotením na základe závažného ochorenia a jeho dôsledkov,
- zmierňovať utrpenie chorého v súlade s aktuálnymi poznatkami o človeku ako celostnej osobnosti,
- dostatočne pripravených zdravotníkov, ktorí poznajú nielen zložitosť patologických procesov v ich prevažne telesných prejavoch, ale dokážu interdisciplinárne spolupracovať pri liečení a ošetrovaní chorého človeka (Nemčeková et al. 2000, s. 98).

Profesia sestry – ošetrovateľky je tradične spojená s morálnymi nárokmi. Nejde len o odborné vedomosti a zručnosti, ale tiež schopnosť eticky jednať s ľuďmi a vedieť spolupracovať. Keď sestra hľadá blaho chorého, nemusí to byť aj záujem pacienta a cieľ rodiny pacienta (Ivanová et al., 2005, s. 45). Cieľom činnosti sestry je pomôcť pacientovi čo najskôr a v čo najväčšej miere adaptovať sa na zmenené prostredie a získať samostatnosť v uspokojovaní potrieb. Významným predpokladom spolupráce sestry a pacienta je akceptovanie jeho subjektívneho prežívania pri uspokojovaní potrieb, čo si vyžaduje od sestry holistický prístup k pacientovi (Farkašová et al. 2001, s. 61).

Uspokojovanie potrieb u geriatrického pacienta

Základným predpokladom poskytovania účinnej pomoci starším ľuďom je zohľadňovanie všetkých ich potrieb.

Uspokojovanie **biologických potrieb** je zamerané na starostlivosť

- o telo, jeho pravidelnú hygienu vrátane prevencie preležanín
- príjem potravy a tekutín; pacient má predpísanú diétu podľa ordinácie lekára; strava musí byť teplá, esteticky upravená, z mikrobiologického hľadiska bezchybná
- vyprázdnovanie, močenie a defekáciu; poruchy ovplyvňujú telesné i psychické pocity pacienta

- spánok a odpočinok; vytvoriť podmienky týkajúce sa režimu a úpravy prostredia a pod.
- komfort a pohodlie; ide o úpravu, čistotu prostredia, pomôcok, zabezpečenie súkromia pri vyšetrovaní, liečení a ošetrovaní využívaním zásten a závesov,
- dodržiavanie primeraného pohybového režimu
- polohu; ide o správne uloženie pacienta na posteli, jeho jednotlivých častí tela, ktoré musia byť vo fyziologickej polohe; polohu pacienta treba meniť každé dve hodiny a zabezpečiť jeho včasnú mobilizáciu (Trachtová, 2003).

Uspokojovanie **psychických potrieb** je zamerané na:

- odstraňovanie a zmiernovanie bolesti, pretože bolesť sa odráža na všetkých zložkách osobnosti, čo si od sestry vyžaduje trpezlivé ošetrovanie, rešpektovanie individuálnej citlivosti na bolesť a vytvorenie pokojného prostredia
- predchádzanie a zmiernovanie strachu a úzkosti; úlohou je zabránenie vzniku strachu a úzkosti, a ak už existujú, zmierniť ich negatívne účinky; strach by nemal presiahnuť hranicu adekvátnosti, ale mal by byť mobilizujúcim faktorom
- identifikovanie obáv a neistôt z neznámeho, napr. obáv o život, neistôt v priebehu a výsledkov diagnostických a terapeutických úkonov; pacient potrebuje dostatočné informácie o diagnostike a spôsobe liečby a ošetrovania
- zabráňovanie straty sebaúcty pri náročných ochoreniach a terapeutických výkonoch, ktoré narušujú vzhľad tela (Trachtová, 2003).

Uspokojovanie **sociálnych potrieb** je zamerané na:

- zmiernenie sociálnej izolácie, účinnú komunikáciu s pacientom, zabezpečenie sociálnych kontaktov s podpornými osobami; významné sú kontakty rodičov s deťmi; dôležité je vytvorenie pozitívnej klímy, ľudského kontaktu najmä u osôb pokročilého veku
- riešenie problémov súvisiacich so stratou zamestnania, starostlivosť pri doliečovaní, možnosti ďalšej sebarealizácie

Uspokojovanie **kultúrnych potrieb** je zamerané na:

- umožnenie sledovania spoločenského a kultúrneho diania, zabezpečenie tlače, počúvania rozhlasu, sledovanie televízie

- estetiku prostredia, t. j. teplotu, vlhkosť, cirkuláciu vzduchu, osvetlenie, boj proti hluku a pod.

Uspokojovanie **duchovných a spirituálnych potrieb** je zamerané predovšetkým na rešpektovanie náboženskej slobody, a to poskytnutím možnosti zúčastňovať sa náboženských úkonov. Pri uspokojovaní všetkých potrieb treba rešpektovať **práva pacienta** (Farkašová et al. 2001, s. 62-63). Podľa Ivanovej (2005, s. 209) chorý človek vníma priority svojich potrieb často odlišne ako zdravotnícky personál. Spirituálne potreby môžu u niektorých ľudí nadobudnúť priority nad potrebami biologickými. Je potrebné s chorým viac komunikovať a potom sa spirituálne potreby chorého nestanú pre zdravotníkov problémom, s ktorým si nevedia poradiť.

Komunikácia s geriatrickým pacientom

Jednou z najzákladnejších podmienok dôstojného prístupu a optimálneho vzťahu medzi pacientom a jeho ošetrojúcimi je odstránenie anonymity. Jedným z najzávažnejších, často eticko-psychologicky najťažším problémom, je oboznamovanie pacienta so zdravotným stavom a jeho prognózou, najmä v prípadoch chronických a letálnych ochorení.

Podávanie informácií v komunikácii vedúcej k porozumeniu je významné z viacerých dôvodov:

- je základným prostriedkom uplatňovania etického princípu autonómie, poskytuje pacientovi možnosť prejavíť slobodnú vôľu, zúčastňovať sa rozhodovacích procesov a prebrať časť zodpovednosti za svoj zdravotný stav;
- je prejavom úcty k osobnosti pacienta a prostriedkom utvárania a upevňovania dôvery k ošetrojúcim;
- má nezastupiteľnú funkciu v znižovaní psychickej záťaže, najmä miery neistoty, strachu a úzkosti, ale aj pocitu ostychu a nedôstojnej manipulácie s človekom;
- je nutné aj z hľadiska právneho, napríklad na získanie súhlasu pre invazívny zákrok.

Pokojné, rozhodné a korektné jednanie medzi zdravotníckym personálom navzájom a vo vzťahu k pacientovi podporuje liečebný proces (Balková et al. 2006, s.11).

V zdravotníckych zariadeniach nie je vždy dostatočne akceptovaný kultúrou podmienený vzťah k nahote, sexualite, k uspokojovaniu niektorých fyziologických potrieb a z nich vyplývajúci ostych pacienta pri diagnostike, terapii, ošetrovaní a hygiene. V procese starostlivosti nevyhnutne, aj keď nie zámerne, dochádza k určitému porušovaniu kultúrnych zvyklostí a noriem. (Nemčeková et. al. 2000, s. 60).

Podľa Kutnohorskej (2007, s. 92-93), existujú tri hlavné hodnoty v jednaní s pacientom a to zodpovednosť, spravodlivosť a láskavosť. Zodpovednosťou sa rozumie jednanie, v ktorom sa prejavuje vedomie povinnosti a ktoré svedčí o tom, že človek nejedná náhodne, ale v určitom vzťahu nielen k vlastným záujmom a cieľom, ale tiež k záujmu spoločensky širšom. Je to tzv. morálna zodpovednosť. Spravodlivosťou sa rozumie rešpekt, úcta k právu, k tomu, čo je dané zákonom a láskavosťou sa rozumie ohľad na druhého účastníka jednania. Rozumie sa pozornosť jemu venovaná, záujem o jeho potreby, ošetrovanie a starostlivosť o neho.

Etickým a psychickým aspektom starostlivosti o chorých seniorov je v súčasnosti právom venovaná veľká pozornosť i keď v praxi sú mnohokrát prehliadané a nedocenené. Je pochopiteľné, že pri ošetrovaní sú tieto disciplíny prioritné, ale v modernom ponímaní starostlivosti, ak má byť úspešná musia mať vedomosti o psychických a somatických procesoch rovnaký podiel. Etické aspekty nemožno prehliadať, lebo etika ošetrujúceho personálu, priamo ovplyvňuje terapiu (Kopáčiková et al., 2009).

Záver

Kvalita života je dôležitým aspektom pre každého človeka, zvlášť pre hospitalizovaných geriatrických pacientov. Adaptácia na zmenu prostredia a správny etický prístup zdravotníckych pracovníkov u nich posilňuje pocit istoty a bezpečia. Právo a etika v zdravotníctve sa dostávajú čoraz viac do povedomia ľudí a tejto téme sa venuje viac pozornosti. Etická a odborná stránka každého odborného a vedeckého pracovníka, osobitne lekára a ostatných zdravotníckych pracovníkov bola vždy kategorickou požiadavkou. Hlavným krokom pri poskytovaní starostlivosti o staršieho človeka je vytvorenie pozitívneho terapeutického vzťahu medzi sestrou a geriatrickým pacientom.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BALKOVÁ, D. et al. 2006. *Gerontologické ošetrovatel'stvo*. Prešov: Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníctva, 2006. 91 s. ISBN 80-8068-525-8.
2. FARKAŠOVÁ, D. et al. 2001. *Ošetrovatel'stvo – teória*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2001. 135 s. ISBN 80-8063-086-0.
3. HEGYI, L. et al. 2000. *Práva pacientov v Slovenskej republike*. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva SR, 2000. 47 s. ISBN 80-968465-0-7.
4. IVANOVÁ, K. et al. 2005. *Multikultúrne ošetrovatel'stvo I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

5. KOPÁČIKOVÁ, M., STANČIAK, J., NOVOTNÝ, J. 2009. *Psychologický prístup pri ošetrovaní seniora*. In: Zdravotnícke štúdie, ročník 2, č. 2/2009, Ružomberok : Fakulta zdravotníctva KU, s. 70-72, ISSN 1337-723X.
6. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo 1*, 2. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-8528-0.
7. KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika v ošetrovateľstve*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
8. MUNZÁROVÁ, M. et al. 2005. *Zdravotnícka etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.
9. NEMČEKOVÁ, M. et al. 2000. *Práva pacientov*. 1. vyd. Bratislava: Iris, 2000. 234 s. ISBN 80-88778-94-8.
10. POLEDNÍKOVÁ, L. et al. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.
11. TRACHTOVÁ, E., et al. 2003. *Potřeby nemocného v ošetrovateľskom procese*. 2. vyd. Brno : NCONZO, 2003. 186 s. ISBN 80-7013-324-4

Kontaktné adresy:

PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.

Fakulta zdravotníctva

Katolícka univerzita v Ružomberku

e-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

PhDr. Mária Novysesdláková

Fakulta zdravotníctva

Katolícka univerzita v Ružomberku

e-mail: maria.novysesdlakova@ku.sk

ETICKÝ PŘÍSTUP JAKO NEDÍLNÁ SOUČÁST PSYCHOSOCIÁLNÍ ADAPTACE KLIENTEK S ONKOGYNEKOLOGICKOU DIAGNÓZOU

Jana Chrásková¹, Věra Vránová²

¹Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Ústav zdravotnických studií,

²Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických studií, Ústav porodní asistence

Súhrn

Príspevek se zaměřuje na psychosociální adaptaci klientek po hysterektomii s onkogynekologickou diagnózou a řeší i etickou dimenzi vztahu klientka a ošetřující personál. Cílem výzkumu, s využitím kvalitativní metody- rozhovoru, byla analýza nástrojů, způsobů psychosociální adaptace žen při zjištění uvedeného závažného onemocnění, analýza připravenosti včetně způsobu komunikace a etického přístupu z pozice porodních asistentek, lékařského personálu a psychologa.

Klíčová slova: Psychosociální adaptace. Hysterektomie. Laparoskopie. Psychologie onkologické klientky.

Summary

This paper focuses on the psychosocial adaptation of clients after hysterectomy with cancerous disease and deals with the ethical dimension of the relationship the client and caregivers. The aim of research, using qualitative methods-interview, the analysis tools, methods of psychosocial adaptation of women in finding that a serious illness, including analysis of the preparedness of the method of communication and ethical approach from a position of midwives, medical staff and psychologists.

Key words: Client psychosocial adaptation. Hysterectomy. Laparoscopy. Oncology psychology.

Úvod

Informace o onkologickém onemocnění a následném radikálním chirurgickém řešení je pro každou ženu velká zátěž, narušuje její tělesnou, duševní a sociální integritu. V léčbě reprodukčních orgánů se uplatňuje více medicínských oborů – chirurgie, onkologie,

radioterapie aj., ale také nový obor psycho-gynekologie. Dle Cibuly (2010, str. 288) znamenají informace o onkologickém onemocnění pro každou klientku velkou zátěž, narušuje její tělesnou i duševní integritu. Klientka často mluví o tom, že má pocit, jako by je všichni pozorovali, jako by všichni věděli, že je vážně nemocná. Bojí se o své nemoci mluvit, už jen proto, že většina onkologicky nemocných nemá ráda projevování lítosti nebo naopak, někteří lidé se jim začnou vyhýbat, jen aby s nimi o tom nemuseli mluvit. Častá, bohužel nejčastěji možná, je také obava, že ztratí své postavení ve společnosti, v zaměstnání i mezi přáteli. Je to dáno dlouhodobou terapií a častými recidivami. Mezi faktory ovlivňující psychologickou adaptaci na nádorové onemocnění patří faktory společenské, osobnostní, podpora blízkého okolí a samotný charakter onemocnění a jeho léčby. Cibula (2010, str. 290) klade důraz na léčebné společenství, které popisuje jako vztah a spolupráci mezi lékařem a klientkou. Cílem je dosáhnout dobré spolupráce ve stanovení diagnózy a následné terapie. Do vztahu zde vstupuje lékař jako odborník s teoretickou znalostí nemoci a znalostí postupů k jejímu zvládnutí a klientka, pro kterou je pro zvládnutí nemoci důležité být aktivním spolurealizátorem terapie. Lékař by se měl spíše s klientkou domluvit, než vystupovat direktivně. Nabízet klientce více řešení a společně s ní hledat tu nejlepší variantu, Měl by klientce naslouchat a zajímat se i o subjektivní stránku nemoci. Je pravdou, že některé klientky v určitém stádiu nemoci zůstávají v pasivitě, regredují na psychologicky nižší vývojová stadia, nejsou schopni o sobě rozhodovat. Tato reakce většinou souvisí s osobnostní strukturou klientky a její schopností vyrovnávat se s náročnými životními situacemi. Při dlouhodobém přetrvávání tohoto stavu je důležité přivolat klinického psychologa. K vytvoření dobrého léčebného společenství s klientkou je třeba dodržovat určité zásady pro vedení rozhovoru, viz. tab. 1.

Vorlíček a kol. (2006, str.170) uvádí, že při moderní terapii klientek na onkologických pracovištích je zcela běžné, že zde pracují týmy, ve kterých je podmínkou aktivní účast sester či porodních asistentek. Tým vede přednosta neboli primář pracoviště a jsou v něm ošetřující lékaři, klinický psycholog, vedoucí neboli vrchní sestra, staniční sestra, denní sestra, popřípadě dietní sestra, fyzioterapeut a sociální pracovník. Na denních a nočních vizitách pak všichni přispívají k detailnímu poznání problémů klientek a navrhují jejich optimální řešení. Znamená to tedy, že denní sestry či porodní asistentky musejí pečlivě vést záznamy v sesterské dokumentaci a na požádání umět správně definovat týmu problémy, se kterými se setkaly během ošetřování klientky. Takový přístup klade na sestry a porodní asistentky kromě odborných znalostí i psychickou připravenost. Nesmějí se bát přesně vyjádřit a odůvodnit svá

tvzení, respektovat volbu terapie přijaté týmem, aj. U lůžka by pak měly v rámci svých kompetencí podporovat naději klientů na zdárnou péči.

Tabulka 1 Zásady pro komunikaci lékaře s klientkou

informovat pravdivě o nemoci, její léčbě a prognóze	<i>nemusí to však znamenat, že klientce sdělíme úplně vše; je třeba pečlivě zvážit, co je v danou chvíli klientka schopna přijmout</i>
příbuzné informovat jen se svolením klientky	<i>dobře se osvědčila přítomnost blízké osoby při sdělování závažných informací</i>
vyvarovat se neinformování klientky pod nátlakem příbuzných	<i>příbuzní jsou často vedeni vlastní úzkostí, rozdílné informování klientky a příbuzných může vést ke vzniku komunikačních bariér a později i k izolaci klientky</i>
věnovat sdělení klientce dostatek času	<i>klientka musí mít čas informaci zpracovat a event. se zeptat na to, čemu nerozumí</i>
sdělení formulovat stručně	<i>stručné a jasné formulace pomohou klientce pochopit naše sdělení (pozor na používání odborných výrazů)</i>
na dotazy odpovídat pečlivě, konkrétně, prakticky, podrobně, ale srozumitelně	<i>odpovědi přizpůsobit možnostem klientky (emočním a intelektuálním), informovaným klientkám pomoci třídit získané informace</i>
po sdělení diagnózy nechat klientce prostor i pro její emoční reakci	<i>nemusíme klientku utěšovat či jinak vstupovat do její reakce, zůstáváme však k dispozici pro její další dotazy či prosby</i>
domluvit si další rozhovor či setkání	<i>ubezpečit klientku, že jí je personál k dispozici a může se i později na cokoliv zeptat</i>

Zdroj: CIBULA, D., PETRUŽELKA, L., A KOL. *Onkogynekologie*. 1.vyd. Praha: GRADA, 2009. s. 291

Cíl práce

Cílem kvalitativního výzkumu bylo zjistit v jaké fázi psychické odezvy je žena po sdělení definitivní diagnózy a zda jí byla nabídnuta možnost psychologického konzilia, jakým způsobem ovlivnila diagnóza sexuální život a zda jí byl ošetřující personál oporou.

Soubor, metodika

V průběhu měsíce února a března 2010 jsme oslovili 8 žen, které byly bezprostředně po gynekologické operaci z důvodu onkologické indikace. Respondentky jsme vybrali pomocí záměrného výběru a přímého pozorování. S rozhovorem souhlasilo 5 žen. Před začátkem rozhovoru jsme odebrali základní anamnézu, věk, počet porodů, potratů a umělých ukončení těhotenství a také sociální anamnézu (vdaná, rozvedená, partner, druh, družka, svobodná). Pro výzkum jsme využili metodu polostrukturovaného rozhovoru s připravenými otázkami.

Tabulka 2 Přehled výběru respondentek

	Věk	Sociální anamnéza	Den po operaci	Psychologické konzilium
Respondentka č. 1	36 let	Rozv., partner	druhý den	-
Respondentka č. 2	40 let	Rozv., partner	čtvrtý den	-
Respondentka č. 3	41 let	Vdaná	šestý den	+
Respondentka č. 4	45 let	Vdaná	druhý den	+
Respondentka č. 5	35 let	Partner	pátý den	-

Výsledky a interpretace

V průběhu realizace výzkumné části pomocí polostrukturovaných rozhovorů, bylo zjištěno, jakou roli hraje pro klientku před nebo po operaci, konkrétně hysterektomii, psychologické konzilium a v jaké fázi psychické odezvy se během rozhovoru nacházejí. Bylo zjištěno, že psychologické konzilium se provádí pouze před operací a ne u všech operantek, pouze v klinických dnech psycholožky. Z vybraných respondentek mělo psychologické konzilium pouze necelých 40 %, a to zaměřené pouze na danou operaci. To znamená, že se zdravotní personál zabýval jen anestézií a průběhem operace. Po operaci nebylo nabídnuto psychologické konzilium ani jedné z respondentek. Co se týká fáze psychické odezvy, byla většina žen ve fázi smíření. Z uvedeného zjištění vyplývá skutečnost, že sledovaná psychosociální podpora u klientek po hysterektomii s onkogynekologickou diagnózou je na velmi nízké kvalitativní úrovni, která by napomohla uvedeným klientkám vrátit se s psychickou podporou do plnohodnotného života.

Závěr

Je nutné si uvědomit, že do celkového stavu klientky, zotavující se po radikální operaci, patří i její psychický stav. Proto je nutné stále oslovovat porodní asistentky, ženské

sestry i další zdravotnický personál, aby problematiku psychosociální adaptace a etického přístupu neopomíjeli. Každá žena, která se připravuje na radikální operaci odstranění ženských reprodukčních orgánů, o to více u ženy v reprodukčním věku plánující těhotenství, je potřeba cílené komunikace. Ať už ze strany psychologa, psychiatra, blízké osoby či zdravotního pracovníka. Ženy jsou nedostatečně informované o možnostech psychologického konzilia, o psychosociální adaptaci a o problematice hysterektomie vůbec.

Seznam bibliografických odkazů:

1. CIBULA, D., PETRUŽELKA, L., A KOL. *Onkogynekologie*. 1.vyd. Praha:GRADA, 2009. 616 s. ISBN 978-80-247-2665-6
2. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., A KOL. *Klinická onkologie pro sestry*. 1.vyd. Praha:GRADA, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6

Kontaktní adresa:

Mgr. Jana Chrásková

UJEP, Ústav zdravotnických studií

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Velká Hradební 13

400 01 Ústí nad Labem

Email: jana.chraskova@ujep.cz

ETICKÝ PROBLÉM - PRAVDA PRI OŠETROVANÍ NEVYLIEČITEĽNE CHORÝCH

Mária Kopáčiková, Jaroslav Stančiak

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

Súhrn

Zisťovali sme názory respondentov na poskytovanie informácií pri nevyliečiteľnom ochorení a či považujú za morálne a etické oboznámiť nevyliečiteľne chorého pacienta s jeho prognózou. Výskumnú vzorku tvorilo 283 respondentov, vybraných náhodným výberom. Použili sme metódu rozhovoru. Výsledky sme spracovali štatisticky. Zistili sme, že väčšina respondentov by využila svoje právo byť informovaná, ale menšina považuje za morálne a etické oboznámiť pacienta s jeho prognózou. Navrhujeme zvyšovať úroveň informovanosti občanov o právach pacientov, aby sa zvyšovalo morálne a etické povedomie verejnosti.

Kľúčové slová: Etika. Morálka. Práva pacientov. Ošetrovatel'stvo. Etické princípy.

Summary

We checked opinion of respondents regarding providing of information in case of incurable disease and whether they consider inform patient with incurable disease about his prognosis as ethical and moral. Research portfolio included 283 respondent chosen randomly. We used method of talk for obtaining information. For obtaining of result were used statistical methods. We found that most of the respondent would like to prefer use right to be informed, however minority of respondents consider inform patient about his prognosis for moral and ethical. I propose work on increase of awareness of people's right to increase moral and ethical awareness of community

Key words: Ethic. Moral. Right of patients. Nursing. Ethical principles.

Úvod

Problémami etiky a morálky sa ľudia zaoberali od nepamäti. Etika a morálka predstavujú základné spôsoby správania a vzťahov medzi ľuďmi navzájom. V poslednom

období neustále vzrastá úloha mravných princípov v živote ľudí. Dynamický spôsob života kladie zvýšené požiadavky na mravnú spôsobilosť človeka.

V zdravotníckych zariadeniach sa zdravotnícki pracovníci často dostávajú do situácií, ktoré sú najťažšie nielen pre pacienta a jeho príbuzných, kedy pacienta treba oboznámiť s jeho ochorením, veľmi ťažko liečiteľným alebo nevyliciteľným.

Informovať pacienta alebo jeho rodinu o zdravotnom stave, skutočnej diagnóze a prognóze, prípadne o plánovaných vyšetreniach a terapii predstavuje jednu z najnáročnejších úloh, pred ktorou stoja zdravotnícki pracovníci. Predpokladom jej úspešného zvládnutia v praxi sú nielen odborné poznatky o psychológii chorých všeobecne a poznanie konkrétneho pacienta, ale najmä isté osobnostné a morálne kvality, ktoré sa prejavujú v zložitej situácii okrem iného schopnosťou empatie a dobrými komunikačnými schopnosťami (Glása, Šoltés, 1998). Prijatie oznamovanej diagnózy je najťažším obdobím a zo psychologického hľadiska zásadným obdobím ako ďalej pacient zvládne liečbu ako bude na ňu reagovať (Novysedláková, 2010).

Podľa Charty práv pacienta v Slovenskej republike má:

- Pacient má právo byť jemu zrozumiteľným spôsobom informovaný o svojom zdravotnom stave, vrátane povahy ochorenia a potrebných zdravotných výkonoch, na požiadanie aj písomnou formou. V prípade maloletých pacientov alebo pacientov pozbavených spôsobilosti na právne úkony, prípadne s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony je potrebné zvoliť vhodnú formu informácie a informovať zákonného zástupcu (MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA – Charta práv pacienta v SR. [online]. [cit.2010-09-06] Dostupné na: <<http://www.zdravie.sk/sz/72/prava-pacientov.html>>).

Je však etické a morálne oboznámiť pacienta s nepriaznivou diagnózou a prognózou? Aké následky bude mať pravda pre ťažko chorého?

Pravda při ošetrovaní chorých

Povedať, či nepovedať pravdu o ochorení človeku je otázkou dlhodobých diskusií. Povedať pravdu môžeme považovať rovnako za etické, lebo pravda oslobodzuje, ale aj za neetické, pretože pravdivé slová môžu ublížiť.

Po druhej svetovej vojne sa dávala prednosť stratégii milosrdnej lži. Lekári boli presvedčení, že je vhodné nepovedať pacientovi o jeho závažnom ochorení, najmä vtedy, keď

sa očakáva naplnenie nepriaznivej prognózy v krátkej dobe. Tento problém je aktuálny najmä v starostlivosti o onkologicky chorých a všade tam, kde pravda môže pacientovi ublížiť.

V priebehu šesťdesiatych rokov minulého storočia prišlo v troch základných oblastiach k významným zmenám.

- Pokroky v medicíne umožňujú právom predpokladať, že malígne ochorenie možno zastaviť alebo proces spomaliť. Nazeranie na situáciu pacientov sa zmenilo.
- Veľa odborníkov venovalo svoju pozornosť psychickému prežívaniu pacientov. Nepovedanie diagnózy je pre pacienta významným signálom, že ide o závažnú chorobu.
- O spoločenskej dohode na tému pravdy nerozhodujú výhradne lekári, ale aj značnou mierou pacienti a laická verejnosť.

Tieto dôvody viedli postupne k zmene spoločenského konsenzu a odborná i laická verejnosť sa začala prikláňať k pravde ako k dominantnej stratégii.

Informácie o zdravotnom stave pacienta zásadne poskytuje lekár. Vztahuje sa to aj na informácie týkajúce sa diagnózy, vyšetrení a prognózy. Sestra, pôrodná asistentka zohráva pri informovaní pacienta dôležitú úlohu, pretože s ním trávi viac času ako lekár. Pacienti sa na ňu často obracajú, aby im vysvetlila rôzne nejasnosti. Ide o prirodzený prejav dôvery. Z jej strany je eticky i psychologicky správne vždy pozorne vypočuť a v rámci svojej kompetencie na ne odpovedať (Glasa, Šoltés, 1998).

Prednostné právo na zrozumiteľnú a úplnú informáciu má pacient. Ďalším osobám bez výslovného súhlasu pacienta sa informácie nepodávajú. Zdravotnícki pracovníci sú pri výkone svojho povolania zviazaní povinnou mlčanlivosťou. Jej porušenie svedčí o nedostatočnej profesionalite a neetickosti sestry, pôrodnej asistentky.

Pacient má právo na úplnú a pravdivú informáciu. Sestra, pôrodná asistentka v rámci svojej kompetencie má etickú povinnosť túto pravdivú informáciu poskytnúť. Ak nemôže povedať pravdu, radšej by mala mlčať alebo sa vhodným spôsobom vyhnúť a požiadať lekára, aby informáciu poskytol on (Glasa, Šoltés, 1998). Najzávažnejšou chybou u nás je stále ešte „milosrdná lož“ servírovaná inteligentnému pacientovi veľakrát trápny a ponižujúcim spôsobom. Druhým extrémom je naopak nevhodne povedaná pravda.

Teda otázka povedať či nepovedať pravdu sa mení na otázku komu, kedy, kde, ako a čo povedať.

Cieľom práce je zistiť názory respondentov na poskytovanie informácií pri nevyliciteľnom ochorení a to:

- či by chceli využiť svoje právo na pravdivú informáciu v prípade nevyliciteľnej choroby,
- či považujú za morálne a etické oboznámiť nevyliciteľne chorého pacienta s jeho prognózou.

Materiál a metodika

Charakteristika prieskumnej vzorky a metódy

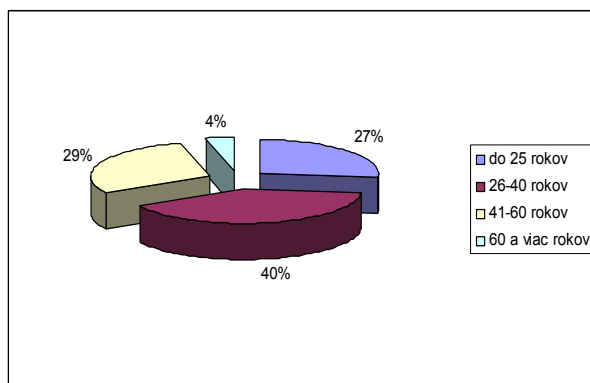
Empirická štúdia mala charakter sociologickej sondy u obyvateľov Trnavy a vo Fakultnej nemocnici Trnava. Prieskumnú vzorku tvorilo 283 respondentov. Výber respondentov bol náhodný. Za základné kritérium pre výber respondentov sme zvolili:

- zdravotnícki pracovníci poskytujúci starostlivosť pri lôžku pacienta,
- pacienti hospitalizovaní na rôznych oddeleniach,
- ľudia rôzneho veku, pohlavia a vzdelania.

Za hlavnú metódu prieskumu sme zvolili anketu vedenú metódou rozhovoru. Po úvodnom oboznámení s právami pacientov anketa obsahovala okrem identifikačných údajov dve zatvorené otázky. Respondenti mali možnosť výberu medzi viacerými možnosťami.

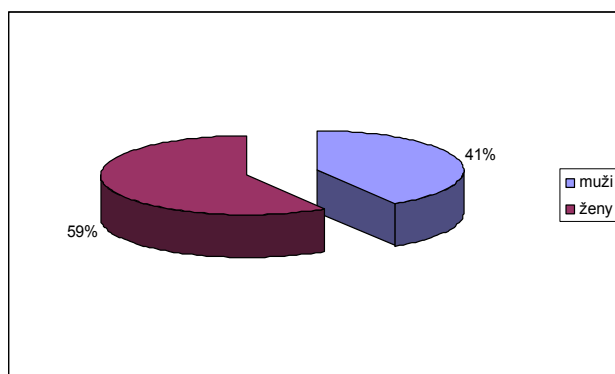
Prieskum sme realizovali v mesiacoch marec až máj 2008. Výsledky boli spracované pomocou Microsoft-Excel, vyjadrené v absolútnych číslach a percentuálne vyhodnotené, spracované do tabuliek a znázornené graficky.

Výsledky



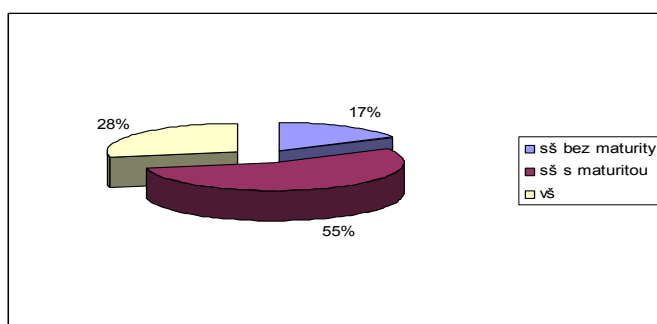
Graf 1 Rozloženie respondentov podľa veku

V sledovanom súbore najväčšie zastúpenie 40 % (112) mali respondenti vo vekovom rozpätí 26-40 rokov. Vo vekovom rozpätí 41-60 rokov bolo 29 % (83) respondentov. Iba 4 % (12) respondentov bolo vo veku nad 60 rokov (graf 1).



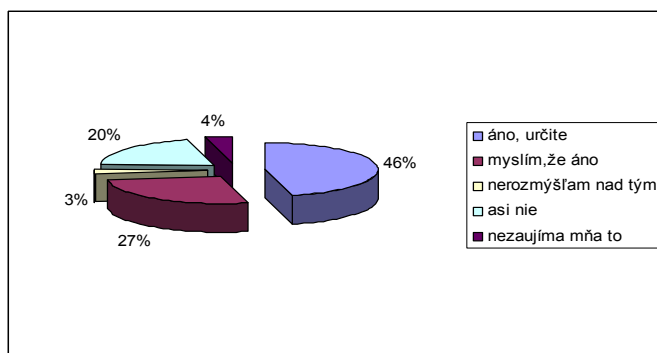
Graf 2 Rozloženie respondentov podľa pohlavia

Z celkového počtu respondentov bolo 166 (59 %) ženského pohlavia a 117 (41 %) mužského pohlavia (graf 2).



Graf 3 Rozloženie respondentov podľa vzdelania

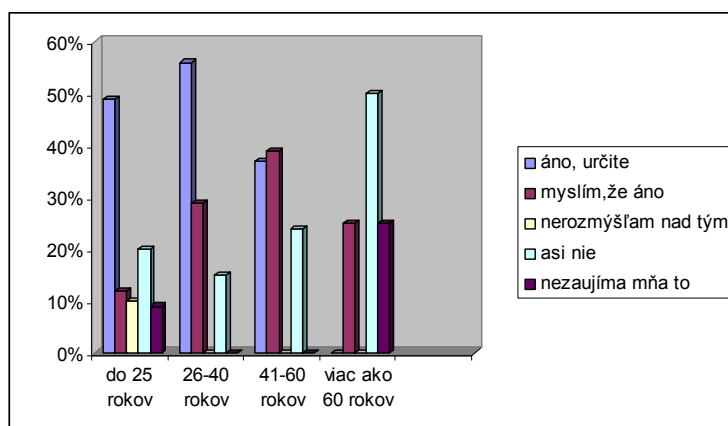
Stredoškolské vzdelanie bez maturity udalo 17 % (48) respondentov, najväčšiu skupinu 55 % (157) tvorili respondenti so stredoškolským vzdelaním ukončeným maturitou. Vysokoškolské vzdelanie malo 78 (28 %) respondentov.



Graf 4 Využitie práva na pravdivú informáciu

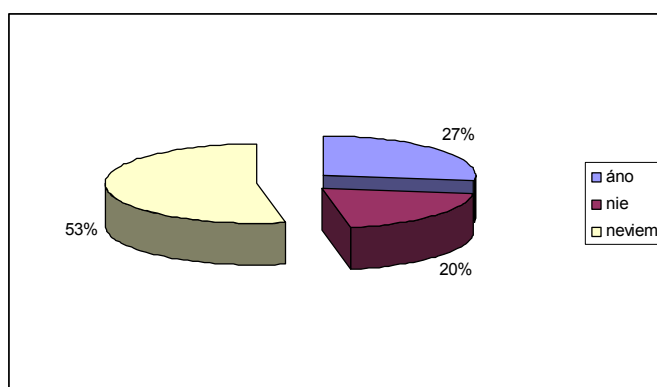
Z celého súboru respondentov by určite áno využilo svoje právo byť pravdivo informovaný aj v prípade nevyliciteľnej choroby 113 (46 %) opýtaných. 76 (27 %) si myslí, že áno.

Nerozmýšľalo nad tým 8 (3 %) ľudí. Asi by nevyužilo svoje právo na pravdivú informáciu 21 % (59) opýtaných. 3 % (9) respondentov nemá záujem na využití práva na pravdivú informáciu (graf 4).



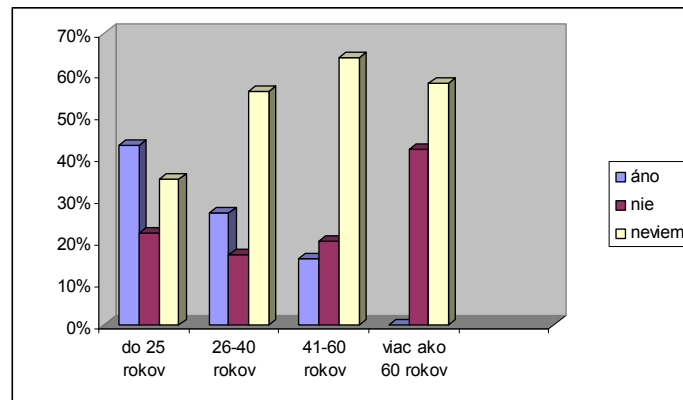
Graf 5 Využitie práva na pravdivú informáciu (odpovede podľa veku)

Najviac respondentov 63 (56 %) by využilo určite svoje právo na pravdivú informáciu vo vekovej skupine 26 – 40 rokov. 50 % (6) respondentov by asi nevyužilo svoje právo vo vekovej skupine nad 60 rokov (graf 5).



Graf 6 Názory respondentov na pravdu

Za morálne považuje oboznámiť pacienta pri nevyliciteľnom ochorení s jeho prognózou 27 % (76) respondentov. 58 (20 %) respondentov vyslovilo názor, že nie je morálne oboznamovať pacienta pri nevyliciteľnom ochorení s jeho prognózou a 56 % (149) respondentov odpovedalo „neviem“ (graf 6) .



Graf 7 *Názory respondentov na pravdu (podľa veku)*

Oboznámiť pacienta pri nevylyčiteľnom ochorení s jeho prognózou považuje za morálne najviac 43 % respondentov z vekovej skupiny do 25 rokov. Ani jeden respondent z vekovej skupiny nad 60 rokov sa nevyslovil, že považuje za morálne oboznámiť pacienta s nepriaznivou prognózou pri nevylyčiteľnom ochorení. Vo všetkých vekových skupinách najviac respondentov odpovedalo „neviem“ (graf 7).

Diskusia a záver

Naša spoločnosť prechádza búrlivými zmenami, ktoré zasahujú do všetkých oblastí života. Samotná starostlivosť o chorých patrí a bude vždy patriť k prioritám záujmu spoločnosti. Každý človek, či už priamo alebo nepriamo, má svoje osobné skúsenosti so zdravotníkmi a keby aj nemal, každý z nás je potenciálne pacientom. Odpovede ľudí boli rôznorodé, ale vyplývali z ich veku, vzdelania a z prežitých životných situácií. Svoje právo na pravdu, v prípade nevylyčiteľného ochorenia, by určite využilo 46 % respondentov. Je potrebné hovoriť pacientovi vždy pravdu, neklamať mu.

Etická a odborná stránka každého odborného a vedeckého pracovníka, osobitne lekára a ostatných zdravotníckych pracovníkov bola vždy kategorickou požiadavkou (Hudáková, 2009, s. 53). Za etické a morálne informovať pacienta pri nevylyčiteľnej chorobe o jeho prognóze považuje 27% respondentov. Až 53% respondentov nevedelo na túto otázku dať odpoveď. V literatúre sa nestretávame s jednoznačným etickým „áno“ alebo „nie“. Kondáš (1977, 2002) zastáva názor z hľadiska psychológie, že každý človek by mal so svojim ochorením žiť – dostať ho do svojho vedomia, vnímať ho, brať ho ako samozrejmosť. Pretože ak ho má zafixované v podvedomí, pri každom pripomenutí si svojho ochorenia prežíva psychický otras a znovu musí prekonávať túto záťaž, čím stráca sily na samotný boj s ochorením.

Názory respondentov v jednotlivých vekových skupinách nie sú veľmi odlišné. Predsa sme sa stretli aj s iným prístupom. Najmä ľudia nad 60 rokov reagovali s určitou rozvážnosťou, pokojne, pomaly, využívajúc poznatky a skúsenosti z vlastných pobytov v nemocnici, z hospitalizácie. Ich odpovede odzrkadľovali životné skúsenosti, ale i žiaľ – ich životnú múdrosť. Práve títo ľudia sa dovoľávali etiky a morálky vo vzťahu sestra, pôrodná asistentka – pacient. Zo všetkých odpovedí citujeme:

„Chorý člověk si zvykne na svoju chorobu, časom aj na vyslovenú nepriaznivú prognózu, no práve pri takýchto ochoreniach trávi najviac času v nemocnici a nerozmýšľa, či je etické a morálne, čo mu povedali alebo zamlčali, ale očakáva a potrebuje etický a morálny prístup sestier, lekárov i celého zdravotníckeho personálu.“

Navrhujeme zvyšovať úroveň informovanosti občanov o právach pacientov, aby sa zvyšovalo morálne a etické povedomie verejnosti, ale aj zvyšovať vedomostnú úroveň sestier k danej problematike tak, aby sa zvyšovalo morálne a etické povedomie sestier pri ošetrovaní a informovaní chorých a tým aj kvalita ošetrovateľskej starostlivosti.

Sestra, pôrodná asistentka pozná hodnotu pravdy a dištancuje sa od nepravdy a lži. Vie dobre, že pravda je to, čo sa kryje so skutočnosťou a lož je práve vedomý úmysel túto skutočnosť zakryť. Z pravdy sa rodí úprimnosť, otvorenosť i sebavedomie. Lož vedie k pretvárke, klamu, lsti a podlamuje všetky mravné hodnoty. Láska k pravde a odpor ku lži sú akoby základné kamene pravého sebavedomia a sebaúcta nás vedie k úcte k iným. Etika a morálka sú v našich nemocniciach stále aktuálnym problémom.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. GLASA, J., ŠOLTÉS, L. a kol. 1998. *Ošetrovateľská etika 1*. Martin : Osveta, 1998. 212 s. ISBN 80-217-0594-9.
2. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2004. *Komunitné ošetrovateľstvo*. 1. vyd., Martin: Osveta, 2004. 279 s., ISBN 80-8063-155-7.
3. HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Lékařská etika*. Praha: Galén, tretie rozšírené vydanie, 2002, 272 s., ISBN 80-7262-132-7
4. HUDÁKOVÁ, Z. 2009. *Etické aspekty pri ošetrovaní geriatrického pacienta*. In Etické aspekty ošetrovateľskej péče v teórii a praxi: Sborník z 1. konferencie k aplikovanej etice s mezinárodní účastí. Ed. Z. Dorková, A. Krátka, Zlín: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 2009. 191 s. ISBN 978-80-7013-506-8. s. 50-54.

5. KONDÁŠ, O. a kol. 2002. *State z klinickej psychológie*. Trnava : Univerzita sv. Cyrila a Metoda, 2002. 264 s. ISBN 80-968191-4-3
6. KONDÁŠ, O. 1977. *Klinická psychológia*. Martin: Osveta, 1977. 376 s.
7. KOZIEROVÁ, B. et al. *Ošetrovateľstvo*. 1. vydanie. Martin: Osveta, 1995, 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
8. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vydanie, Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
9. MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA – Charta práv pacienta v SR. [online]. [cit. 2010-09-06] Dostupné na: <[http : //www.zdravie.sk/sz/72/prava-pacientov.html](http://www.zdravie.sk/sz/72/prava-pacientov.html)>.
10. NOVYSEDLÁKOVÁ, M. 2010. Podpora rodiny pri onkologickom ochorení člena rodiny. Zborník z konferencie Zdravie a kvalita života. [CD ROM] Ružomberok: FZ KU, 2010. s. 179 – 183. ISBN 978 – 80 – 8084 – 532 – 2.
11. SVATOŠOVÁ, M. 1999. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo, 1999. 144 s. ISBN 798-80-902049-2-9.

Kontaktná adresa

PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.

FZ Katolícka univerzita Ružomberok

maria.kopacikova@gmail.com

PhDr. Jaroslav Stančiak, PhD., MPH.

FZ Katolícka univerzita Ružomberok

jaroslav.stanciak@gmail.com

PROFESNÍ ODPOVĚDNOST - OD TEÓRIE K PRAXI

Anna Krátká, Petr Snopek, Markéta Blažková

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií,
Ústav ošetrovatelství

Súhrn

Ošetrovateľská péče se prolíná všemi povinnostmi sestry, a její neodmyslitelnou součástí je respektování lidských práv, jako jsou právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou. Důvěra veřejnosti k sesterské profesi závisí také na tom, jak sestry v praxi plní své povinnosti, a jak jsou zodpovědné. Sestra již samotnou volbou svého povolání (poskytovat ošetrovateľskou péči), vzala na sebe odpovědnost, že ji bude poskytovat v souladu se standardy praxe a morálními normami. Středem zájmu sestry by měl být vždycky pacient. Tím, že sestra dostojí těmto požadavkům, plní povinnost vůči sobě samé, ale také vůči své profesi.

Klíčová slova: Sestra. Pacient. Odpovědnost. Důstojnost. Morální uvědomění.

Summary

Nursing care is viewed by all the obligations nurses, and is an integral part of respecting human rights such as right to life, to dignity and right to be treated with respect. Public confidence in the nursing profession also depends on how nurses in practice carry out their duties and how they are responsible. Nurse has her own choice of occupation (to provide nursing care), took the responsibility themselves, it will provide, in accordance with standards of practice and moral standards. The focus of the nurse should always be patient. Thus, the nurse will honor these requirements, compliance with the obligation to herself, but also to their profession.

Key words: Nurse. Patient. Responsibility. Dignity. Moral awareness.

Úvod

Odpovědnost je mravní vlastnost člověka, odehrávající se na základě určité mravní skutečnosti, s bezprostředním vztahem k lidskému svědomí. Odpovědnost je neodmyslitelný

důsledek svobody, tedy svobody vůle (Olšovský, 2005, s. 137). Má-li být člověk odpovědný, znamená to, že je schopen rozumně odpovědět na otázku, proč jednal tak a ne jinak. Jeho jednání schválíme tehdy, dá-li se rozumově ospravedlnit, je-li odůvodnění pochopitelné (Goldmann, Cichá, 2004). Záleží na tom, kolik úsilí musí člověk vynaložit. Někdy musí projevit i osobní statečnost, aby si uhájil svůj názor, mnohdy i před sebou samým, před svým svědomím. V dnešní době, kdy je kladen takový důraz na humanizaci a vše, co s ní souvisí, můžeme říct, že platí: být lidský, znamená být zodpovědný.

Ovšem v této souvislosti se nabízí i otázka míry odpovědnosti. Pocit trvalé odpovědnosti je tíživý a úloha vždy znovu si ozřejmovat smysl vlastní existence je nepohodlná. Slabý člověk nemůže unést velký svět a vytrvale hledá někoho nebo něco, co by z něho sňalo břemeno odpovědnosti (Kučerová, 1996).

Proto přílišná odpovědnost může jedince svazovat a může vést až k úzkosti z obavy, že nesplní očekávání své nebo druhých. Pokud je člověk vystaven těmto pocitům delší dobu, snižuje se kvalita jeho života, protože není schopen prožívat radosti všedního dne. Svádí ho to k „dokonalosti“ a pokud jí není schopen docílit, trápí ho to.

Charakteristickým znakem odpovědného jednání je anticipace. Jedinec si ji uvědomuje v různé míře. Může být prožívána jako napětí mezi dvěma protiklady, a to mezi: *starostí* (stenizující úkolové zaměření) a *chronickou ustaraností* (astenizující zaměření).

Podle Hromátky (1970) lze hypoteticky rozlišit: *aktivní odpovědnost* (většinou osobní motivy) a *pasivně obrannou odpovědnost*, která se projevuje tím, že člověk má snahu především nejednat v rozporu s požadavky, ale v náročnějších situacích (především pokud jednání vyžaduje určité riziko) se obává samostatně rozhodovat a jednat.

Odpovědné jednání pasivně obranného charakteru je velmi časté především u začínajících zdravotnických pracovníků, a to z pochopitelných důvodů. Při plnění složitějších ošetrovatelských intervencí si nevěří, protože nemají dostatek zkušeností a bojí se, aby neuškodili pacientovi nebo aby nezklamali důvěru ostatních zdravotníků.

Metodika

Príspevek má spíš diskusní charakter. Problematika odpovědnosti sester (zdravotníků) je často diskutovaná, a to především v souvislosti s plněním jejich povinností ve vztahu k pacientovi. Autoři formou posteru upozorňují na nutnost uvědomění si profesní odpovědnosti sester při poskytování ošetrovatelské péče.

Vlastní text práce

Chování sester a jiných zdravotnických pracovníků je v poslední době v zorném úhlu pohledu široké veřejnosti. Setkáváme se s medializací nejen neprofesionálního, nevhodného chování zdravotníků, ale dokonce s příklady profesního pochybení, až selhání.

Společnost velmi přísně posuzuje především odpovědnost (neodpovědnost) zdravotníků, protože je na ní mnohdy závislý život pacienta. Odpovědnost sestry je posuzována pacientem, jeho rodinou, spolupracovníky, veřejností, ale také jí samotnou na základě vlastního svědomí a sebereflexe. Odpovědnost sestry lze definovat jako schopnost odpovídat se za to, jakým způsobem vykonala (nebo nevykonala) své povinnosti.

Při své práci by se sestra měla řídit *Mezinárodním etickým kodexem pro sestry*, který byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (International Council of Nurses, dále jen ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován. Dosud poslední revize byla provedena v roce 2000. K Etickému kodexu Mezinárodní rady sester (ICN) se hlásí i české sestry, a to prostřednictvím České asociace sester, jejímž presidiem byl kodex přijat a od 19. března 2003 nabyl platnosti. Podle tohoto kodexu mají sestry čtyři základní povinnosti: *pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení*. Tyto povinnosti plní v souladu s platnou legislativou a to buď *samostatně* (bez odborného dohledu, u sester bez registrace pod odborným dohledem), dále *na základě indikace lékaře*. Potřeba ošetrovatelské péče je všeobecná. Mají na ni nárok všichni lidé, bez rozdílu věku, pohlaví, etnicity, vyznání, kulturních zvyklostí, společenského postavení a podobně. Ošetrovatelská péče se prolíná všemi povinnostmi sestry, a její neodmyslitelnou součástí je respektování lidských práv, jako jsou právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou. Samozřejmostí by mělo být dodržování povinné mlčenlivosti o všech okolnostech, se kterými se sestra při výkonu povolání setká. Etický kodex poskytuje rámec pro normy chování sester, ale jeho znalost ještě nezaručuje kvalitní ošetrovatelskou péči. Rozhodující je dodržování tohoto kodexu.

Sestra zodpovídá v plném rozsahu za ošetrovatelskou péči a musí umět adekvátně reagovat na potřeby pacienta. M. Simone Roach (Tschudin, 2002, s. 32) stanovila pro současnou sestru soubor specifických aspektů pro ošetrovatelskou péči - *Five Cs as values of caring* (Pět C jako hodnoty péče). Jedná se o:

- Compassion (slitování, soucit) – tím je myšlena vnímavost sester a následné uspokojení aktuálních potřeb pacienta;
- Competence (schopnosti, kvalifikace) – sestry by měly disponovat vzděláním dle platné legislativy, které je uschopňuje k výkonu zdravotnického povolání, protože

každý pacient má právo na ošetrovateľskú péču poskytovanou kvalifikovaným zdravotníkom. Každý zdravotnícky pracovník by mal umieť využiť svoj potenciál v prospech pacienta;

- Confidence (dôvera) – dôvera pacienta v sestru (členy multidisciplinárneho tímu) je hlavným predpokladom úspešnej liečby;
- Conscience (svedomie) – je citlivým barometrom dobre vykonanej práce;
- Commitment (záväzok) – ktorý má sestra k pacientovi, ke kolegyním, s sobe samé, ale také ke svojej profesii.

Výše uvedené aspekty, spolu s zodpovednosťou, uschopňujú sestru k poskytovaniu laskavej, humánnej péče, ktorá je sústredená na *pacienta, nikoli len na jeho diagnózu alebo plnenie ordinácií lekárov*. Zodpovednosť musí byť však uvedomelá, osobná. Znamená to, že zodpovednosť sestry za konkrétnu činnosť, sa nemôže schovávať za kolektív.

Domnívame sa, že profesná zodpovednosť sa u sestry prejavuje predovšetkým tým, že sestra:

- aktívne vyhodnocuje a uspokojuje individuálne potreby pacientov;
- vykonáva len ty činnosti, ke ktorým je kompetentná, a to v súlade s platnou legislatívou;
- veškeré ošetrovateľské činnosti provádí na základe standardizovaných postupov;
- ošetrovateľské činnosti pečlivo dokumentuje;
- dodržiava bezpečnostné opatrenia;
- pokud udělá chybu, dokáže ji přiznat a sjedná nápravu;
- spolupracuje s ostatními členy multidisciplinárneho tímu;
- je si vedomá svojich povinností, ktorým sa nesnaží zámerné vyhnout;
- uvedomuje si možné následky svojho počínania a je ochotná nést za ne dôsledky;
- jej chovánie je v súlade s jejím presvedčením a svedomím.

Motivácia zodpovedného jednania u sester (nejen) môže byť podmienená nutnosťou splniť úkol (povinnosť), a to nejen z donucenia, ale aniž by si tuto skutočnosť sestry uvedomovali, i pro pocit uspokojenia z dobre odvedenej práce. Na druhou stranu to môže byť již zmínená obava alebo dokonca strach, aby neublížili pacientovi. Jistě může být odpovědné jednání do určité míry motivováno i osobními pohnutkami, vztahem k lidem, vztahem k práci apod. Za jednu z neúčinnějších motivací je považována motivácia finančná. Nezpochybujeme náročnosť zdravotníckeho povolania, ale přesto se domnívame, že finančná motivácia by neměla hrát v míře zodpovednosti u zdravotníka zásadní roli. Pokud tomu tak je, považujeme to za amorálny.

Závěr

Odpovědnost má své opodstatněné místo v každodenní praxi sester a je předpokladem pro vytvoření důvěryhodného vztahu k nemocným a jejich nejbližším. Pokud jde odpovědnost ruku v ruce s odborností sestry, jsou naplněny základní atributy profesionálního jednání a to je jeden z předpokladů kvalitní ošetrovatelské péče.

Seznam bibliografických odkazů:

1. GOLDMANN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*. 1. vydání. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 126 s. ISBN 80-244-0907-0.
2. HROMÁTKA, J. *Psychologie odpovědnosti (Pokus o analýzu osobnostních determinant odpovědného a neodpovědného chování)*. 1. vyd. Praha : Naše vojsko, 1970. 180 s.
3. KRÁTKÁ, A. *Metakognitivní strategie jako prostředek rozvíjející odpovědnost studentů ošetrovatelství v průběhu klinické praxe. Disertační práce*. Brno : Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra pedagogiky, 2010. 209 s., 13 s. příloh. Školitel disertační práce Vlastimil Švec.
4. KUČEROVÁ, S. *Člověk. Hodnoty. Výchova*. 1. vydání. Prešov : Grafotlač, 1996. 231 s. ISBN 80-85668-34-3.
5. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha : Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
6. OLŠOVSKÝ, J. *Slovník filosofických pojmů současnosti*. 2. rozšířené vydání. Praha : Academia, 2005. 261 s. ISBN 80-200-1266-4.
7. PAYNE, R. Accountability. *Nurs Times*, 87 (3), s. 25 -28.
8. TSCHUDIN, V. *Ethics in Nursing. The Caring Relationship*. 3.vydání. London: Elsevier, 2003. 218 s. ISBN 0-7506-5265-9.
9. Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester [online]. [cit. 15.09.2010]. Dostupné z: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf.

Kontaktní adresa na prvního autora:

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství

Institut zdravotnických studií Fakulty humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Mostní 5139

760 01 ZLÍN

e-mail: kratka@fhs.utb.cz

ETICKÉ ASPEKTY OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI O ŤAŽKO TELESNE POSTIHNUTÝCH

Helena Kuberová

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

Súhrn

Dodržiavanie etických zásad v prístupe ku každému chorému, či zdravotne postihnutému jedincovi má mať v ošetrovatelstve dominantné postavenie. Etické zásady tak naplňujú holistický prístup ku každému jedincovi u ktorého sa ošetrovatelstvo snaží zvýšiť jeho kvalitu života. Holistický, čiže celostný prístup vníma pacienta ako jedinečnú bio-psycho- sociálnu a spirituálnu bytosť, pričom zrovnoprávňuje subjektívne kritériá s objektívnymi (organopatologickými). Kvalitu života ako neustále sa meniaci stav ovplyvňuje komplex klinických, osobných, etických a sociálnych činiteľov. Jej podpora sa stáva jedným z cieľov terapeutickej a ošetrovateľskej intervencie. Medzi základné oblasti, ktoré ovplyvňujú kvalitu života, zaraďujeme fyzický stav, emocionalitu, sociálnu oblasť a symptómy dané pre jednotlivé ochorenia.

Kľúčové slová: Holistický prístup. Etické aspekty. Logoterapia. Integrácia.

Summary

Following principles of ethics in approach to each ill or handicapped person shall be of major importance in nursing. Ethical principles fulfil holistic approach towards each individual whose quality of life is nursing care trying to enhance. Holistic approach takes a patient as a unique bio-psycho-social and spiritual entity and, at the same time, making subjective objective (organopathological) criteria equal. Quality of life as a constantly altering state is affected by a complex of clinical, personal, ethical and social factors. To support this quality is one of aims of therapeutic and nursing intervention. Basic areas affecting quality of life consist of physical condition, emotionality, social area and symptoms of particular illnesses or diseases.

Key words: Holistic approach. Ethical aspects. Logotherapy. Integration.

Možnosti etického riešenia psychickej krízy postihnutých

U niektorých pacientov s ťažkým telesným postihnutím môžu aj po čase pretrvávať známky traumatického stresu, napríklad podráždenie, vracajúce sa spomienky, spojené s pocitmi zažívanými pri prežitej udalosti, zhoršené sústredenie. Vyrovnávanie sa s následkami úrazu môže vyvolať negatívne aj pozitívne pocity, ale najčastejšie ich zmes. Pacienti prežívajú aj výnimočne ťažké životné krízy, ktorých riešenie začína až po odznení reakcie na traumy. Zdravotnícky personál by mal rozpoznať normálnu reakciu na traumy od posttraumatickej stresovej poruchy, ktorá si vyžaduje odbornú profesionálnu pomoc a etický prístup.

„Treba brať do úvahy fakt, že pacientova akcentovaná, či abnormálna osobnosť je často aj premorbídne takto štruktúrovaná a nie až následkom poškodenia a úraz vznikol ako následok riskantného alebo abnormálneho správania. Rozhodne však ak má byť rehabilitácia efektívna, má zahrňovať nielen telo a psychickú výkonovú stránku, ale aj psychoterapiu“ (Puskeilerová, 2007, s. 68).

Holistický a etický prístup ku ťažko telesne postihnutým jedincom vyžaduje rehabilitačnú liečbu spojenú s jeho celkovou resocializáciou. Sopková (1999) rozdeľuje tieto postupy zvládania na aktívne- schopnosť prispôbiť, adaptovať si životné podmienky a pasívne- schopnosť prispôbiť, adaptovať sa (Malý et. al., 1999).

Etické aspekty v logoterapii

Etické aspekty v logoterapii spočívajú na prístupe k postihnutému jedincovi, ktorého vnímame ako jedinečnú a rovnocennú bytosť. Frankl (1995) uvádza, že človek je bytosť hľadajúca zmysel, logos a poskytnúť človeku pomoc v jeho hľadaní zmyslu je jednou z úloh logoterapie alebo tiež psychoterapie vychádzajúcej z duchovna, liečba zmyslom, či orientácia na zmysel. *„Doterajšia psychoterapia je voči všetkému duchovnému nedostatočná“* (Frankl, 1995, s. 28).

V otázkach kvality života sa podľa Křivohlavého (2002) v poslednom desaťročí v psychológii kladie dôraz na zmyslupnosť a cieľ nášho jednaní. Pretože logoterapia je založená hlavne na rozhovore, je oprávnený aj význam „slovo“, lebo podstatou tejto psychoterapie je citlivá práca so slovom. Je to tiež „liečba rozhovorom“. Pretože logos umožňuje človeku nazrieť do vlastnej situácie a osobných problémov v celej bohatej sieti vzťahov a súvislostí, je na mieste aby sa to realizovalo podľa etických zásad. Zvlášť je potrebné etické zásady v tomto prípade dodržiavať u chorých a ťažko telesne postihnutých, lebo sú citliví a zraniteľní. Logoterapia vôbec nechce psychoterapiu nahradiť, skôr doplniť. Jej

terapeutické účinky sa prejavajú aj v tom, že pacient sa začne meniť, ak pochopí svoj osobný zmysel ako úlohu, ako hodnotu, ktorá ho presahuje a nielen naplňuje. Podstatné je, aby pacient počul „volanie zmyslu“, k čomu ho logoterapia privádza. Deje sa to rozpoznávaním hlavných hodnôt, skvalitňovaním schopnosti voľby a rozhodovania, prebudením schopnosti rozpoznať rizikové faktory vlastného života a orientovať sa na pozitívny zmysel, hierarchiu svojich cieľov a plánov jednania. (Frankl, 1995).

Podľa Frankla (1995) sa predpokladá trojaká určenosť človeka. Sme podmienení svetom prírody, spoločnosťou a úplnú slobodu voľby máme vo svete ducha. S prírodou sme spojení svojím telom, s ľuďmi a ľudskými výtvormi svojou dušou a s ríšou ducha nás spája logos. „Človek ako osobnosť je teda jednotou tela, duše a loga“ (Frankl, 1995, s. 233).

Veľký význam úspešného vyrovnania sa ťažko zdravotne postihnutých pacientov so svojím osudom je zameranie sa na niečo, na niekoho alebo byť oddaný nejakému cieľu, ktorému sa venuje a bude v budúcnosti venovať. Křivohlavý (2001) uvádza, že žiť znamená pre niečo žiť. Kto nemá nič hodnotného prečo by žil, ten prestáva žiť. Môže ešte žiť, ale plný život to obvykle nie je. To, o čo nám v živote obvykle ide, dáva nášmu životu zmysel- to je prvou charakteristikou kvalitného života (Křivohlavý, 2001).

Integrácia ťažko zdravotne postihnutých a sociálna pomoc štátu

Cieľom integrácie je poskytnúť všetky možnosti pomoci k dosiahnutiu lepšej kvality života postihnutého jedinca. Jej úspešnosť závisí v nemalej miere od sociálneho zázemia pacienta, kde sa pacient po ukončení liečby vráti. Etický prístup k týmto postihnutým jedincom súvisí so sociálnym zabezpečením a sociálnou pomocou štátu. Sestra by mala preto poskytovať informácie o vybavovaní možných sociálnych príspevkov, kompenzačných pomôcok (napr. invalidný vozík) podľa príslušného zoznamu a doplatkoch za ne podľa druhu zdravotnej poisťovne. Sestra kompletizuje dokumentáciu za účelom priznania invalidného dôchodku, mimoriadnych výhod II. a III. stupňa zdravotne ťažko postihnutý (ZŤP, ZŤP/ S-sprievodca).

Podľa Novotnej (2006) sociálna podpora a stimulácia môže uspokojiť dôležité potreby a očakávania aktívne žijúcich ľudí s ťažkým telesným postihnutím. Silná chuť zvládnuť tento stav, vracia pacienta s ľahším neurologickým poškodením v krátkom čase na úroveň v spoločenskom živote ako pred úrazom (Novotná et. al., 2006).

Etický postoj naplňuje, ak osoby so zdravotným znevýhodnením a majú právo žiť vo svojej pôvodnej komunite. Mali by dostávať od spoločnosti takú podporu, akú v rámci

štandardných štruktúr vzdelávania, zdravotnej starostlivosti, zamestnávania a sociálnych služieb potrebujú (Matoušek et. al., 2005).

Do oblasti sociálnej rehabilitácie patria zákony, vyhlášky, nariadenia a smernice týkajúce sa trvalo postihnutých jedincov. V rámci integrácie ťažko zdravotne postihnutých (ŤZP) do spoločnosti, je možné využiť pomoc štátu podľa Zákona č. 447/ 2008 o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Je zameraný na podporu sociálneho začlenenia fyzickej osoby s ŤZP do spoločnosti za jej aktívnej účasti pri zachovaní jej ľudskej dôstojnosti. Uvedený zákon rieši sociálne dôsledky ŤZP - znevýhodnenia, ktoré má daná osoba s ŤZP v porovnaní s fyzickou osobou bez zdravotného postihnutia, rovnakého veku, pohlavia a za rovnakých podmienok a ktoré nie je schopná z dôvodu ŤZP prekonať sama.

Všetci ľudia so zdravotným postihnutím, bez ohľadu na charakter a stupeň zdravotného postihnutia, majú právo na vzdelávanie v bežných podmienkach prispôsobené tak, aby uspokojovalo ich potreby a želania. Vzdelávanie by malo pomôcť ľuďom so zdravotným postihnutím dosiahnuť ekonomickú nezávislosť, aká je maximálne možná a pomôcť k tomu, aby mohli prispievať k sociálnemu rozvoju spoločnosti v ktorej žijú. Počas vzdelávania by mali mať žiaci so zdravotným postihnutím prístup k programom a zdrojom, ktoré im umožnia pripravovať sa na budúce zamestnanie, ako napr. poradenstvo pri voľbe povolania a iné podporné systémy (Odporúčanie č. R (92) 6 Výboru ministrov Rady Európy, 2003).

Podľa Lechtu (1997) sa prostredníctvom reforiem dosiahlo začlenenie programov liečebnej a špeciálnej pedagogiky do hlavného prúdu celoškolskej reformy. Integrovaný prístup a inklúzia ťažko zdravotne postihnutých je obrazom úrovne etického prístupu spoločnosti k týmto ľuďom. Spoločným prvkom týchto predstáv bolo úsilie zaoberať sa všetkými žiakmi bez ohľadu na postihnutie. *„Musíme si uvedomiť, že postihnuté deti a mládež sa v súčasnosti vyznačujú troma závažnými fenoménmi- ovládanie cudzích jazykov, možnosťou cestovať a ovládaním multimediálnych systémov na získanie informácií, ich spracovanie, uskladňovanie, ale aj učenie sa z nich. Tieto demokratické a technické zmeny prinesú veľké zásahy do vzdelávacích a výchovných systémov a istotne zasiahnu aj špeciálne školstvo“* (Lechta et. al., 1997, s. 39).

Práca je jednou z najdôležitejších ľudských činností, podľa výsledkov ktorej posudzujeme aj úspešnosť jednotlivca. Vypĺňa náš čas, dáva zmysel všetkému okolo nás a je zdrojom hmotných i nehmotných statkov, bez ktorých nemožno prežiť. Postihnutý jedinec, dočasne vylúčený z vonkajšieho sveta sa potrebuje čo najskôr zaradiť do spoločnosti, aby

mohol úspešne bojovať proti nepriazni osudu. „*Takýto jedinec má sťažené možnosti samostatne sa uživiť alebo ich prípadne vôbec nemá*“ (Repková et. al., 2003, s. 97).

Ideálne je, ak sa ťažko zdravotne postihnutý môže vrátiť na bývalé pracovisko, do kolektívu spolupracovníkov, ktorých pozná. Častejšie sa stáva, že je nutné prejsť rôznymi druhmi rekvalifikácie v spomínanom inštitúte a vtedy sa otvára viac možností pre pracovné zaradenie postihnutých vo vybraných odboroch. Môžu sa uplatniť napr. pri práci s počítačom, ako pomocní tréneri v športových kluboch, manažéri spoločností, obchodní zástupcovia, či pracovať v chránených dielňach. Bezbariérovosť prostredia patrí k európskemu štandardu. Tá je nevyhnutná na integráciu zdravotne postihnutých do spoločnosti a usilujú sa o ňu všetky vyspelé štáty.

Etický prístup deklarovať len písomnej podobe nestačí. Je potrebné vychovávať mládež vo vzťahu k hendikepovaným už od predškolského veku. Predovšetkým je potrebné v spoločnosti odstrániť bariéry v ľudskom prístupe, hoci sa už fyzické bariéry v spoločnosti postupne odstraňujú. Ich odstránením sa v praxi naplní etický prístup k týmto ťažko postihnutým osobám. Skutočnú realitu dopĺňajú slová Matouška (2005), ktorý tvrdí: „*Bariéry v našom okolí sú fyzické a psychické. Fyzickými prekážkami sú reálne obmedzenia v prostredí, kde žijeme a každodenne sa pohybujeme. Komplikujú alebo úplne znemožňujú pohyb osôb s postihnutím v určitom prostredí. Psychické prekážky sú tak v mysli zdravých ľudí, ako v psychike zdravotne znevýhodnených*“ (Matoušek et.al., 2005, s. 102).

V mnohých prípadoch nám môžu byť príkladom zdravotne postihnutí športovci, medzi ktorými sú mnohí paraolympionikmi. Šport je významný faktor rozvoja človeka a to nielen z hľadiska telesnej činnosti, ktoré si kladú za cieľ vyjadrenie či zdokonalenie telesnej kondície, ale aj duševného zdravia pre rozvoj spoločenských vzťahov alebo dosiahnutie výsledkov na všetkých úrovniach. „*Športová a pohybová aktivita je pre pacienta s ťažkým zdravotným postihnutím tak dôležitá, ako pre interného pacienta medikamenty*“ (Malý et. al., 1999, s. 450). Šport kompenzuje pocity menejcennosti, zvyšuje sebavedomie postihnutých, ktorí majú väčšie tendencie žiť spoločensky aktívne, napomáha ich úspešnému začleneniu do spoločnosti, rozširuje sociálne záujmy, rozvíja zdravý pocit vlastnej identity či zdravé a objektívne sebahodnotenie. Rozvojom pozitívnych osobnostných vlastností pôsobí na vzťah k zdraviu a celkovej psychickej pohode a výkonnosti, pomáha získať schopnosť lepšie si organizovať pracovný deň, z čoho profituje aj celá spoločnosť. Telesný a duševný stav športujúcich telesne postihnutých pacientov je podstatne lepší ako tých, ktorí sa športu nevenujú. „*Sme veľmi radi, že našu činnosť oceňuje Slovenský zväz telesne postihnutých*“

športovcov a Slovenský paralympijský výbor. Od začiatku sme vedeli, že človek, ktorý má bližšie k pohybovej terapii, športovej činnosti sa ľahšie prispôsobuje zmenenej kvalite života“

Zoznam bibliografických odkazov:

1. FRANKL, V. E. 1995. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 1995, 237 s. ISBN 80-85319-39-X
2. KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 280 s. ISBN 80-7178-551-2
3. LECHTA, V., MATUŠKA, O., ZÁSZKALICZKY, P. 1997. *Nové cesty k postihnutým ľuďom- rozvoj systému, poradenstva a integrácie*. 1 vyd. Bratislava: Liečreh Gúth, 1997, 341 s. ISBN 80-967383-7-2
4. MALÝ, M. 2006. Meranie funkčnej sebestačnosti. In: *Ošetrovateľský obzor*, 2006, roč. III, č. 3., s. 87
5. MALÝ, M. 2005. Ortostatická hypotenzia u tetraplegika. In: *Acta spondylologica*, roč. IV, č. 1, s. 18-19
6. MALÝ, M., et. al. 1999. *Poranenie miechy a rehabilitácia*. 1. vyd. Bratislava: Bonus Real, s. r. o., 1999, 600 s. ISBN 80-968205-6-7
7. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, 352 s. ISBN 80-7367-002-X
8. NOVOTNÁ, E., MODRANSKÁ, K. 2006. Kvalita života ľudí po úraze kostrového systému. In: *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metódik*. Bratislava, 2006, roč. XII, č. 3, s. 143- 145. ISSN 1335-5090
9. REPKOVÁ, K., POŽÁR, L., ŠOLTÉS, L. 2003. Zdravotné postihnutie v kontexte novodobej sociálnej politiky. Bratislava: Informačná kancelária Rady Európy, 2003, 240 s. ISBN 80-8057-178-3

Iné zdroje:

1. Koherentná politika rehabilitácie pre ľudí so zdravotným postihnutím. Odporúčanie č. R(92)6 Výboru ministrov Rady Európy. 2003 Bratislava: Informačná kancelária Rady Európy, 2003, 62 s. ISBN 80-89141-02-1
2. Zákon č. 447/ 2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov
3. Zákon č. 448/ 2008 Z.z. o sociálnych službách

NURSING ETHICS – THEORETICAL ASPECT

Etyka pielęgniarstwa- aspekt teoretyczny

Ewa Kurlito-Kalitowska¹, Grażyna Dębska¹, Grażyna Rogala Pawelczyk^{1,2},

Tadeusz Wadas³

¹Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego Wydział Zdrowia
i Nauk Medycznych

²Uniwersytet Medyczny w Lublinie- Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu

³Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

Resume

Etyka pielęgniarstwa podobnie jak sam zawód jest młodą dziedziną nauki. Na jej tworzenie miały i mają wpływ: etyka ogólna, uwarunkowania kulturowo- historyczne oraz specyfika zawodu. Przemiany we współczesnym pielęgniarstwie spowodowały, że wraz ze wzrostem samodzielności zawodowej zwiększają się wymagania moralne stawiane przed pielęgniarką. Bardzo ważne jest, aby równocześnie z rozwojem tego zawodu, nie zapominać o etyce, jako fundamencie, na którym zbudowane zostało pielęgniarstwo. Tym bardziej, że rozwój nauk biologicznych i medycznych z jednej strony zwiększył możliwości ludzi, a z drugiej pojawiły się problemy, których bez zaangażowania etyki nie można rozwiązać. Dlatego celem publikacji jest przedstawienie podstawowych założeń etyki jako nauki w formie „rozważań wprowadzających”. Oraz wrócenie do „źródeł” poprzez przypomnienie Kodeksu Etyki Zawodowej, omawianych w obszarach:

- pielęgniarstwo- pacjent
- pielęgniarstwo- praktyka zawodowa i nauka
- pielęgniarstwo- samorząd zawodowy
- pielęgniarstwo- współpracownicy
- pielęgniarstwo - społeczeństwo

Słowa kluczowe: Etyka. Pielęgniarka. Kodeks Etyki Zawodowej.

Summary

Nursing ethics, similarly to the nursing profession itself, is a new field of research. Its beginnings and development were influenced by general ethics, cultural and historical circumstances as well as the specific character of nursing profession. Modern nursing have brought multiple changes increasing moral requirements as nurse's professional independence

becomes greater. As the progress and development of nursing profession is discussed it is very important to remember about ethics as the basis, on which nursing was established. Furthermore, due to the development of biological and medical sciences people were granted bigger possibilities on one hand, but on the other one, new problems, which can't be solved without ethics, occurred. The purpose of this paper is to present fundamental ethical principles in the form of "introductory considerations" as well as turn to "the roots" by reminding nurses the Code of Professional Ethics in main areas:

- nurse – patient
- nurse – professional practice and science
- nurse- self-government professional
- nurse – other medical professionals
- nurse - society

Key word: Nursing ethics. Code of Professional Ethics.

“Act only on that maxim through which
you can at the same time will that it
should become a universal law.”

Immanuel Kant
Metaphysics of Morals [6]

Ethics – introductory deliberations

When an ordinary person thinks – of course if he is interested in that – what the philosophy is, what its main research trends are, he believes for sure that philosophy examines: where does the world come from, who is a human, what does it mean to exist. At that time he thinks of ontology. He also puts his attention to that field of philosophy which concerns the reality surrounding us. At that time he thinks of epistemology. He also puts his attention to the number of philosophers who studied the way philosophy developed, how and why the philosophers' views changed. At that time he thinks of the history of philosophy. These are vital issues, their subject constitutes the basis of development of humans' ideas [10,13]. But that person should also think about one more trend in philosophy – about the

ethics. Not only as it is the branch of philosophy, but also as it's an issue of special importance. Why?

Deliberations, conceptions in scope of the theory of existence, the theory of cognition, the history of philosophy are undoubtedly significant for human's life, this significance is indirect though. Every day, while taking decisions or taking actions, we are not driven by conclusions coming from the history of philosophy, of the theory of existence, the theory of cognition [13]. The last one we use for practical reasons. Ethics is the branch of philosophy, which concerns everyday human's life. What is ethics?

At first, a few vague issues concerning the topic of these deliberations are presented.

Ethos is a Greek word, meaning the virtues and ideals, on which the name ethics was based (*ethika* in Greek language) [1]. At the beginning *ethos* pointed to the virtues and ideals connected with customs and traditions (behaviour), that's why, the world *moralit* would be more suitable. However, there was not such a world in Greek language. Only when the world *moralis* was made up from Latin words: *mos*, *moris* (custom, tradition), the ethics was set apart as the science of morality. It didn't lead to consolidate the explicitness of these terms, though. In spite of many theoretical efforts, in practice these terms are used interchangeably, which makes their meaning less accurate.

The terms *morality* and *moral* were deprived of the assessing function and serve only as description. The adjective formed from the noun *ethics* should be used for assessment [10,13]. As a consequence, the noun *ethics* would mean „the science of morality, which establishes moral facts and ethical values, the ways of creating moral goods, and its meaning is mostly theoretical.

Morality is “description of social phenomena or these concerning the consciousness included in one group and recognized as moral, which means that they have common features accepted as moral. Morality concerns also the approval or disapproval of moral phenomena” [12].

Ethics as the science does not focus on the morality as a whole, but from different points of view. There three branches set apart in ethics: the descriptive ethics, the prescriptive ethics and metaethics [10, 12].

The descriptive ethics describe the morality in concrete societies, situations and periods. It does not constitute new facts, but it observes and characterizes the morality [12].

There three branches set apart in the descriptive ethics: the sociology of morality, the psychology of morality, the history of moral doctrines. The sociology of morality characterizes the morality in the social context; E. Durkheim stated that the morality is the

social fact. The psychology of morality describes the psychological circumstances of the morality. The history of moral doctrines presents separate moral systems and moral doctrines. It should be emphasized that these three branches of the descriptive ethics presents the facts, but they do not assess them [12].

The prescriptive ethics (accurate) contains the standards what the morality should be and what the morality should include. It is the science that emphasizes the scope of the desired morality, "it states what the morality should be" [10, 12].

Several trends can be pointer out in the field of the prescriptive ethics: eudaimonia, perfectionism and the social ethics. Eudaimonia, well-known in the Middle ages, states that the morality had to provide happiness to as many people as possible. The happiness is the most significant value. Perfectionism states that the most significant value is the human's perfectionism. In the social ethics creating proper interpersonal relationships between an individual and a group is the indicator of moral demands [12].

Another division of the prescriptive ethics indicates individualistic systems and social systems. The individualistic systems describe a human separately and without their social connections, examine and postulate the morality with reference to an individual. The social systems characterize the morality in the social context; create moral demands with reference to complicated interpersonal relationships [10,12].

There is also the division of the ethics into theological ethics and deontological ethics. The theological ethics are based on the goal, which should be achieved and which is the most significant in certain system, for example: excellence, happiness. The deontological ethics are based on the responsibility, for example the categorical imperative stated by Kant [6].

As that term is popularly understood – deontology is a set of Basic moral norms and principles, establishing the proper behaviour of the representatives of certain profession.

Metaethics is the youngest branch of the ethics; it has existed since at the turn of the 19th and 20th centuries, when G. Moore published [12]. Metaethics is the science which analysis the possibilities of substantiating ethical statements, it examines the points of ethical disputes. It concentrates on the analysis the term like: good, correct, bad, just [1].

For several reasons the ethical issues presented above are broad, but not complete.

1. The scope of research of the ethics is wide.
2. In the prescriptive ethics passing value judgment gives unlimited possibilities of creating demands, their division and classification.
3. The development of biological and medial sciences pointed at the new, unknown issues, for example bioethics. Ethical deliberations concern for example: medical

science, genetics, in vitro fertilization, clinical death. They involve the nursing practice as well.

Nursing ethics

Nursing ethics is formed from general ethics, cultural and historical circumstances as well as the specific character of nursing profession. Nursing ethics, as well as the profession itself, is the young field of science. Its development is associated with creating nursing faculties at medical universities and the research conducted by nursing theoreticians.

Profession ethics is a dynamic field of science, developing under the influence of social expectations, which permanently rise. The research among Polish and British patients shows that „nurse should assure a sense of security, be qualified and physically strong [9].

Profession responsibility is closely connected with professional ethics.

According to the Polish philosopher Roman Ingarden, responsibility is considered in four situations: bearing responsibility, taking responsibility, being called to account and acting responsibly [5].

Professional responsibility can take on several dimensions: moral, civil, financial, legal, official, which can combine while taking professional activities. Nurse has to obey the principles of the Professional code, raise professional qualifications. The Nurses and Midwives Self Government is responsible for establishing and propagating the principles of the Professional ethics as well as controlling their obeying [15].

The nurses in Poland show interest in their own professional ethics. Education standard includes a subject named „Philosophy and ethics in nursing profession” realised during 90 hours of classes. Obeying the principles of the professional ethics is vital in nurses’ education. The graduates of the nursing studies swear an nursing oath, which is presented at the beginning of the Code of Professional Ethics. It includes the most important virtues concerning nursing profession: serving for the most vital values, which are human’s life and health, respect for human dignity and rights, tolerance, protectiveness and honest information, trust [7].

History of the code of nursing ethics

The records in the old medical codes of ethics concern only the profession of a doctor (Hippocrates Pledge). The nursing profession came into being later than the doctor’s profession. However, there is a similarity to the old medical codes of ethics in the current code of ethics of nursing profession [2,11].

People taking care of the sick have always been attached to medical sciences. At the beginning care and nursing was influenced by different doctrines, beliefs, list of values binding in different places and periods. Institutional care came into existence at the turn of the 16th and 17th centuries, thanks to a French priest Vincent a Paulo. The first professional ethics of minders of was created by Saint Vincent a Paulo and Ludwika de Marillac in the year 1633. These principles included the list of duties; they became the basis of the deontological code for nurses.

Saint Vincent a Paulo in these principles pointed to the ethical rules for nurses, for example: the rule of equal treatment of all patients, compassion, mildness, respect and piety. Saint Vincent a Paulo indicated that the care concerns human's body and human's soul. Supplementing the knowledge is also the important issue [8, 14].

Florence Nightingale, the creation of the nursing profession, established the moral principles for the nurses. She stated the nursing is a vocation and working as a nurse demanded high moral level. In the year 1893 the Florence Nightingale pledge was worked up. That was the fit document concerning moral responsibilities of nurses [8,14].

Sixty years later, in 1923 International Council of Nurses (ICN) started the work on the code of ethics. On 10.07.1953 at the ICN in Sao Paulo in Brazil the International Code of Ethics of Nurses was established. The main assumption was "recognizing the serving the humankind as the most vital aim of nurse's action and the reason for the existence of nursing. Later on that code was repeatedly amended [8,14].

From historical point of view, the American Nurses Association and the Canadian Nurses Association took part in the process of forming the code of ethics. In Poland the first monograph about the principles of professional ethics was published in 1973 by Polish Nurses Association, and brought into effect in 1984 by the Ministry of Health and Welfare. The work on the Act on the Professions of Nurse and Midwife (1995-1996) and the Nurses and Midwives Self-Government Act (1990-1991), as well as their amendments contributed to passing the modern code of professional ethics of nurses and midwives [15, 16]. The current binding Code of Professional Ethics was enacted on 9th December 2003 by the Fourth National Congress of Nurses and Midwives.

Deontology of nursing

The basis of the Code of Professional Ethics of Nurses and Midwives of the Republic of Poland was the scope of humans' obligations as defined by Hegel [4].

Deontology of nursing is the applied science, which focuses on establishing and codifying moral responsibilities and rights entitled to nurses in the following areas:

- nurse – patient
- nurse – professional practice and science
- nurse – self-government professional
- nurse – other medical professionals
- nurse – society.

The code of ethics in nursing includes moral principles. The aim of the code is creating the guidebook showing ethical basis as well as:

- Encouraging medical professionals to ethical conduct
- Sensitizing medical professionals to moral aspects of their job
- Consolidating knowledge of established rules among professionals – to integrate them, to emphasise the unity of their group and to protect ethical standards of professional practice
- Advising while settling moral conflicts
- Pointing at expectations from the member of a certain profession [14].

„The Code of Professional Ethics of Nurses and Midwives in the Republic of Poland” is introduced by the nursing pledge, which includes the most important virtues concerning his profession: serving for the most vital values, which are human’s life and health, respect for human dignity and rights, tolerance, protectiveness and honest information. The main part of the code is made up with seven issues, which include moral imperatives. They are connected with the concerns of the quality of work, interest of patients, high responsibility level and the profession’s prestige.

In the main part, there are six fields, in which patient’s interest is protected. The first chapter “Nurse and patient” includes the records that consist of the Patient’s Rights Charter. They ensure the rights to: permission for treatment, information, contact with family, ministry, nurse- patient privilege.

The second chapter „Nurse and Professional practice and science” includes among others the „conscience clause”, that is the nurse’s right to refuse to take part in experiments, which are contrary to her ethical principles. The attention is also paid to the duty to raise professional qualifications, taking part in the scientific research programmes, conducting activities concerning Health promotion and prevention as well as propagating professional achievements.

The records in the following chapter “Nurse and Professional self-government” result directly from the act of the nurses’ and midwives’ self-government and oblige employers to: mutual respect, loyalty, comradeship and professional solidarity.

The fourth chapter “Nurse and partners” shows the comradeship, respect at work, willingness to share one’s experience with new co-workers and eliminating unfair competition.

In the next chapter “Nurse and rules of conduct” the attention was paid to preventing social pathology and particular care of natural environment.

The code ends with the chapter “Endnotes”, which emphasise that in every situation not mentioned in the Code, one should order the legal norms. They are included in the act on the Professions of Nurse and Midwife, decisions of the Main Chamber of Nurses and Midwives, resolutions of self-government. According to the principles of proper practice and custom [7, 8].

To sum up, it should be stressed that the development of medicine and adopting the uniform education system, when becoming a nurse is possible after graduating with bachelor’s degree, caused that the scope of nurses’ activities was broaden with new duties. On the one hand, it gives a chance to have more professional autonomy; on the other hand, it contributes to the enhanced requirements for nursing care. While nursing is developing, it is important not to forget about ethics as the basis of nursing. This a profession of public trust, so that ethics cannot be only „the set of theoretical directives, [...] but it has to become an inner conviction and a moral attitude of every nurse, as well as the power inspiring their professional conduct”. All the more so because this profession has great authority in Poland, called as profession’s social prestige. According to the research made by the Public Opinion Research Centre in the 1990s and 10 years later, nurses had considerable standing, being third in hierarchy of the profession’s prestige [3].

However, one should remember that no matter how large transformation will occur in the nursing, patients will still expect the same, which is qualified help. From above, it appears that the ethical principles should be obeyed by profession representatives. Another matter is the necessity of permanent reminding of principles of the Code of Professional Ethics as well as the legal basis of the profession among Polish nurses. It means a permanent return to the roots.

Bibliography:

1. Arystoteles. Etyka Nikomachejska (w:) Dzieła wszystkie, t.V, W-wa 1999
2. Dunn H.P. Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów. Wydawnictwo Biblos, Tarnów 1997
3. Feliksiak M., Prestiż zawodów. Komunikat z badań, Centrum Badania Opinii Społecznej, „BS/8/2009; 6
4. Hegel G.W.F. Człowiek i jego obowiązki. [W:] Kuderowicz Z, Hegel i jego uczniowie. Warszawa 1984: 256
5. Ingarden R., O odpowiedzialności i jej podstawach ontycznych, [w:] Książeczka o człowieku, WL. Kraków 1987: 73-74
6. Kant I. Uzasadnienie metafizyki moralności, Aletya, W-wa 2002
7. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych zatwierdzony na 4 Krajowym Zjeździe 9 XII 2003.
8. Konstańczyk S. Etyka pielęgniarska. Engram. Warszawa 2010
9. Ksykiewicz D., Determinanty a nowe wyzwania w pielęgniarstwie (2). Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2009; 11: 5
10. Lipiec J. Koło etyczne, Kraków 2005
11. Olejnik S. Etyka lekarska. Wydawnictwo Unia, Katowice 1995
12. Pawlica J., Moralność i etyka czyli ustalenie pojęć. (w:) Etyka. Zarys, praca zbiorowa. (red.). J.Pawlica. Kraków 1992
13. Tatarkiewicz W. Historia filozofii 1-3, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 1999
14. Wrońska I., Mariański J. Etyka w pracy pielęgniarskiej. Wydawnictwo Czelaj, Lublin 2002
15. Ustawa o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 kwietnia 1991
16. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996

DŮSTOJNOST ČLOVĚKA V ZÁVĚRU ŽIVOTA

Jana Kutnohorská, Martina Cichá

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií,
Ústav aplikovaných společenských věd

Súhrn

Diskuse o důstojnosti lidského života se intenzivně začala vést po ukončení 2. světové války a promítla se do Všeobecné deklarace lidských práv (OSN, 1948) a řady následných dokumentů. Člověk je smrtelný a dostane se do okamžiku, kdy „směřuje ke smrti“. V čem spočívá důstojnost člověka v posledním úseku jeho života? Tato diskuse se rozvíjí v souvislosti s pokroky vědy, pronikáním techniky do medicíny a úspěchy lékařů s prodlužováním lidského života. Pokroky v lékařství jsou vítané, ale přinášejí z hlediska etiky řadu otázek, o nichž je nutno diskutovat, vědu a etiku nemůžeme oddělovat. Mezi důležité diskutované otázky patří pojmání důstojnosti lidského života v nemoci a umírání.

Klíčová slova: Autonomie. Důstojnost. Empatie. Lidský život. Úcta. Umírání. Utrpení.

Summary

Intensive discussions about the dignity of human life have been started after the end of World War II and reflected in the Human Rights Declaration (UN, 1948) and in number of successive documents. A human being is mortal and will encounter the moment when he or she „is looking towards death“. What does human dignity in the last period of life consist in? These discussions have advanced in connection with the progress in science, technology entering medicine and physicians' successes in extending human life. Progress in medicine is welcomed but in terms of ethics it brings up many issues to be discussed; science and ethics cannot be separated. The conception of the human life dignity in illness and dying belongs to the important discussed issues.

Key words: Autonomy. Dignity. Empathy. Human life. Respect. Dying. Suffering.

Úvod

„Důstojnost“ je složitá entita, chceme-li poskytovat péči a služby, které zachovávají a posilují důstojnost, je třeba věnovat čas k pochopení toho, co to důstojnost vlastně je. (Kalvach, 2004, s.12) Umíme spíše říci, co je nedůstojné, ale co je důstojné, či kde hranice lidské důstojnosti jsou, často jen tušíme a to na základě mravních principů, kulturních tradic, postoje k životu, v úctě k člověku nebo na základě empatického chování. (Svobodová, 2005, s. 328)

Obsah

Uvědomění si determinant dobré, důstojné smrti není u většiny osob naší společnosti hluboké a rozšířené. Vědomí těchto závislostí je podstatné pro každého člověka na konci života. Je proto společensky vhodné toto povědomí prohlubovat a rozšiřovat. Člověk jako jediná živá bytost je schopen o sobě přemýšlet, být pánem svého jednání a určovat svůj vlastní život. Tato schopnost tvoří také jeho důstojnost. Podstata důstojnosti lidské existence spočívá v tom, že člověkem, majícím svobodu sebeurčení nesmí nikdo disponovat. (Rotter, 1999, s.25) Pojem důstojnost je zdůrazňován v mnoha dokumentech, které se dotýkají hodnoty člověka.

Důstojnost umírání je zdůrazňována zejména v následujících dokumentech např.:

- Rezoluce Rady Evropy č. 613, 1976, Doporučení Rady Evropy číslo 779, 1976.
- Charta práv umírajících, 1999.¹
- 5. plenární shromáždění papežské akademie Pro vita v roce 1999 ve Vatikánu.
- Etické normy v ošetrovatelském povolání – Norma č.5.
- Korejská deklarace o hospicové a paliativní péči, 2005.

Důstojnost lidského života spočívá v hodnotě člověka. Hodnota lidského života se neměří jen zdravím a blahobytem, nýbrž má mnohem hlubší zdůvodnění. Co to je důstojnost člověka? Je to úcta k hodnotě lidské bytosti. Důstojnost je definována jako uspokojení všech potřeb umírajícího, dokonalou péčí o všechna jeho přání a především odstraněním trápení, jak

¹ Parlamentní shromáždění Rady Evropy přijalo dne 25. června 1999 dokument č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“, který je znám právě pod názvem „Charta práv umírajících“.

fyzického, tak duševního. Lidé neztrácejí svoji důstojnost tím, že jsou nemocní, mají bolesti nebo umírají. (Rotter, 1999, s. 26)

Člověk chce být především člověkem a nechce být považován za stroj, jenž je vždy možné opravit. Lidský život utrpení doprovází. Otázka smyslu utrpení je jednou z prastarých otázek člověka. Zvláště naléhavá je přirozeně při těžké nemoci nebo když se blíží smrt. (Rotter, 1999, s. 68)

Umírající člověk a jeho rodina jsou citlivě vnímaví k tomu, jak s nimi okolí jedná a zde je zachování důstojnosti člověka mimořádně významné. Jednak umírající prožívá poslední chvíle svého života a způsob jednání s ním a k němu patří ke kultuře společnosti a jednak rodina potřebuje mít pocit, že jejich blízký odešel z tohoto pozemského světa „důstojně“, že s ním bylo až do poslední chvíle zacházeno jako s lidskou bytostí, která si zaslouží ohled a citlivé zacházení. Pro zachování důstojné péče jsou důležité faktory, které jsou projevem zájmu o umírajícího člověka: vlídnost, zdvořilost, naslouchání a vhodná komunikace. (Rotter, 1999, s. 26)

Na 5. plenárním shromáždění papežské akademie Pro vita v roce 1999 ve Vatikánu se diskutovalo o konci lidského života. Bylo zdůrazněno, že umírající nemá být sám, že doprovázení umírajícího je nesmírně důležité pro vlastního pacienta i pro členy jeho rodiny. Důstojnost posledního úseku cesty člověka podle křesťanských tradic zakládá:

- láska k člověku
- respektování života
- smysluplnost života až do jeho konce
- radost a naděje na život věčný

Každé umírání znamená loučení se vším, co měl člověk rád a se všemi, které měl rád. Bylo by určitě dobré, kdyby toto rozloučení probíhalo důstojně a umírající se stačil připravit na poslední cestu. (Jan Pavel II. 1995)

Důstojnost pochopíme jen v interakci s pojmy úcta, autonomie, participace, sebeúcta, identita, respekt, rovnoprávnost a další.

Úcta

Tento pojem se nejvíce spojuje s důstojností. U ošetřujícího personálu je to úcta k sobě samému a úcta k jiným lidem. Úctou k ostatním vyjadřujeme, jakou hodnotu vidíme v nich. Umět s druhým zacházet s úctou může být v praxi velmi obtížné. Neměli bychom pacienta dezinformovat, vystavovat zbytečnému riziku, chovat se k němu lhostejně ani jej ponižovat. Nutno je také myslet při péči na jeho věk a na to, co prožil. (Kalvach, 2004, s. 19)

Sebeúcta

To, jak ošetřující personál s člověkem zachází, se odráží v jejich vnímání sebe samých a na jejich sebehodnocení a sebeúctě. Úctou k sobě ukazujeme, nakolik si sami sebe ceníme. Důstojnost a čest osobnosti pramení z pocitu sebeúcty. Silný pocit sebeúcty nabízí určitou ochranu před urážkami směřovanými proti vědomí vlastní důstojnosti. (Kalvach, 2004, s. 19)

Autonomie

Slovo autonomie označuje nezávislost, svébytnost samostatnost, sebeurčení, svobodu vůle a možnost individuální volby. Autonomie znamená právo jednotlivce rozhodovat o sobě a zajišťuje nárok na sebeurčení při rozhodování o tom, co se v rámci zdravotní péče děje s mým tělem a jak je pečováno o moji duši. Přijmeme-li předpoklad, že každý člověk si zaslouží úctu, bereme tím na sebe závazek, že budeme mít na zřeteli jeho zájmy. Každý jedinec je nejlepším strážcem svých zájmů, proto bychom ho měli (vzhledem k jeho zdravotnímu stavu) zapojovat do rozhodování o sobě. (Kalvach, 2004, s. 19). Kodex sester hovoří o zásadě autonomie v prvním a třetím ustanovení. Zásada autonomie vyžaduje, aby pacient měl včas adekvátní informace o možnostech léčby a aby se mohl rozhodnout a také udělit informovaný souhlas s konkrétní formou léčby.

Participace

Pro prožívání pocitu důstojnosti je velmi důležité nejen zapojení do rozhodování o vlastním životě a péči, nýbrž i nabytí pocitu smysluplnosti a participace v životě určité komunity. (Kalvach, 2004, s. 21) Participace je velmi úzce spojená s důstojností. Je to jednak participace zvnějšku, to jak respektujeme účast samého člověka na vlastním rozhodování, a je to jednak participace moje, vnitřní, jak jsem schopen participovat ve stavu nouze (nemoci) na rozhodování o svém životě, do jaké míry jsem schopen si toto prosadit. Jakmile participace odumírá je v ohrožení také lidská důstojnost. (Taylor, 2001, s.18)

Svoboda

Svoboda rozhodování patří k hlavním zdrojům lidské důstojnosti. Zásada důstojnosti se vztahuje i na lidi, kteří již nejsou schopni vlastního rozhodnutí. (Kalvach, 2004, s. 20) Svoboda je také výzvou k uskutečňování dobra v medicíně. Naše otevřenost vůči dobru určuje naše lidství. (Kalvach, 2004, s. 71) Potřebnou podmínkou důstojného jednání je schopnost takové jednání svobodně zvolit. Lidskou svobodu nelze pokládat v každém ohledu za odůvodnění lidské důstojnosti a hodnoty lidské existence. Ne každé lidské chtění odpovídá lidské důstojnosti a zdůvodňuje ji, nýbrž jen určité chtění, v němž člověk skutečně nachází uskutečnění a naplnění smyslu. (Rotter, 1999, s.26)

Potřeba uznání

Člověk zakouší svou hodnotu především tehdy, když se cítí pozitivně vnímán (milován). Pokud ví, že je druhému milý, je také sám přesvědčen o smyslu a hodnotě své existence. Láska dává poznat vlastní hodnotu. Hodnota člověka nezávisí na tom, jestli je v té chvíli milován nebo ne, nýbrž na tom, zda je hoden lásky. (Rotter, 1999, s. 26)

Autenticita

Autenticita je ideou svobody, zahrnuje fakt, že si svou životní cestu nalézám sám a přitom se bráním požadavkům vnější konformity. (Taylor, 2001, s.32)

Etiketa

Důstojnost může být také narušována absencí společenské zdvořilosti, a mezilidskou komunikací, týká se to hlavně pozdravu, oslovení člověka (oslovujeme příjmením a titulem, pokud je člověk jeho nositelem a přeje si to), společenské obraty „děkuji“ a „prosím“ by měly být samozřejmostí i v péči o člověka v terminálním stadiu. Stále jednáme s lidskou bytostí. K mezilidské komunikaci patří také naslouchání, empatie. Nezapomínejme, že komunikujeme i když mlčíme. Komunikací projevujeme respekt k člověku, komunikace patří ke zdrojům lidské důstojnosti a jejím prostřednictvím projevujeme úctu k člověku.

Etické normy v ošetrovatelském povolání uvádí: „Sestra vykonává vhodné zákroky a léčebné úkony, aby ulehčila přežití období nemocí, zotavení z onemocnění, nebo přispěla k důstojnému umírání.“ (Norma č.5 - Sestra 1992, 2 (3), 17-18)

Důstojné umírání je vědomou přípravou a akceptací přirozeného umírání, kdy má pacient zajištěny a splněny všechny potřeby:

- biologické (somatické),
- psychické,
- duchovní (spirituální),

- sociální. (Samol, 2008. s. 49)

Velmi důležitá je spolupráce a spoluodpovědnost nemocného, rodiny a zdravotníka. Můžeme si položit otázku, zda terminálně nemocný je ještě zdravý? Ano, má ještě jiné oblasti zdraví (vše není nemocné). (Samol, 2008. s. 49)

K důstojnosti patří také nalezení smyslu života, člověk, pokud je ještě člověk schopen psychicky a fyzicky, měl by za podpory rodiny a okolí najít význam a smysl svého bytí zde v jemu určeném čase. Každý odevzdáváme svůj život do „věčnosti“ neukončený, ale měli bychom ho odevzdávat uzavřený s pocitem, že náš život byl důstojný. Je na zdravotnickém personálu a hlavně na sestřích, které na všech odděleních uvedly holistický přístup k pacientovi, aby svým odborným přístupem zajistily, aby nemocný neměl pocit ztráty důstojnosti.

Závěr

Představu lidské důstojnosti má každý člověk individuální, ale i přesto jsou uznávaná pravidla, která přispívají k naplnění respektu k lidské důstojnosti. Charakteristikou dobrého ošetřování je právě zájem a zvědavost o minulost člověka, jeho prožívání, pocity. Právě tak je možné vytvářet prostředí důvěry a lidské důstojnosti ve vztahu zdravotník a pacient. Pohled filozofie nebo teologie v současné době hovoří o smrti jako o konci osobního životního příběhu. K životnímu příběhu osoby patří schopnost určitého minimálního sebeuvědomění a personální svobody. Rotter, 1999, s. 87) K životnímu příběhu člověka patří také závěr jeho života, který by ve vědomí pozůstalých měl být důstojný.

Seznam bibliografických odkazů:

1. CICHÁ, M., VALENTOVÁ, M. Etika komunikace se seniory aneb v čem nejčastěji chybujeme. In *Sdílení sociálních znalostí v týmech pečujících o seniory*, s. 26-32. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2008. 63 s. ISBN 978-80-7318-788-0.
2. JAN PAVEL II. *Encyklika O životě, který je nedotknutelné dobro*. Praha: Zvon, 1995. ISBN 80-7113-139-3
3. KALVACH, Z.(ed) *Respektování lidské důstojnosti*. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů. Praha: Cesta domů – projekt Paliativní péče v ČR, 2004.
4. [Online] Dostupné:[<<http://www.cestadomu.cz/res/data/004/000502.pdf>>]
Staženo:17.9.2008]

5. KISVETROVÁ, H. *Vybrané aspekty procesu umírání v práci sestry*. Kutnohorská, J. (ed.). *Důstojné umírání, sborník z mezinárodní konference*. Olomouc: VUP, 2008, s. 109 – 115, ISBN 978-80-244-2016-5
6. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-725235-4
7. KRÁTKÁ, Anna, CICHÁ, Martina, DORKOVÁ, Zlatica. Podpora edukace pacientů metakognicemi. In *Zborník Ošetrovatel'stvo a zdravie III., Pohyb a zdravie VI*. Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, 2009, s. 114. s. 496. ISBN 978-80-8075-384-9.
8. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika umírání a smrti*. s.20-24. In: *Důstojné umírání. Sborník z mezinárodní konference 4.12.2007*. Olomouc: Lékařská fakulta UP, 2007. ISBN 978-80-244-2016-5
9. ROTTER, H. *Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7
10. SAMOL, A.M. *Důstojné umírání v praxi lékaře domácího hospice*. In: *Důstojné umírání, sborník z konference konané dne 4.12.2007*. Olomouc: UP, 2008. ISBN: 978-80-244-2016-5
11. SVOBODOVÁ, H. Důstojnost člověka v ošetrovatelské péči. In *Edukační sborník*. Brno: Masarykův onkologický ústav. 2005, s. 328.

ETICKÉ PRINCÍPY V ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Slavomír Laca

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Súhrn

Etika má v realizácii zdravotnej starostlivosti nezastupiteľné miesto, vyplýva to zo samej podstaty ľudského života a súžitia. Konat' v zdravotnej a ošetrovateľskej eticky „morálne - humánne“ je súčasťou ľudskej prirodzenosti. Teda je to súčasťou nášho žitého sveta, je to niečo prirodzené a je odvodené z ľudského bytia. Cieľom nášho príspevku je priblížiť a definovať etické princípy v zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti v kontexte etiky, ktorá sa bytostne dotýka celej spoločnosti. Narastajúca potreba riešenia rôznych etických problémov a ich závažnosť v oblasti poskytovania zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti si vyžaduje uplatňovanie už spomínaných princípov. Hlavným poslaním v zdravotníctve je vo všeobecnosti ochrana ľudského života, ľudských práv a presadzovanie ľudskej dôstojnosti a osobnej integrity jednotlivých účastníkov zdravotníckej starostlivosti.

Kľúčové slová: Človek. Etické princípy. Ošetrovateľská starostlivosť. Zdravotná starostlivosť.

Summary

Ethics in the implementation of health care irreplaceable, that is the very nature of human life and coexistence. Acting in medical and nursing ethically "moral - human" is part of human nature. So it's part of our world live, it's something natural and is derived from a human being. The aim of this paper is to explain and define the ethical principles in medical and nursing care in the context of ethics, which is intimately affects the whole society. The growing need to address the various ethical issues and their significance in the field of medical and nursing care requires the application of the above mentioned principles. The main mission of health in general is to protect human life, human rights and promoting human dignity and personal integrity of individual participants in health care.

Key words: Man. Ethical principles. Nursing Care. Health care.

Úvod

Medicína a ošetrovateľstvo sú základnými článkami zdravotnej teda ošetrovateľskej starostlivosti. Medzi ostatnými oblasťami ľudskej činnosti zastávajú osobitné postavenie tým, že sa v nich neustále stretávajú a konfrontujú nároky odborné s etickými nárokmi. Vyplýva to aj z podstaty, že sa zaoberajú ochranou a záchranou zdravia a života, ktoré patria k najvyšším hodnotám ľudskej spoločnosti. Zdravie je niečo, čím človek je, je to súčasť jeho bytia a nepochybne aj jedna z podmienok dosahovania jeho dočasných cieľov. Je súčasťou bytia človeka podobne ako sloboda, vzdelanie, charakter a iné vlastnosti a schopnosti. Zdravie nie je tovar na obchodovanie, je to súčasť ľudského ja a právo na zdravie patrí k základným ľudským právam. Základom pre kvalitnú zdravotnú starostlivosť je rešpektovanie odborných a etických aspektov súvisiacich s touto problematikou, pričom jeden nesmie vylučovať druhý. profesionalita nesmie vylučovať ľudskosť.

Etické princípy v ošetrovateľskej starostlivosti

Princípy ovplyvňujúce etiku a morálku v oblasti poskytovania zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti v zásade vychádzajú z Hippokratovej prísahy. Skôr než sa budeme nad jednotlivými princípmi hlbšie zamýšľať, je potrebné uviesť, že problematika, ktorou sa v tejto práci zaoberáme, t.j. etika v „zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti“. V oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti sa uplatňujú rôzne zložky a sféry ako napríklad medicína, ošetrovateľstvo, filozofia - etika, výskum a pod. My sa v tomto pojednávaní snažíme skĺbiť základné etické princípy, ktoré by mali byť platné pre všetky menované aj nemenované zložky podieľajúce sa na realizácii zdravotnej teda ošetrovateľskej starostlivosti.

V podstate sa zaoberáme profesijnou etikou, ktorá má v danej oblasti svoje členenie ako napríklad bioetika, medicínska etika, lekárska etika, ošetrovateľská etika a pod., ale pritom všetky jej zložky sú zamerané vo svojom základe na spoločný cieľ, ktorým je človek a jeho zdravie či choroba. Do tejto oblasti prispieva v súčasnosti aj etika v ošetrovateľskej starostlivosti. My budeme viac menej pojednávať o etike zdravotníckeho personálu, resp. o deontológii, ktorá je primárne o konaní mravnej povinnosti a teda aj v oblasti poskytovania zdravotnej „ošetrovateľskej“ starostlivosti zastáva predovšetkým takýto význam, t. j. pojednáva o morálnych vzťahoch, konaní, zodpovednosti zdravotníckych pracovníkov voči sebe, pacientovi - klientovi, kolegom i spoločnosti.

V oblasti poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti je život a zdravie chorého najvyšším zákonom. Prvým princípom v tomto vzťahu je *princíp beneficencie - prospešnosti a dobročinnosti*. Obsahuje v sebe základné pravidlá, ktorými sú ochrana života, obnovenie

zdravia, zlepšenie kvality života a poskytnutie takých zásad a intervencií, ktoré by prinášali úľavu od bolesti a strádania. „Najvyššou hodnotou je život, zdravie človeka a ľudská dôstojnosť“ (Laca, 2008, s. 34) a ich dosahovanie v sebe predpokladá konanie maximálneho dobra pre konkrétneho človeka – pacienta (klienta) a to tak počas jeho zdravia ako aj v chorobe.

Druhým princípom je princíp *predovšetkým neškodiť* — *princíp nonmaleficiencie*, ktorý v sebe vyjadruje požiadavku, aby poskytovateľ zdravotnej starostlivosti obmedzil možné riziká a predchádzal im tak v preventívnom ako aj diagnostickom či terapeutickom procese. Dosahovanie hodnoty zdravia, života a dôstojnosti človeka predpokladá tu také konanie, ktoré žiada vylúčiť jeho akékoľvek úmyselné či neúmyselné poškodenie alebo ublíženie.

Tretím princípom je *princíp rešpektovania autonómie pacienta (klienta)*, ktorý obsahuje v sebe rešpekt a úctu k človeku ako bytosti nezávislej, svojbytnej, samostatnej a seba určujúcej, ktorá má slobodnú vôľu a možnosť individuálnej voľby. Predpokladá v sebe také konanie a správanie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktoré v sebe obsahuje rešpektovanie inakosti klienta a je realizované so zreteľom na chápanie holistického pohľadu na klienta ako na bytosť bio – psycho - sociálnu. Predpokladá v sebe aj utváranie vzťahu dôvery, avšak umožňuje klientovi spoluúčasť pri rozhodovacom procese o sebe samom. Napriek tomu nesmieme zabúdať, že plnú právnu zodpovednosť za klienta nesie poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. Obaja tvoria dobrovoľný vzťah, avšak v prípadoch náhleho ohrozenia života, kedy je nutné urgentne reagovať na záchranu života, je oprávnený aj paternalistický postoj poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. V ostatných prípadoch je však základným etickým princípom autonómia klienta vychádzajúca zo základných ľudských práv, ktorej obsah tvorí schopnosť pochopiť, rozlíšiť a zvážiť jednotlivé alternatívy ako aj schopnosť tlmočiť okoliu určité rozhodnutia tzv. relevantná kompetencia klienta, nie je vždy totožná so spôsobilosťou na právne úkony. Ďalej v sebe obsahuje primeranú úroveň informovanosti klienta s možnosťou pochopenia a dostatočného časového priestoru na zváženie prijatých informácií, ale aj slobodu rozhodovania klienta bez akéhokoľvek vonkajšieho nátlaku či prinútenia. S touto problematikou súvisí aj požiadavka získavania tzv. informovaného súhlasu klienta pred každým plánovaným diagnostickým či terapeutickým zásahom. ide o slobodný súhlas, ktorý môže dať len osoba mentálne kompetentná, resp. u nekompetentných osôb (deti, duševne chorí ľudia a pod.) ho poskytuje zákonný zástupca, po predchádzajúcej primeranej informácii. Tento súhlas sa vyžaduje aj pred zaradením osoby do biomedicínskeho výskumu.

Princíp spravodlivosti, ako štvrtý princíp, žiada nerobiť rozdiely medzi klientmi, t. j. poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť každému kto ju potrebuje bez akejkoľvek diskriminácie. Toto sú základné piliere etiky poskytovania zdravotnej teda ošetrovateľskej starostlivosti, no nová doba a nové etické dilemy si vyžadujú ich neustále prehodnocovanie a dopĺňanie. V posledných desaťročiach sa začali definovať práva pacientov ako reakcia na prípady porušovania etických princípov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktoré v sebe zahŕňajú požiadavky ohľaduplnosti, humánnosti, odbornosti, porozumenia, komunikácie či rešpektovania a poskytovania duchovnej pomoci. *„Základné princípy spočívajúce na cnostiach sú alternatívnymi zdrojmi etických princípov zdravotnej starostlivosti, lebo cnosť je svojím koncepcným prepojením pravidiel, zásad, povinnosti a predvídaných následkov, ušľachtitou možnosťou v realizácii správneho prístupu k riešeniu etických problémov v danej oblasti. Neopomenuteľnou súčasťou alternatívnych zdrojov je aj etika vychádzajúca z kauzistických prístupov, v etike hovoríme o situačnom prístupe, ktoré môžu predstavovať metódu etickej analýzy klinickej situácie a zdroj informácií pri konkrétnom riešení etického problému“* (Šoltés a kol., 1996, s. 6).

V zásade tieto princípy v sebe obsahujú také atribúty konania akými sú úcta a spravodlivosť. Jedná sa tu vlastne o morálne „kresťanské“ normy či pravidlá, ktoré svojou vypovedacou hodnotou do poručujú isté konanie vo vzťahu k zdravotnej starostlivosti a tým do istej miery vymedzujú morálne správanie tých mravných subjektov, ktoré sa na poli poskytovania zdravotnej starostlivosti pohybujú, poukazujú nám vlastne na to „čo“ v otázke čo máme robiť, ktorú sme si položili v druhej podkapitole. Úlohou týchto princípov je vedomou formou zabezpečovať zlepšovanie kvality života a vzájomných ľudských vzťahov.

Autor Kánsky vo svojom pojednávaní o význame a úlohe princípov a noriem v etike a morálke uvádza, že „etické normy a pravidlá existovali už u Homo erectus, predchodcu dnešného človeka a to nie len ako inštinktívne formy noriem, ale aj normy vzniknuté na základe myslenia, vychádzajúce z praxe a prispôsobovania sa meniacemu prostrediu“ (Kánsky, 2000, s. 83). Normy a princípy správania a konania človeka patria do určitej miery k jeho genetickej výbave, ktorá podporovaná výchovou a vzdelávaním človeka vedie k vlastnej sebareflexii a prehodnocovaniu vlastných princípov správania sa a ku komparácii s princípmi v spoločnosti a tým dáva možnosť človeku, ako mravnému subjektu na základe slobodnej voľby vyberať si také princípy, ktorých dodržiavanie mu zabezpečia jeho osobnostný rast a harmóniu vo vzťahu s okolím.

Princípy uvedené ako základné pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti patria síce do kategórie profesijných noriem, ale mám za to, že vychádzajú vo svojej podstate zo

všeľudského záujmu a sú výsledkom integrujúcej tendencie socializačného procesu ľudstva smerom k humanite a ľudskej dôstojnosti od čias prvotnopospolnej spoločnosti až po súčasnosť.

Vývoj týchto etických princípov v dejinách ľudstva bol chápaní v kontexte dobra a zla, čiže humanizačných snáh ľudstva. V časoch prírodného liečiteľstva, v období matriarchátu, kedy liečenie bolo poskytované bezplatne a každému bez rozdielu. Môžeme teda pozorovať uplatňovanie princípu rovnosti a spravodlivosti a snád' aj princípu dobročinnosti a to vzhľadom k tomu, že základnou úlohou bolo zmierniť bolesť, resp. pomôcť trpiacemu človeku v snahe prežitia. Dobrom v oblasti dosahovania zdravia bolo všetko, čo prinášalo úľavu a zmierňovalo utrpenie. Aj keď v dobe magického - kultového liečiteľstva a neskôr aj v dobe náboženského liečiteľstva bola choroba ponímaná aj ako trest zoslaný na človeka za jeho zlé konanie a smrť bola vnímaná aj ako vyslobodenie z trestu.

Človek bol pôsobením mágie stále viac zavádzaný do iluzórnej predstavy sveta nadprirodzeného a odvádzaný od vlastnej aktivity pri utváraní seba samého, autonómia ako prejav vlastnej identity osobnosti v tomto období nemali svoje miesto. Toto obdobie môžeme charakterizovať aj ako prvú etapu historického vývoja humanizmu, kedy sa začína ľudské sebauvedomenie a zápas človeka s nepriateľským svetom sa odráža v bájoslovných zápasoch dobra a zla, vo víťazstve dobra nad zlom. Toto obdobie je charakteristické silnou závislosťou človeka na prírode, ale zároveň aj jej postupným prekonávaním. Dozaista otázka nevyváženosti, resp. nerovnováhy realizácie individuálneho a spoločenského dobra viedla ľudstvo k ďalším spoločenským zmenám a to k vzniku otrokárskej spoločnosti, v ktorej napríklad otázka úcty v ľudskom meradle nadobudla dvojakú podobu. Úcta prináleží iba slobodným občanom, kým otroci sú nevyhnutnou potrebou pre život otrokára. Medicína však ako veda odrážajúca potreby ochrany zdravia bola potrebná nie len pre otrokárov, ale aj pre otrokov, aj keď táto potreba – prospešnosť - nevychádzala z rovnakých pohnútok. A tak uplatňovanie princípu rovnosti, v tejto dobe, bolo iba zbožným želaním. Potreba ochrany zdravia bola vlastne realizovaná len pre úžitok. Rodí sa typ osobnej závislosti a priamej nadvlády človeka nad človekom a podriadenosti človeku. „Zotročením časti ľudstva sa človek vyslobodil spod priamej nadvlády prírody a dochádza k postupnému rozvoju individuality a teda aj k zmene hodnotovej orientácie, avšak relatívna sloboda jedných, boba zároveň absolútnou neslobodou iných“ (Vajda, 1982, s. 179). Začína sa nový humanistický obraz nového človeka V tomto období už dochádza k hmotnému odmeňovaniu lekárov a s tým sa začína formovať princíp erudície a vznikajúce právne zákony so sebou priniesli aj potrebu právnej zodpovednosti.

Významným v tomto období bolo pôsobenie Hippokrata, ktorý vychádzal z učenia Demokrita o pôsobení protikladov a ako prvý začal chápať chorobu z hľadiska pôsobenia prostredia a pri jej liečbe uplatňoval poznatky z Demokritovho učenia, podľa ktorého má konať človek dobro už z povinnosti voči sebe a tak sa má vyvarovať chýb nie zo strachu, ale práve z povinnosti. Doporučoval liečiť protikladmi, ale preferoval aj zásadu prinášať úžitok a neškodiť. Na základe jeho učenia sú dnes založené mnohé etické kódexy vzťahujúce sa na oblasť poskytovania zdravotnej starostlivosti. Boj protikladov ako svár, ktorý je otcom všetkého, napríklad aj v Herakleitovom učení, je predpokladom dosahovania harmónie medzi dobrom a zlom na základe ich neustáleho zápasu v skutočnom svete má svoj význam nielen v rozpoznávaní toho, čo je dobré a zle, trebárs aj v oblasti etiky či morálky v zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti, ale má tu aj svoje praktické využitie hlavne v oblasti terapeutických postupov. Táto jeho náuka o boji a jednote protikladov sa opäť vynára u Hegela, Spencera či Nietzscheho alebo Darwina a harmónia, o ktorej pojednáva má svoje významné miesto tak v oblasti individuálnej harmónia ducha, tela a vonkajšieho prostredia jedinca, ako aj v interpersonálnych či intrapersonálnych vzťahoch pôsobiacich na poli poskytovania zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Jeho jednotu v rozmanitosti by sme v tomto kontexte mohli snád' interpretovať aj týmto spôsobom, že v oblasti poskytovania starostlivosti o zdravie sa podieľa nespočetné množstvo mravných subjektov, z ktorých každý je jedinečný a má svoje individuálne ciele a zmysel života, ale v tomto sa musia zjednotiť a sledovať spoločný cieľ a tak pluralita ich záujmov a cieľov sa musí bezpodmienečne zlievať do jedného, ktorým je ochrana zdravia a pomoc trpiacim chorobou, v princípe prospešnosti.

Princípy tvoriace základ súčasných kódexov v zdravotnej starostlivosti nachádzajú svoje korene aj etických koncepciách utilitarizmu a konzekvencializmu. Najviac však, podľa nášho názoru, korešponduje s neutilitaristickým konzekvencializmom, ktorý sa zameriava na širšie chápanie dôsledkov konania, ale neredukuje sa len na dôsledky, ale aj na motívy, úmysly a postoje a tiež odmieta princíp nestrannosti. V zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti, je priam nevyhnutne prijateľný Popperov názor, že pred každým „abstraktnejším morálnym rozhodnutím je potrebné analyzovať dôsledky, ktoré sú pravdepodobne výsledkom alternatív, medzi ktorými máme voliť, ale taktiež názor, že dôležitejšie je, aby sa ľudská spoločnosť a v jej rámci aj etická teória, viac usilovali o to, aby sa minimalizovalo utrpenie pred maximalizáciou šťastia“ (Popper, 1994, s. 218). Do určitej miery vlastne tento názor korešponduje s princípom neškodiť, vylúčiť akékoľvek úmyselné či neúmyselné poškodenie zdravia či života či dôstojnosti jedinca.

Rozvoj zdravotnej starostlivosti sa postupne zosilnieval v podmienkach prudkého vývoja ľudskej spoločnosti. V oblasti vedeckého poznania došlo k hlbšiemu uplatneniu materialistických názorov a k slovu sa dostáva čoraz viac aj technický pokrok. Začala sa zavádzať účinnejšia štátna sústava ochrany zdravia. Zmyslom a cieľom existencie ľudstva sa postupne čoraz otvorenejšie začína stávať humanita.

Záver

Etické požiadavky na zdravotnú a ošetrovateľskú starostlivosť vychádzajú z jej cieľa, ktorým je zdravie pre jednotlivcov, rodiny a spoločnosť. Etické hodnoty majú základ v hodnotách človeka.

Etika ako slovo, či pojem, sa hlavne v poslednom čase veľmi často skloňuje v rôznych súvislostiach. Otázne však je, či tento pojem nie je iba zamieňaný napr. s etiketou, resp. či je správne interpretovaný. Etika je filozofická disciplína, ktorá sa zaoberá skúmaním mravných aspektov konania, správania a rozhodovania mravných subjektov. Vo všeobecnosti je etika teória morálky, ktorá sa zaoberá problémami človeka a podstatou prístupu k týmto problémom spočíva v ľudskosti a snahe riešiť ich na humánnom princípe... . Humánný prístup, resp. princíp humanizmu je nevyhnutné uplatňovať v každej oblasti ľudského života, avšak v zdravotnej starostlivosti je jedným zo základných princípov a pilierov, na ktorých sa zakladá cieľ zdravotnej starostlivosti, v ktorej etika a morálka zohráva svoje primárne postavenie.

Zoznam bibliografických odkazov

1. DOKULIL, M. 2000. *Teoretické otázky etiky*. Prešov : LIM, 2000, 163 s. ISBN 80-967778-7-4.
2. KÁNSKY, J. 2000. Význam a úloha princípu a norem v etice a morálce. In: GLUCHMAN, V., DOKULIL, M.: *Teoretické otázky etiky*. Prešov : LIM, 2000, 163 s. ISBN 80-967778-7-4.
3. LACA, S. 2008. *Etika života a interrupcia*, Prešov : Kušnir, 2008, s. 105, ISBN 978-80-969984-70.
4. ŠOLTÉS, S. a spol. 1996. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Bratislava : Slovak Academic Press, 1996, 108 s. ISBN 80-8566-574-3.
5. VAJDA, J. 1982. *Etické konfrontácie*. Bratislava : Pravda, 1982, 219 s.

ETICKÁ KOMUNIKACE PORODNÍ ASISTENTKY PŘI PROCESU EDUKACE

Ivana Lamková¹, Jana Boroňová², Jana Chrásková³

¹Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Ústav zdravotnických studií

²Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

³Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Ústav zdravotnických studií

Souhrn

Příspěvek se zabývá rozбором faktorů, které ovlivňují komunikaci mezi porodní asistentkou a klientkou. Zabývá se jak faktory vnitřními souvisejícími s osobností porodní asistentky a nemocné, tak i faktory pramenícími z vnějších okolností a podmínek dyadické interakce. Potvrzuje vliv kvalitní komunikace na efektivitu edukačních aktivit porodní asistentky. Závěry vychází z dotazníkového šetření, které bylo provedeno u 60 klientek podstupujících gynekologický zákrok, které dokazuje přímou souvislost komunikačních schopností a etického přístupu s kvalitou edukačního procesu.

Klíčová slova: Etická komunikace. Individuální přístup. Osobnost porodní asistentky. Efektivní edukace. Komunikační dovednosti.

Summary

The paper deals with analysis of factors that affect communication between midwife and client. It deals with both internal factors related to the personality of midwives and patients, and factors stemming from external circumstances and conditions of dyadic interaction. Confirms the influence of good communication on the effectiveness of educational activities as a midwife. Findings based on a survey that was conducted in 60 clients undergoing gynecological surgery, which demonstrates a direct link communication skills and ethical approach to the quality of the educational process.

Key words: Ethical communication. Individual approach. Celebrity midwife. Effective education. Communication skills.

Úvod

Každá komunikace mezi dvěma lidmi, aby byla efektivní, vyžaduje dodržování určitých etických principů, které jsou dány kulturou společnosti, ve které člověk žije. Komunikace v nemocničním prostředí má svá specifika, neboť zde přistupují překážky, se

kterými musí počítat především profesionální zdravotník. Zvláště komunikace porodní asistentky s klientkami v oblasti ženského lékařství je velmi citlivá a vyžaduje nejen empatii a profesionalitu, ale také dodržení etiky v komunikaci. Základní etické principy pro sestry a porodní asistentky revidoval a zveřejnil Nursing and Midwifery Council (NMC, in circular 10/2008). Obsahuje jasně stanovené podmínky, které je nutno při komunikaci a kontaktu s pacientem dodržet, aby byla zachována jeho důstojnost, důvěra a pocit bezpečí.

Překážky, které se mohou vyskytnout v komunikaci porodní asistentky a klientky při edukaci, lze rozdělit do tří základní oblastí:

- Překážky vyplývající z osobnosti porodní asistentky (odborné vědomosti a dovednosti, postoje, profesionální schopnost komunikace, empatie,...)
- Překážky vyplývající z osobnosti klientky (úzkost a strach, bolest, emoční ladění, charakter onemocnění, osobnostní struktura, neznalost jazyka,...)
- Vnější překážky (prostor, čas, situační kontext, organizace práce, materiálně technické podmínky,...)

Podmínkou efektivní edukace je dodržování všech etických principů a eliminace překážek v komunikaci. Při jejím plánování bychom měli vzít v potaz faktory, které mohou výuku ovlivnit, ke kterým patří pohlaví, věk, profese, vzdělání, motivace, hodnotový systém klienta, schopnost sebekontroly, sebekoncepce, stav smyslových orgánů, soběstačnost, kulturu (Škrlovi, 2002, str. 373-374). Je potřeba zhodnotit v dyadické komunikaci u obou účastníků zda umí, chtějí a mohou komunikovat (Zacharová, 2010, str. 28-29).

Cíl práce

Cílem průzkumu bylo zjistit, jak pacientky vnímají kvalitu komunikace a informací od porodní asistentky při edukaci. Dílčí cíle:

- Vnímaly respondentky komunikaci při edukaci jako etickou?
- Rozuměly respondentky všem informacím sděleným při edukaci?
- Měly respondentky subjektivně dostatek informací před a po gynekologickém zákroku?
- Měly respondentky objektivně dostatek informací před a po gynekologickém zákroku?

Soubor, metodika

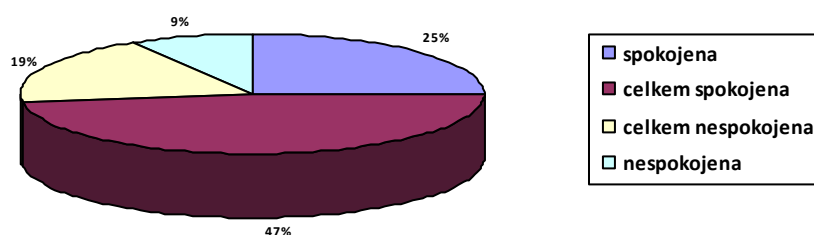
Při realizaci průzkumu bylo prostřednictvím dotazníku osloveno 80 žen. Výběr byl stratifikován podmínkou, aby respondentka podstoupila nebo byla krátce před plánovaným gynekologickým zákrokem. Tyto ženy byly rozděleny při vyhodnocování do dvou skupin.

Z tohoto počtu bylo vybráno 10 žen, u kterých byl proveden strukturovaný rozhovor a pozorování (zaměřeno na pocity, prožívání a míru porozumění při edukaci porodní asistentkou). Použitím metody dotazníku, strukturovaného rozhovoru a pozorování byla zajištěna triangulace na podporu objektivnosti výsledků. Průzkum probíhal v období září – prosinec 2009 na pracovištích Krajské zdravotní a.s., Ústí nad Labem.

Výsledky a interpretace

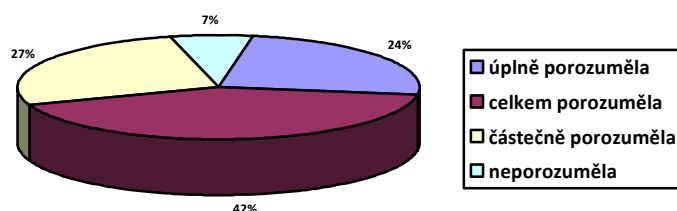
Dotazník o 17 otázkách byl rozdělen na tři části, kde byla zjišťována, krom demografických údajů, míra objektivních znalostí respondentek z edukace a jejich subjektivní hodnocení edukace.

Z výsledků vyplynulo, že většina respondentek (66 %) je s přístupem a komunikací porodních asistentek spokojena nebo celkem spokojena (viz graf č. 1). Do hodnocení byla zahrnuta forma komunikace, pocit dostatečně věnovaného času ke komunikaci, přátelský a empatický přístup (strukturovaný rozhovor).



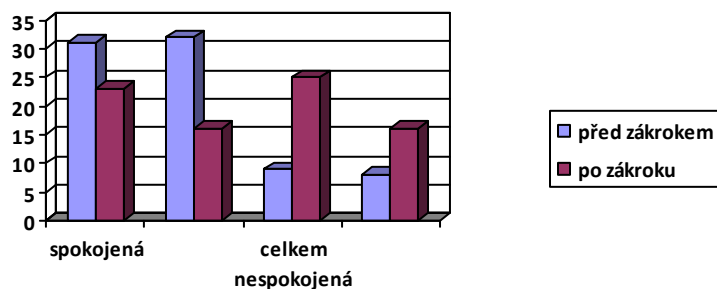
Graf 1 Míra spokojenosti respondentek s komunikací porodní asistentky

V oblasti porozumění informacím mělo pocit úplného porozumění pouze 24 % respondentek, celkem porozumělo 42 % a nedostatky v porozumění informacím pocítila téměř 1/3 žen. Jako příčinu udávaly používání odborné terminologie, ostých zeptat se znovu a nedostatek času porodní asistentky při edukaci (viz graf č. 2).



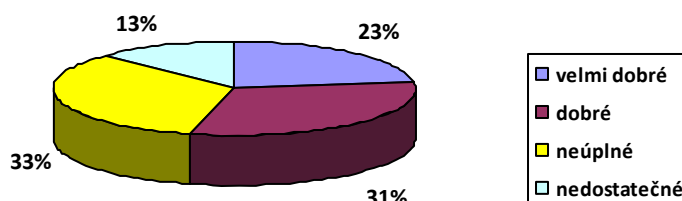
Graf 2 Míra pocitu porozumění informacím při edukaci respondentkami

Při hodnocení subjektivního pocitu spokojenosti s informovaností byly respondenty rozděleny na dvě srovnatelné skupiny, a to na skupinu před operací a skupinu po operaci. Před zákrokem bylo spokojeno a celkem spokojeno téměř 79 % respondentek, po zákroku to bylo pouze 49 %. Tento výsledek je ovlivněn získanými zkušenostmi se zákrokem (vyplynulo ze strukturovaných rozhovorů).



Graf 3 Míra subjektivní spokojenosti respondentek s informovaností

Míra objektivních vědomostí, které by měly respondenty znát před gynekologickým zákrokem, rozhodně neodpovídaly subjektivnímu pocitu respondentek o vlastní informovanosti. Po vyhodnocení znalostí mělo dostatečné informace pouze 54 % respondentek, velké nedostatky mělo 46 % žen (viz graf. č. 4). Výsledek je zřejmě dán nezohledněním faktorů a překážek, které ovlivňují kvalitu komunikace a tím i úspěšnost edukace klientky.



Graf 4 Objektivní míra informovanosti respondentek

Ze strukturovaného rozhovoru s respondentkami dále vyplynulo, že většina (7 žen) byla spokojena komunikací porodních asistentek, s jejich empatickým a etickým přístupem.

Zároveň však zdůraznily, že jejich přístup je velice individuální a odvíjí se od osobnosti dané porodní asistentky a proto jej nelze paušalizovat a zobecňovat.

Závěr

Porodní asistentky nemohou spoléhat na míru potřeby informací klientek, neboť žena nezná, jaký by měl být rozsah jejích potřebných vědomostí, a je tedy závislá na aktivitě a profesionalitě edukátora. Aktivní a individualizovaný přístup k ženě je podmínkou úspěšné komunikace mezi porodní asistentkou a klientkou a ve velké míře ovlivňuje úspěšnost léčby i spokojenost klientky s péčí při hospitalizaci.

To předpokládá znalosti a dovednosti v komunikaci, v technikách poznávání osobnosti člověka, znalost specifických projevů psychických změn vyplývajících ze zdravotního stavu klientky. Porodní asistentka by měla být průvodkyní, důvěrníci a ochránkyní ženy. Porodní asistentka bude schopna dostát této své roli pouze tehdy, bude-li sama orientována nejen v praktických profesních dovednostech, ale bude-li schopna detekovat potřeby klientky z hlediska holistického pojetí porodní asistence (Křemenová, Fremlová, 2009).

Seznam bibliografických odkazů:

1. Guidance for Continuing Professional Development for Nurse and Midwife Prescribers. 2008. In Annexe 1 – NMC circular 10/2008 [online]. July 2008. [cit. 2010-08-25] Dostupné na internetu: http://www.nmc-uk.org/Documents/Circulars/2008%20circulars/NMC%20circular%2010_2008.pdf
2. KŘEMENOVÁ, J., FREMLOVÁ, H. Výchova a vzdělávání porodních asistentek ve Zlíně. In: Výchova a vzdelávanie v ošetrovatel'stve zamerané na kvalitu. III. vedecká konferencia pedagogických pracovníkov s medzinárodnou účasťou. Sborník z konference. Trenčín: Trenčianská univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, 2009. ISBN: 978-80-8075-376-4
3. ŠKRLA P., ŠKRLOVÁ M. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha. Advent-Orion. 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1
4. ZACHAROVÁ, E. 2010. Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi. In *Sestra*. 2010. roč. 20. č. 7-8. str. 28-29 ISSN 1210-0404

Kontaktní adresa:

Mgr. Ivana Lamková

UJEP, Ústav zdravotnických studií, Katedra ošetrovatel'ství a porodní asistence

Velká Hradební 13

400 01 Ústí nad Labem

Email: ivana.lamkova@ujep.cz

ETIKA V PRAXI V RÁMCI NEMEDICÍNSKÝCH ZDRAVOTNÍCKYCH ODBOROV

Vladimír Littva, Imrich Andrási

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

Súhrn

Kritické uvažovanie zdravotníckych pracovníkov v nelekárskych odboroch ako predpoklad poskytnutia dobrej a kvalitnej starostlivosti. Prax je v tejto oblasti priamo prepojená s vedomosťami a ich následným použitím. Vedomosti v oblasti profesijnej etiky sú nástrojom dosiahnutia sebareflexie v konaní a rozhodovaní. Zásady a ich dodržiavanie sú u zdravotníckych pracovníkov predpokladom správneho prístupu. Výchova v rámci etiky buduje inštrumentárium pre použitie metód v aplikovaní nariadení a kódexov v praxi. Je to zároveň kultivácia profesionálneho pracovníka, ktorým sú či už sestra, pôrodná asistentka ale aj záchranár. To všetko sa deje na pozadí sledovania príslušných kompetencií v rámci povolania.

Kľúčové slová: Etický prístup. Kompetencie. Vzdelávanie v etike. Princípy. Etika cností. Prax.

Summary

Critical thinking of health care workers for non-medical fields is a prerequisite to provide good quality care. Practice in this area is directly linked to knowledge and their subsequent use. Knowledge of professional ethics is a tool to achieve self-reflection in the proceedings and decisions. Principles and their implementation is a prerequisite for health care workers to choose a right approach. Good education in the ethics builds devices for use in methods and application of the regulations and codes in practice. It is also the cultivation of professional staff such as nurse, midwife and rescuer-paramedics. This is all happening by tracking competencies in the profession.

Key words: Ethical Approach. Competence. Training in Ethics. Principles. Virtue Ethics. Practice.

Profesijný výkon zdravotníckeho pracovníka – ne lekára sa v praxi v podstate zameriava na starostlivosť o ohrozeného blížneho. Etická problematika, ktorá sa viaže k činnosti pomáhajúcich profesií, medzi ktorými zdravotnícka starostlivosť má popredné miesto, je mimoriadne aktuálna. Etika pomáha i dnešnému človekovi, žijúcemu v pluralistickej dobe a pluralistickej spoločnosti poznávať a rozlišovať čo je pre človeka dobré a čo nie. Profesor Ladislav Šoltés v knihe *Ošetrovateľská etika* okrem iného charakterizuje etiku aj v dimenzii výkonu ako *etickú prax, ktorá vedie človeka k slobodnému správaniu a konaniu cez intermediálne dobrá k najvyššiemu dobru, ako život človeka a jeho ochrana a život na zemi vôbec* (Šoltés, 2008, s. 7).

Pacienti vo všeobecnosti zastávajú názor že zdravotnícky pracovník – ne lekár je akýsi kvalifikovaný spoločník, ktorý v rámci starostlivosti o ich dobrá postupuje eticky profesionálne zapájajúc do rozhodovania kritické uvažovanie v rámci kvality poskytovanej služby. Ako však môže pri riešení etických problémov v skutočnosti postupovať zdravotnícky pracovník - ne lekár v rámci svojho povolania? Je úplne oddelený od spôsobu postupovania lekára? Alebo je tam určitá súčinnosť všetkých zainteresovaných? Nie je tak dávno, keď si väčšina pacientov predstavovala úlohu zdravotníckeho pracovníka – či už sestry, pôrodnej asistentky, alebo záchranára len ako doplňujúcu činnosť, ktorá je úplne podriadená rozhodnutiu lekára. Ako keby činnosť týchto pracovníkov bola priamo vo všetkom závislá od lekára. Ako prvé profesijné zdravotnícke povolanie sa z tohto historicko-paternalistického chápania vymanilo povolanie sestry. Už v roku 1976 v *Kráľovskom kolégiu pre ošetrovateľstvo* v rámci vydaného kódexu bolo stanovené, že prvoradou úlohou sestry je chrániť a zveľadiť dobro i dôstojnosť každej individuálnej osoby zverenej do jej starostlivosti. (Code of Professional Conduct, 1976, s 1). V rámci nelekárskych zdravotníckych povolaní počas praxe sa môže etické rozhodovanie odlišovať. Hlavne v závislosti od zverených kompetencií v rámci zákona a zaužívaného prístupu. V dejinách zaoberajúcich sa starostlivosťou o zdravie človeka bolo vždy badať určité napätie medzi lekármi a inými zdravotníckymi pracovníkmi, ktoré sťažovalo vzájomnú spoluprácu. V skutočnosti v rámci praxe je prioritou lekára niečo iné ako prioritou sestry, prípadne iného zdravotníckeho pracovníka. Priorita lekára je liečiť chorobu v rámci možností, ktoré mu poskytuje lekárska veda. Sestra a pôrodná asistentka sú zamerané predovšetkým starostlivosť o nemocného a následne na pomoc lekárovi v liečebnom procese. V rámci urgentnej zdravotnej starostlivosti je prioritou prvá pred nemocničná pomoc a zabezpečenie vitálnych funkcií pacienta až do doby príchodu lekára, prípadne dopravenia pacienta do nemocnice. Až po príchode lekára sa záchranár dostáva do pozície v ktorej asistuje lekárovi ako pomocník. Do

tých čias je v rámci zverených kompetencií v plnej miere zodpovedný za samostatný výkon zabezpečenia a dočasnej starostlivosti o pacienta.

Čiže v každej z úloh pri výkone zdravotníckeho pracovníka – ne lekára sa stretávame tak s komplexným nezávislým výkonom, ako aj so závislým asistenčným výkonom v súčinnosti s lekárom. Interprofesionálne vzťahy medzi lekárom a inými zdravotníckymi pracovníkmi sú pre pacienta dôležité, pretože nedostatky vyplývajúce z nedobrych pracovných vzťahov môžu viesť k menšej bezpečnosti pacienta a tým jeho ohrozeniu. Správa Inštitútu medicíny v USA a Romanowa správa v Kanade hovoria v rámci vzťahov medzi zdravotníckymi pracovníkmi o nových výzvach, úlohách a zodpovednosti, ktoré treba prijať v spoločnej práci pre dobro pacienta. (Storch, Kenny, 2007, s. 479).

Každý zdravotnícky pracovník, či už je to sestra, pôrodná asistentka, alebo záchranár musí brať do úvahy z hľadiska etika skutočnosť, že ich pacient to nie je len telo, ale osoba s určitou duševnou a spirituálnou charakteristikou a musia sa k nemu vždy správať ako k osobe. Zdravotný problém totiž zasahuje pacienta aj na úrovni emočnej aj duchovnej. Zdravotnícky pracovník, ktorý by si nevšímal aj tieto stránky by sa prejavil ako necitlivý a nedbajúci o komplexné dobro pacienta. Jedná sa o skutočnosť, že v rámci empatie by sa zdravotník mal vcítiť do postavenia pacienta takým spôsobom, aby čo najlepšie pochopil jeho prežívanie a zároveň si udržal profesionálny odstup.

Pri pohľade na technický rozvoj v oblasti starostlivosti o zdravie človeka sa zväčšuje nebezpečenstvo pretechnizovania prístupu na všetkých úrovniach starostlivosti o zdravie. To je v rozpore tak s empatickým prístupom, ako aj holistickým prístupom k pacientovi. Dôvody sú dva:

1. Moderné technológie odosobňujú až neprimerane zdravotníkov vo vzťahu k pacientovi. Vytráca sa často krát stretnutie tvárou v tvár. Pacient je viac odkázaný na mechanickú pomoc prístrojov ako na pomoc človeka. V rámci pobytu na takto pretechnizovanom oddelení sa pacient málo stretáva s inými ľuďmi a môže sa cítiť opustený.
2. Byrokratický prístup vo vedení zdravotníckych zariadení občas až neúmerne tlačí na zvýšenie efektivity aj za cenu poddimenzovania pracovných miest. Výsledkom je nielen nedostatočná starostlivosť – zdravotník nemá čas na pacienta, lebo má mnoho povinností, ale aj preťaženosť zdravotníckych pracovníkov a s tým spojený syndróm vyhorenia. (Fitzpatrick, 1988, s. 16).

Etické postupovanie a hodnoty v rámci zdravotníckych profesií vychádzajú z klasických gréckych diel a boli rozvinuté už za čias byzantského kráľovstva. Môžeme medzi nimi nájsť kladený dôraz na také prístupy k starostlivosti o nemocných ako sú:

- ber do úvahy celistvosť osoby o ktorú sa staráš,
- nikdy sa nepokúšaj liečiť len telo, bez toho, aby si sa zaujímal aj o dušu,
- spolupracuj s pacientom a jeho rodinou a pouč ich,
- dôveruj pacientovi a jeho príbuzným – naučíš sa niečo od nich,
- spoznaj liečivý potenciál komunikácie,
- vykonávaj túto prácu svedomito a sústredene (Lanara , 1981, s. 54).

Čo to znamená pre vzdelávanie zdravotníkov pre prax? Stimuláciou kritickej reflexie sa vzdelávania zameriava na podporu efektívneho prístupu zdravotníckych pracovníkov z ktorého vychádza dobrá starostlivosť. Zahŕňa to nielen skutky vykonané v rámci kompetencií, ale aj postoje ale aj presnú integráciu odborných činností (vedomosti a zručnosti).

Starostlivosť o nemocných, služby zraneným a všetky zdravotnícke výkony možno považovať za hlboko morálne skutky. Morálne skutky a ich hodnota sú v priamej závislosti na výchove a vzdelaní konajúceho človeka. Aj primárne zameranie tohto článku je na filozofické a etické základy v rámci vzdelania pre zdravotnícke povolania a nie na empirických dôkazoch týkajúcich sa zdravotníckych postupov alebo nástrojov.

Ako uvádza van Hooft existuje niekoľko prístupov k etickej výchove zdravotníckych pracovníkov. Prvý spočíva v oboznámení zdravotníckych pracovníkov so zásadami správneho konania a iný na osobnostnom charaktere zdravotníka ako konajúcej osoby. Príklady zásad konania možno nájsť v rôznych etických kódexoch pre zdravotníckych pracovníkov. Patria sem také princípy ako: princíp nediskriminácie, princíp dôvernosti a princíp informovaného súhlasu. Beauchamp and Childress pôvodne identifikovali štyri základné princípy: autonómiu, non maleficienciu, beneficienciu a spravodlivosť, z ktorých boli odvodené pravidlá ohľadom napríklad: pravdivosti, vernosti, súkromia a dôvernosti. Pravidlá vzchádzajú z princípov, čo je v protiklade k prístupu založenému čisto na pravidlách. Diskusiu zvlášť vyvoláva široké chápanie princípov, čo sa nedá aplikovať ako príručka k jednotlivým - konkrétnym skutkom a rozhodnutiam. Napriek tomu je principalistický prístup potrebný aj keď samotná aplikácia princípu vzhľadom na použitý jazyk v jednotlivom prípade nemusí byť rýdza. Nie vždy totiž úplne pokrýva význam princípu v konkrétnom prípade. Efektívnosť je použitia princípov môže byť zabezpečená, jedine ak:

- priestor a dosah princípu je pevne určený

- princíp je ustanovený a priori
- princíp nikdy nemôže byť v konflikte s iným rovnako dôležitým princípom (Childress, 2007, s. 25).

Ako by mala byť poskytovaná starostlivosť je opísané v etických kódexoch pomocou normatívnych princípov špecifických pre jednotlivú prax. Tieto zásady sa zvyčajne zameriavajú predovšetkým na 'úkony pracovníkov a nie na ich osoby, alebo ich pozície. Tento prístup definuje, ktoré skutky sú morálne správne, a ktoré sú zlé. Druhý prístup navrhovaný van Hooftom je založený na etike cností vo vzdelávaní a kladie väčší dôraz na pozíciu starostlivosti ako východiskového bodu. Nejedná sa len o výučbu v zhode s kódexmi alebo ako sa vyhnúť sporu, ale o posilnenie zdravotných pracovníkov, aby vedeli dobre konať v ťažkej alebo stresujúcej situácii, v ktorej usmernenia nie sú naporúdzí. Tvrdí, že lepšie vyhovuje integrácia činov a postojov. (Van Hooft, 1990, s. 213).

Principializmus ako metodologický prístup vedy je v súčasnej zdravotníckej etike dominantný. Nemôžeme povedať, že jediný, a že neexistuje tlak na jeho potlačenie. Ak sa bližšie pozrieme na principializmus, môžeme povedať, že zahŕňa v sebe viaceré prístupy (podskupiny metód). V skutočnosti jednotiacim prvkom je založenie na morálnej hodnote skutku, alebo rozhodnutia.

Dôležitú úlohu tu zohrávajú princípy a pravidlá (zákony). Základnými a zároveň najvšeobecnejšími normami sú princípy, zatiaľ čo tie viac špecifikované sú obyčajne prehlásenými pravidlami alebo zákonmi. Niekedy sa stretávame so zamieňaním pojmov princíp a pravidlo. Avšak ako podotýka Dávid Solomon pravidlá sú derivátom princípov. (Solomon, 2003, s. 411).

V histórii etiky, medicínskej etiky ako predchodcov bioetiky sa stretávame s principializmom v rôznych formách. Najčastejšie sa dáva do protikladu konsekvencionalistický principializmus postavený na výslednom efekte rozhodnutia a skutku voči deontologickému principializmu, ktorý podčiarkuje princíp dobra a jeho nenahraditeľnú hodnotu pri rozhodovaní, ale stretávame sa aj s inými rozdeleniami. Do rovnakej skupiny ako konsekvencionalizmus zaraďujeme aj utilitarianizmus, prakticismus a profesionalizmus. Dôvodom je vychádzanie zo záverečného – koncového efektu po rozhodnutí. Cieľ v takom prípade determinuje metódu a použiteľné prostriedky. Pri prakticisme sa dôraz okrem cieľa kladie zvlášť na metódu a spôsob jej použitia v zameraní na dosiahnutie čo najväčšieho a najlepšieho efektu. Pri profesionalizme ide o čo najdokonalejší spôsob konania v medziach profesionálnych noriem. Výsledný efekt v tomto prípade trochu ustupuje do úzadia a rovnaká váha ako výsledku sa prisudzuje spôsobu vykonania skutku.

Konsekvenencialistický prístup v etike je založený na výslednom efekte rozhodnutia a skutku a preto sú mnohí súčasní konsekvencionalisti priradovaní aj k utilitarianizmu.

V konsekvenencialistickom prístupe môžeme rozlíšiť dve skupiny etikov – tých, ktorí prihliadajú na konečný efekt rozhodnutia a skutku zo strany samotného činu – praktické vykonanie a dôsledky a tých, ktorí sa zameriavajú na vytváranie a hodnotenie pravidiel vzhľadom na konečný efekt rozhodnutia a skutku.

KONSEKVENCIONALIZMUS A ČIN

Základom prístupu je analýza pravdepodobných dôsledkov pri vykonaní činu. Hodnotia pravdepodobné dôsledky všetkých možných rozhodnutí a skutkov – činov pri jednotlivých prístupoch. Rozhodnutie je vykonané na základe rozumového poznania dôsledku činu. Problém môže nastať ak konečný dôsledok nemôžeme z nejakého dôvodu predvídať. V takom prípade sa rozhodnutie zakladá viac na intuícii a podobnosti prípadov. Zvlášť v tejto skupine je veľa utilitariánov, pretože sa zdá prirodzené chcieť dosiahnuť čo najväčšiu prospešnosť z každého jedného skutku. Konsekvencionalistom činu je správne vyčítané, že v ťažení za dosiahnutím konečného najlepšieho efektu nechávajú bokom základné princípy a pravidlá. Nastáva tým problém koordinácie, spolupráce, ale aj dôvery v ľudské konanie.

KONSEKVENCIONALIZMUS A PRAVIDLÁ

Skupina etikov patriacich do tejto skupiny sa snaží presadiť, že morálne ohodnotenie skutku musí mať základ na nezaujatom prístupe k vytváraniu pravidiel a takéto nezaujaté pravidlá sú výsledkom jedine všeobecne prijatých zásad prinášajúcich kladný konečný efekt. Podmienkou tohto prístupu je všeobecná prijateľnosť – väčšinou a jedine v prípade ak väčšina uzná konečný efekt za dobrý a prospešný takéto pravidlá môžu byť považované za nezaujaté. Čiže sa jedná o implementáciu očakávaného efektu.

Napriek tomu, že dôraz nie je kladený na konkrétne jednotlivé rozhodnutie zostáva pochybnosť o uznávaní základných hodnôt a to aj vzhľadom na deontologický prístup ako aj význame vyjadrenia *väčšina*.

UTILITARIZMUS

Utilitarizmus v medicínskej etike sa zaoberá hodnotením konečného efektu a to zo stránky tak použiteľnosti ako aj prinášaného dobra. Utilitaristi neprihliadajú na základné princípy - v tom je ich slabosť. Základom je získanie, čo najväčšieho a najprospešnejšieho dobra z rozhodnutia i samotného činu. V súčasnosti môžeme povedať tento prístup dominuje v medicínskej etike s malými odchýlkami.

PRAKTICIZMUS

Základom prakticismus je čo najlepšie použitie dostupných prostriedkov na dosiahnutie určitého dobra. V zdravotníckej etike tento smer nenašiel veľmi veľa možností na uplatnenie. Napriek tomu môžeme povedať, že našiel určité uplatnenie a pokusy o implantovanie do medicínskej etiky. Zvlášť je spojený v súčasnej dobe s tendenciami hodnotenia dostupnosti liečebných prostriedkov. Čo je dostupné a čo nie, ako reagovať v momente keď sa pacient ocitá v situácii, že jeho liečba sa stáva mimoriadne finančne náročnou a neexistujú finančné zdroje na jej pokrytie. Ďalšou oblasťou použitia je Informovaný súhlas a jeho interpretácia. Zvlášť v krajinách strednej a Východnej Európy. Príkladom je aj Slovensko v prístupe k darovaniu orgánov.

PROFESIONALIZMUS

Metodologický prístup profesionalizmu spočíva v čo najdokonalejšom rozhodovaní a konaní človeka, ako aktívneho subjektu. Problém spočíva v redukovaní cieľa konania na objekt, ktorého práva sú v tomto prípade zabudnuté. Základom konania sa stávajú práva a pravidlá konajúceho – čiže zdravotníckeho pracovníka. Práve tu sa najviac uplatňuje paternalizmus.

SVĀTOSŤ ŽIVOTA

Jedná sa o špecifický prístup k človekovi ako subjektu rozhodovania a konania. Človek vo svojej dokonalosti koná ako cnostný. Cnosť sa stáva základom jeho schopnosti odlišovať dobro od zla a na základne tejto schopnosti sú jeho skutky prospečné a dobré. V Biblii sa stretáme s vyjadrením: „*Tak každý dobrý strom rodí dobré ovocie, kým zlý strom rodí zlé ovocie.*“ (*Písmo Sväté, Evanjelium podľa Matúša 7, 17* , 2000)

Obhajcovia tohto prístupu sú zvyčajne v opozícii voči skutkom bez morálneho ohodnotenia, a pravidlám, ktoré takéto skutky pripúšťajú. Do popredia sa stavia človek ako subjekt správania sa, rozhodnutia a činu. Samotný skutok nemá v tomto prístupe tak dominujúcu pozíciu ako principialistickom chápaní. Oveľa dôležitejšiu úlohu zohráva charakter subjektu ako jeho správanie sa. I keď principialistický prístup prikladal určitú úlohu čnosti, nie však ako charakterovej črte a charakterového vývoja, ale ako koncepcii spojennej v principializme s princípmi ako motivačnú a dispozičnú štruktúru. Pre principialistov čnosť nemá nezávislú poznávaciu alebo normatívnu hodnotu, neusmerňuje skutky, ale ich motivuje. Problémom je, že takéto chápanie čnosti redukuje jej úlohu na jednotlivé skutky ako momentálnu dispoziciu. Z toho môžeme len veľmi ťažko posúdiť celkové morálne nadstavenie človeka. Človek by mal byť chápaný ako celok a nie jednotlivá dispozičia.

Problémom v etike čností stále zostáva veľké množstvo čností a ich rôzne- nerovnaké zatriedovanie do systémov. Aj v jednotlivých prípadoch je oveľa zložitejšie nájsť a priradiť najpotrebnejšiu čnosť k skutku ako nájsť a priradiť potrebný princíp a nariadenie.

Kritika etiky čností môže vychádzať zo skutočnosti, že aj čnostný ľudia niekedy môžu spraviť chybu – urobiť niečo zlé, alebo sa zle rozhodnúť. Dokonca i nesprávne pochopená čnosť môže zapríčiniť zlý postup.

Čnosť by mala byť chápaná ako úplná jednota - celosť, keď je človek schopný správneho úsudku a podriadenia sa mu a zároveň je tam priestor na zapojenie a využitie iných pomocných princípov.

Etika čností našla odozvu v morálnych teóriách o naplnení a rozvoji ľudského života, ale tie sa stali viac základom teologického pohľadu na rozhodovanie človeka, prípadne priestorom pre realizovanie náboženskej komunity ako garancie čností.

Inou oblasťou i keď s iným podtónom využitia etiky čností sa stretávame v profesionálnej medicínskej a ošetrovateľskej etike. Jedná sa o pohľad na telos-konečnú príčinu tak ako ju chápal Aristoteles v prenesení na koncepciu vzťahu medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom. Určenie cieľa a dobra je potrebné pritom zosúladiť medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom pretože i cieľ i dobro môže byť u týchto dvoch subjektov rozdielne chápaný. Jednako čnosti ako benevolencia, oddanosť povolaniu, dôvera, spravodlivosť, trpezlivosť, intelektuálna čnosť a podobne sú v týchto povolaniach potrebné a nenahraditeľné. Ale ani v takýchto povolaniach sa nevyhneme konfliktu medzi čnosťou, ktorej nositeľom je človek vykonávateľ a záujmami človeka ako pacienta/klienta. Konflikt medzi vernosťou povolaniu a autonómiou pacienta v prípade, že si želá zákrok, na ktorého konci je maleficiencia, prípadne neželá zákrok potrebný na zaručenie určitého dobra. Každopádne čnostný pracovník v zdravotníctve i keď sa nevyhne diskusiám a stretom záujmov je vždy prínosom.

Starostlivosť o človeka je tiež často predstavovaná ako samostatná čnosť, praktizovaním ktorej človek dosahuje určitú dokonalosť. Táto je viac rozvinutá u žien ako u mužov. U mužov viac dominuje čnosť spravodlivosti. Dôvodom môže byť oveľa silnejšie citové založenie žien v prístupe k starostlivosti. Z hľadiska metodológie je veľmi ťažké určiť princípy starostlivosti, ktoré by boli abstraktné, pretože prístup je založený viac na konkrétnych a súvisiachich skutočnostiach. Etika starostlivosti je zameraná na vytváranie vzťahov. Jedná sa o vzťahy medzi zdravotníckym personálom a pacientom/klientom. Zdravotníckym personálom a príbuznými a pod. V starostlivosti o človeka oveľa silnejšiu úlohu zohrávajú emócie a trpezlivosť. Jedno je dôležité: „ *Vernosť morálnej skúsenosti je*

veľmi dôležitou súčasťou – kritériom pre akúkoľvek etickú teóriu, perspektívu alebo metódu.“ (Childress, 2007, s.40).

Na Slovensku v súčasnosti je najviac využívaný zmiešaný prístup konsekvencionalizmu a aplikovania čnostného prístupu. Jediným možným riešením je však rešpektovať človeka – jedinca v celej jeho podstate: telesnej, duševnej i duchovnej v rámci socio-ekonomických vzťahov, v ktorých žije.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. FITZPATRICK, F.J. 1988. *Ethics in Nursing Practice*, London, The Linacre centre, 1988, 290 s. ISBN 0-906561-05-1
2. CHILDRESS, J.: Methods in Bioethics, In *The Oxford Handbook of Bioethics*, Oxford University Press, Oxford, 2007, 747 s. ISBN 978-0-19-927335-5
3. LANARA, V.A. 1981. *Heroism as a Nursing Value: a Philosophical Perspective*, Athens, Sisterhood Evniki, 1981, s. 205, ASIN B0007AUXHI
4. *Písmo Sväté, Evanjelium podľa Matúša 7, 17*, Spolok Svätého Vojtecha, Trnava, 2000.
5. *RCN Code of Professional Conduct – A Discussion Document*, London, Royal College of Nursing of the United Kingdom.
6. SOLOMON, D. 2003. Rules and Principles in *Encyclopedia of Bioethics*, Free Press, New York, 2003, 3000 s. ISBN 978-0028657745
7. STORCH, J. L., KENNY, N. 2007. Shared Moral Work of Nurses and Physicians. In: *Nursing Ethics*, Sage Publications, Ltd.2007, roč.14, č. 4, s. 478 – 491. ISSN 0969-7330
8. ŠOLTÉS, L, DAVIDEKOVÁ, M., GAŽIOVÁ, M. .2008.*Ošetrovateľská etika*, Ružomberok, Fakulta zdravotníctva KU, 2008, 66 s. ISBN 978-80-8084-280-2
9. VAN HOOFT, S. 1990. Moral education for nursing decisions, In: *Journal of Advanced Nursing*, Wiley-Blackwell, Oxford, 1990,roč. 15, č. 2, s. 210–215, ISSN 0309-2402

ETICKÉ A PRÁVNE ASPEKTY EDUKÁCIE V OŠETROVATEĽSTVE

Mariana Magerčiaková

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

Súhrn

Edukácia realizovaná sestrou je jednou z dôležitých alternatív výchovy a vzdelávania pacienta v zdravotníckom zariadení. Pri príprave, resp. plánovaní, realizácii a vyhodnotení edukácie musia sestry akceptovať okrem iného aj platné legislatívne normy a dodržiavať etické požiadavky kladené na osobnosť zdravotníckeho pracovníka a práva pacientov. V príspevku sú prezentované najdôležitejšie etické aspekty edukácie v ošetrovateľstve, ako aj legislatívne normy platné v Slovenskej republike, ktoré upravujú oblasť poskytovania informácií a poučenia pacientov.

Kľúčové slová: Edukácia. Ošetrovateľstvo. Sestra. Pacient. Etické aspekty. Právne aspekty. Zákon. Vyhláška.

Summary

Education provided by nurse is one of the major alternatives of patient education in health care facilities. In preparation, respectively planning, implementation and evaluation of education nurses must accept, inter alia, the valid legislative norms and comply with ethical requirements on the personality of a health worker and patient rights. The paper presents the most important ethical aspects of education in nursing as well as legislative norms applicable in the Slovak Republic, covering an area of information and guidance of patients.

Key words: Education. Nursing. Nurse. Patient. Ethical aspects. Legal aspects. Law. Notice.

Informovanie, poučenie a edukácia pacientov sú integrálnou zložkou poskytovanej zdravotnej, a teda aj ošetrovateľskej starostlivosti. „*Sestra je jedným z významných subjektov výchovy obyvateľstva k zdraviu. Edukačnou činnosťou, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť jej pracovnej náplne, môže výrazným spôsobom prispieť k zvyšovaniu zdravotného uvedomenia, a tým aj k zlepšeniu kvality života*“ (Magerčiaková, 2007, s. 37). V edukácii sestra pôsobí ako edukátor a pacient, resp. klient ako edukant. „*Edukácia je širšie chápaný proces výchovy a*

vzdelávania, pretože jej cieľom je nielen osvojenie si poznatkov (získanie vedomostí), získanie zručností, ale i ovplyvňovanie hodnôt, postojov, aspirácií a dosiahnutie zmeny v konaní. Edukačný proces je realizovaný edukačným tímom a pacientom, ich vzájomnou interakciou so zameraním sa na osobnosť pacienta, jeho individuálne potreby, hodnoty, názory, postoje a záujmy. V rámci plánovania edukácie je potrebné vymedziť jej priority, ciele a stratégiu tak, aby sme akceptovali priority pacienta, resp. ich modifikovali s jeho aktívnou účasťou“ (Čáp, Holmanová in <http://zsf.osu.cz/dokumenty/sbornik02/prisp05.htm>).

Edukácia pacienta sa pokladá za súčasť štandardnej starostlivosti, ktorú sestry poskytujú. Už od polovice roku 1800, keď bolo ošetrovatel'stvo prvýkrát uznané ako jedinečná disciplína, sa zodpovednosť za vzdelávanie pacientov stala prirodzenou súčasťou úsilia sestier ako poskytovateľov starostlivosti. Zakladateľka moderného ošetrovatel'stva Florence Nightingaleová neučila iba sestry, lekárov a iných o dôležitosti vytvárania podmienok na liečbu a starostlivosť v nemocniciach a domovoch, ale zdôrazňovala aj dôležitosť vzdelávania pacientov o potrebe adekvátnej výživy, čistého vzduchu, cvičenia a osobnej hygieny pre celkové prosperovanie a zdravie človeka. Na začiatku roku 1900 sestry v Anglicku porozumeli významu vzdelávacej roly sestry v prevencii chorôb a udržiavaní zdravia spoločnosti (Bastable, 2005 in Nemcová, Hlinková a kol., 2010).

Sestry majú v podmienkach Slovenskej republiky dané vzdelávanie pacientov Zákonom č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorý nadobudol účinnosť 1. januára 2005. Okrem iného zákon definuje, že ošetrovatel'ská prax zahŕňa aj „*výchovu pacienta k podpore, udržiavaniu a obnove zdravia a poskytovanie informácií o potrebnej ošetrovatel'skej starostlivosti*“ (§ 2, ods. 15, bod c). Ďalej sa v zákone v § 6, ods. 1 Poučenie a informovaný súhlas uvádza, že „*ošetrujúci zdravotnícky pracovník je povinný informovať o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poskytnúť poučenie“)*“:

- a) *osobu, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, alebo aj inú osobu, ktorú si táto osoba určila,*
- b) *zákonného zástupcu, opatrovníka alebo osobu, ktorá má maloleté dieťa v pestúnskej starostlivosti (ďalej len „zákonný zástupca“), ak osobou, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, je maloleté dieťa, osoba pozbavená spôsobilosti na právne úkony alebo osoba s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony (ďalej len „osoba*

nespôsobilá dať informovaný súhlas“) a vhodným spôsobom aj osobu nespôsobilú dať informovaný súhlas“.

Podľa § 6, ods. 2 *„ošetrojúci zdravotnícky pracovník je povinný poskytnúť poučenie zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas a primerane rozumovej a vôľovej vyspelosti a zdravotnému stavu osoby, ktorú má poučiť“. „Každý, kto má právo na poučenie podľa odseku 1, má aj právo poučenie odmietnuť. O odmietnutí poučenia sa urobí písomný záznam“ (§ 6, ods. 3).*

„Informovaný súhlas je preukázateľný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo poučenie podľa tohto zákona. Informovaný súhlas je aj taký preukázateľný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo odmietnutie poučenia, ak v tomto zákone nie je ustanovené inak“ (§ 6, ods. 4)

„Informovaný súhlas dáva:

- a) osoba, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, alebo*
- b) zákonný zástupca, ak osobou, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, je osoba nespôsobilá dať informovaný súhlas; takáto osoba sa podieľa na rozhodovaní v najväčšej miere, ktorú dovoľujú jej schopnosti“ (§ 6, ods. 5).*

V zákone sa tiež uvádza, že *„každý, kto má právo dať informovaný súhlas, má aj právo informovaný súhlas kedykoľvek slobodne odvolať“ (§ 6, ods. 7).* Zákon presne vymedzuje aj situácie, v ktorých sa informovaný súhlas nevyžaduje (napr. šírenie prenosnej choroby, ohrozovanie pri duševnej chorobe a podobne).

Spôsob poučenia, obsah poučenia, odmietnutie poučenia, informovaný súhlas, odmietnutie informovaného súhlasu a odvolanie informovaného súhlasu sú súčasťou zápisu do zdravotnej dokumentácie. Ak informovaný súhlas dal zákonný zástupca, súčasťou zápisu do zdravotnej dokumentácie je aj vyjadrenie osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti (§ 6, ods. 9).

Zápis do zdravotnej dokumentácie je vymedzený v § 21, kde sa v ods. 1 uvádza: *„Zápis do zdravotnej dokumentácie obsahuje:*

- a) dátum a čas zápisu,*
- b) spôsob poučenia, obsah poučenia, odmietnutie poučenia, informovaný súhlas, odmietnutie informovaného súhlasu a odvolanie informovaného súhlasu,*
- c) dátum a čas poskytnutia zdravotnej starostlivosti, ak je odlišný od dátumu a času zápisu,*
- d) rozsah poskytnutej zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,*

- e) *výsledky iných vyšetrení, ak sú súčasťou poskytovanej zdravotnej starostlivosti, o ktorej sa vykonáva zápis,*
- f) *identifikáciu ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka,*
- g) *identifikáciu osoby, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytlá“.*

Ďalším právnym dokumentom Slovenskej republiky, ktorý upravuje edukáciu realizovanú sestrou, je Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom s účinnosťou od 15. augusta 2005. Vo vymedzení základných pojmov (§ 1, bod e) sa rozumie *„edukáciou v ošetrovatelstve a edukáciou v pôrodnej asistencii poskytovanie potrebných vedomostí a nácvik zručností súvisiacich s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti a starostlivosti v pôrodnej asistencii“*. V § 2 uvedenej vyhlášky je definovaný rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, v ktorom sa v bode m) uvádza, že registrovaná sestra pri výkone ošetrovateľskej praxe *„edukuje osobu, rodinu alebo komunitu o ošetrovateľskej starostlivosti s dôrazom na sebestačnosť“* a podľa bodu n) *„poskytuje informácie súvisiace s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti v potrebnom rozsahu osobe, rodine alebo komunite“*.

„Poučenie, poskytnutie informácií a edukácia pacienta sú z medicínskych, ošetrovateľských, psychologických, etických i právnych dôvodov plne indikované“ (Magurová, Majerníková, 2009, s. 32). Pri príprave, resp. plánovaní, realizácii a vyhodnotení edukácie musia sestry dodržiavať okrem platných legislatívnych noriem aj etické požiadavky kladené na osobnosť zdravotníckeho pracovníka a samozrejme aj práva pacientov. Charta práv pacienta v Slovenskej republike bola prijatá vládou Slovenskej republiky 11. apríla 2001. Skladá sa z preambuly a 10 článkov. Táto charta bola vypracovaná v zmysle dokumentov Organizácie spojených národov, Svetovej zdravotníckej organizácie, Rady Európy a Európskej únie. V úvode Charty práv pacienta sa uvádza, že *„každý má právo, aby sa jeho základné ľudské práva a slobody pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti rešpektovali“*. Následne jednotlivé články charty špecifikujú ľudské práva a slobody pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, všeobecné práva pacientov, **právo na informácie, súhlas pacienta**, súhlas v prípade pacientov, ktorí nie sú spôsobilí o sebe rozhodovať, **dôvernosť**, liečbu a starostlivosť, starostlivosť o nevyliciteľne chorých a umierajúcich, podávanie sťažností a náhradu škody (<http://portal.gov.sk>).

Edukácia musí byť správne realizovaná nielen z právneho a odborného hľadiska, ale musí spĺňať aj isté etické požiadavky. Priority ošetrovateľskej, ale aj medicínskej

starostlivosti vychádzajú často len z aspektov ochorenia, pričom sa podceňuje význam podielu pacienta na stanovení priorít v jeho starostlivosti. Ten by sa samozrejme nemal preceňovať, ale jeho nerešpektovanie stavia pacienta do pozície pasívneho, a trpezlivého „príjemcu“ (paternalistický prístup). „Základom ošetrovateľskej starostlivosti je poznávanie aktuálnej hierarchie potrieb človeka ako predpoklad porozumenia jeho problémom. Do procesu vzniku a uspokojovania potrieb spravidla vstupujú hodnoty, ktoré ovplyvňujú motivačnú aktivitu a postoje človeka“ (Nemčeková, Žiaková, 1997, s. 30 in Čáp, Holmanová in <http://zsf.osu.cz/dokumenty/sbornik02/prisp05.htm>). Na základe etickej a ošetrovateľskej teórie a praxe je možné identifikovať dva základné etické aspekty ošetrovateľskej edukácie.

Prvým je, že ošetrovateľská edukácia zasahuje do osobnostných štruktúr, ktoré sa podieľajú na výstavbe „jadra“ osobnosti, zasahuje do jeho individuality a osobnej slobody, a tým sa otvárajú morálne problémy ľudskej dôstojnosti, autonómnosti, problematiky podávania informácií, dôvernosti a súkromia, zmyslu života a jeho kvality.

Druhým aspektom je morálne zdôvodnenie ošetrovateľskej edukácie, konkrétne - na základe akého dôvodu máme právo týmto spôsobom zasahovať do osobného života človeka? Pri získavaní údajov o pacientovi je preto nevyhnutné hľadať a rozpoznávať súvislosť medzi potrebami a hodnotami pacienta, čo sa odráža pri vytváraní edukačného plánu (Čáp, Holmanová in <http://zsf.osu.cz/dokumenty/sbornik02/prisp05.htm>).

Sestra ako edukátorka prichádza do kontaktu so zdravými aj chorými jednotlivcami, skupinami (rodinami) alebo komunitami. Etické aspekty jej edukačnej činnosti sa týkajú predovšetkým dodržiavania štyroch základných etických princípov, a to princípu beneficencie, non-maleficencie, autonómie a spravodlivosti. Z profesionálneho hľadiska by mala spĺňať určité kritériá a mať ustálené postoje. K tým najzákladnejším patria:

- **Ochrana najvyšších ľudských hodnôt a dôstojnosti človeka, úcta k životu.** Sestra pracuje s človekom a nie bezduchou hmotou. Uvedomenie si jedinečnosti človeka a nenahraditeľnosti života vytvára základný predpoklad k rešpektovaniu pacienta v akomkoľvek postavení a fáze života od počatia až po smrť.
- **Sústavné zvyšovanie svojej profesionálnej úrovne.** S neustálym vývojom technológií a ich zavádzaním do medicínskej a ošetrovateľskej praxe súvisí dynamika vývoja vnútorných postojov personálu. Potreba prehlbovania svojho poznania a kvalifikácie patrí medzi základné profesionálne požiadavky našej doby. Túžba pomáhať, ktorá je hybnou silou človeka a prejavuje sa ako ochota poslúžiť pacientovi je aj podnetom na prehlbovanie vedomostí.

- Uplatňovanie **nových prístupov v edukácii**, dôraz na **bezpečnosť edukanta**. So zmenou technológií a vedeckým rozvojom súvisí aj zmena v myslení človeka. To, čo bolo v minulosti, sa neraz javí ako zastarané, prípadne sú vyvinuté iné alternatívne prístupy. Aj vo vzťahu k pacientovi sa odráža zmena prežívania spoločenského statusu a prístupov v edukácii. Pacient nie je natoľko paternalizovaný ako v minulosti. Stal sa partnerom personálu s rozhodujúcim slovom.
- **Rešpektovanie práv pacienta**. Aj keď sú práva pacienta zakotvené v zákonných normách, predsa existujú situácie, v ktorých je personál ponechaný konať nie proti zákonu, ale vo veciach, ktoré im zákon nestanovuje. Zákon nikdy nemôže taxatívne vymenovať všetko, čo sestra musí a čo nesmie.
- Vytváranie **správneho edukačného prostredia**, dôraz na **súkromie edukanta**, utváranie priaznivej sociálnej klímy. Aby sa pacient dobre cítil, je potrebné zistiť jeho vnútorné rozpoloženie a následne upraviť prostredie v čo najväčšej miere podľa jeho želania pri súčasnom zachovaní poriadku zariadenia, v ktorom sa nachádza. To všetko uskutoční s čo možno najneinvasívnym zásahom do jeho súkromia.
- **Poskytovanie priestoru na vyjadrenie názorov edukanta** a možnosti jeho rozhodovania, **spätná väzba**, akceptovanie osobnosti edukanta. Predovšetkým pacient rozhoduje o výkonoch na základe poskytnutých informácií. Spätná väzba ponúka pacientovi participáciu na liečebnom, ošetrovateľskom alebo edukačnom procese a zároveň je podieľaním sa na zodpovednosti za svoje zdravie.
- **Zohľadňovanie momentálneho fyzického a psychického stavu edukanta**, uplatňovanie empatie. Momentálny fyzický a psychický stav nám určuje východiskový bod v kontakte s pacientom. Prispôbenie edukačného procesu stavu pacienta je prejavom rešpektu a citlivosti. Je to možné len na základe vyváženosti medzi stavom a potrebami pacienta.
- Využívanie **motivácie edukanta** (nevyužívanie trestov, uprednostňovanie pochvaly a povzbudení) a poskytovanie pozitívneho osobného príkladu pre edukanta (podpora a ochrana zdravia). Napriek individualite každého pacienta bývajú motivačné prostriedky podobné. Najlepším a najúčinnším však býva osobné zapojenie – príklad.
- **Zvyšovanie spoločenského statusu sestry** prostredníctvom svojho konania a vystupovania, ako aj dodržiavanie kompetencií sestry, ich nepresahovanie. Všetko, čo človek vykoná, má svoju morálnu hodnotu. Konanie sestry je pod neustálym

drobnohľadom tak iných profesionálov, ako aj samotných pacientov. Dobré rozhodnutia a konanie sestry vždy prispieva k pozitívnemu hodnoteniu tohto povolania v spoločnosti. Dodržiavanie kompetencií prispieva k zvyšovaniu profesionality, právnej ochrane a vytvára podmienky na rozvoj povolania sestry.

- **Ochrana edukanta pred traumatizáciou informáciami.** Tak v minulosti, ako aj v súčasnosti sa vedú diskusie o tom, ktoré informácie povedať pacientovi a ktoré nie. V skutočnosti zákon stanovuje povedať všetky dôležité informácie potrebné na získanie informovaného súhlasu s malou výnimkou, ktorá sa vzťahuje na stav pacienta. Informácie nesmie viesť k zhoršeniu zdravotného stavu pacienta. Profesionálna etika rieši aj takéto situácie v edukácii.
- **Zabránenie ironizácie, zahanbovania a ponižovania** edukanta, ako aj uplatňovanie spravodlivého, objektívneho a trpezlivého prístupu ku každému edukantovi. Znížená schopnosť vnímania, konania aj rozhodovania býva neraz zapríčinená chorobou, ktorou pacient trpí. Nie je to prirodzený stav, je to zmena, s ktorou sa pacient musí vyrovnávať. Trpezlivý postoj sestry- edukátorky mu môže napomôcť čo najrýchlejšie a najefektívnejšie využiť tie schopnosti, ktoré mu zostali. Sestra si však musí uvedomiť dôležitosť svojich prejavov voči pacientovi (Magerčiaková, Littva, 2008).

Záver

Edukácia pacienta je neoddeliteľnou súčasťou terapeutických a ošetrovateľských zásahov. Po oznámení diagnózy je možné očakávať zmeny v psychosociálnom správaní pacienta (prežívanie strachu, bolesti, úzkosti, narušenie sebakoncepcie, zmena hodnotovej orientácie, zmena sociálneho statusu, narušenie vzťahov v rodine a pod.). Pacient musí mať možnosť spolurozhodovať o svojej liečbe a má participovať na konečnom rozhodnutí, aby sa zvýšila jeho istota a cítil sa menej ohrozený. Ak ošetrojúci lekár alebo ošetrojúca sestra neposkytnú pacientovi potrebné informácie a nevznikne medzi nimi porozumenie, zostáva priestor na dohady, zbieranie laických informácií od spolupacientov alebo z iných zdrojov a ich nesprávnu interpretáciu (Nemčeková, 2004). Súčasťou profesionálneho prispupu každého zdravotníckeho pracovníka, a teda aj sestier, by malo byť dodržiavanie etických a právnych noriem v oblasti poučenia a poskytovania informácií pacientom.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. ČÁP, J., HOLMANOVÁ, E.: *Návrh metodického spracovania témy: „Etické aspekty edukácie“*. [online]. [cit. 7.9.2010]. Dostupné na: <<http://zsf.osu.cz/dokumenty/sbornik02/prisp05.htm>>
2. *Charta práv pacienta v Slovenskej republike*. [online]. [cit. 7.9.2010]. Dostupné na: <<http://portal.gov.sk/Portal/sk/Default.aspx?CatID=17&eventid=432>>
3. MAGERČIAKOVÁ, M., LITVA, V.: *Etika a edukácia pacienta*. In: *Bioetika a zdravotnícka etika na slovenských vysokých školách a univerzitách*. Ružomberok: Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita, 2008, s. 28- 33, ISBN 978-80-8084-345-8
4. MAGERČIAKOVÁ, M.: *Edukácia v ošetrovatel'stve I*. 1. vyd. Ružomberok: Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, 2007, 106 s. ISBN 978-80-8084-221-5
5. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, E.: *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009, 155 s., ISBN 978-80-8063-326-4.
6. NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. a kol.: *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2010, 259 s., ISBN 978-80-8063-321-9.
7. NEMČEKOVÁ, M. a kol.: *Práva pacientov- medicínske, ošetrovatel'ské a filozoficko-etické súvislosti*. Martin: Osveta, 2004, 214 s. ISBN 80-8063-162-X
8. *Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovatel'skej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom*
9. *Zákon NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov*

Kontaktná adresa autora

PhDr. Mariana Magerčiaková, PhD.

Katolícka univerzita

Fakulta zdravotníctva

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

magerciakova@ku.sk

ETICKÉ DILEMY V AKÚTNÝCH STAVOCH

Monika Mankovecká, Dana Brázdilová

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva

Súhrn

Príspevok je venovaný etickým dilemám v prednemocničnej starostlivosti. Pozornosť je sústredená najmä na aspekty ako sú eutanázia, suicídium a dilemma indikovania či neindikovania kardiopulmonálnej resuscitácie. Diskusii autorky zhodnotili získané výsledky prieskumu realizovanom u samotných záchranárov a navrhli riešenia.

Kľúčové slová: Etika. Urgentná medicína. Prednemocničná starostlivosť. Eutanázia. Samovražda. Kardiopulmonálna resuscitácia.

Summary

The authors are dealing with the issues of ethical aspects in urgent health care. Special attention is paid to aspect as euthanasia, suicide and indication whether or not indicated dilemma cardiopulmonary resuscitation. In the discussion, the authors evaluate the facts and propose another solution.

Key words: Ethics. Emergency medicine. Pre-hospital health care. Euthanasia. Suicide. Cardiopulmonary resuscitation.

Úvod

Humánnosť, dobrosrdečnosť, sebaobetavosť, súcit a mravnosť tvoria organickú súčasť charakteru zdravotníckeho záchranára. Humanistické heslo N. J. Pirogova: „*Byť šťastný šťastím iných*“, by malo byť základným princípom každého zdravotníckeho pracovníka. V záchranárskej praxi sú mimoriadne dôležité mravné normy a etické princípy, ktoré sú nevyhnutné pri plnení profesijných úloh. Nestačia len odborné poznatky a praktické zručnosti, záchranár by mal mať určité morálne vlastnosti, bez ktorých nemôže pracovať. Jeho povolanie je spojené s etickými požiadavkami, od ktorých závisí kvalita jeho práce. Patrí k nim altruizmus, pocit zodpovednosti a povinnosti, svedomie, a pod. Práva a povinnosti

zdravotníckeho pracovníka a osobitne záchranárov, sú zamerané na ochranu života a zdravia človeka.

Urgentná medicína má v zdravotníckej starostlivosti zvláštne postavenie. Rieši situácie, ktoré neznesú odklad. Ide zvyčajne o situácie ohrozujúce život alebo vážne poškodzujúce zdravie postihnutej osoby. Odlišuje sa od ambulantnej a nemocničnej starostlivosti. Poskytnúť pomoc je povinný každý z nás. Samozrejme, že rozhodujúcim činiteľom je vzdelanie. Preto prednemocničná starostlivosť nie je len výsadou pracovníkov záchranných služieb. Buď okamžite niečo urobíme a zachránilme život, alebo po chvíli zdĺhavých diskusií a váhania nemusíme robiť už nič, pretože život i zdravie sú nenávratne stratené.

Na prácu zdravotníkov, ako špecifickú odbornú činnosť, sa vzťahujú všeobecné znaky profesionálnej etiky. Medicína je spätá s najvyššími hodnotami, ktorými sú život a zdravie. Zaoberá sa človekom zdravým, ale najmä chorým. Na jednej strane bariéry je človek trpiaci-pacient, na druhej strane človek pomáhajúci - lekár, zdravotník.

Medzi základné etické princípy patria: beneficiencia, nonmalficiencia, justícia, autonómia.

Beneficiencia (*dobročinnosť*) vyžaduje, aby každý zdravotnícky pracovník konal vo svojej práci vždy v záujme zachovania života a zdravia chorého človeka.

Nonmalficiencia (*neuškodiť inému*) vyžaduje, aby zdravotnícky pracovník pracoval s pacientom ako s človekom a aby akceptoval jeho dôstojnosť, identitu a integritu; vo svojej práci by mal byť tolerantný, mal by vynaložiť všetky svoje odborné, ale aj ľudské schopnosti na prinavrátenie zdravia človeku.

Justícia (*spravodlivosť*) vyžaduje, aby zdravotnícky pracovník poskytoval odbornú zdravotnú starostlivosť všetkým ľuďom bez ohľadu na vek, pohlavie, rasu, národnosť či náboženstvo. Hovoriť a konať pravdivo.

Autonómia (*svojbytnosť*) vyžaduje rešpektovanie rozhodnutí pacienta na základe jeho informovanosti a slobodnej voľby; na to, aby sa chorý človek mohol rozhodnúť správne, potrebuje vysvetlenie jednotlivých zdravotníckych postupov, aby ich pochopil a vedel prijať. Informovaný súhlas pacienta je prakticky dôsledok predchádzajúcich princípov. Pacient sa spoluúčastní na rozhodovaní o svojom liečení. Podmienkou súhlasu je však kompetentnosť pacienta, ktorý musí byť oboznámený so situáciou, o možnom riziku, o kladoch a záporoch jednotlivých alternatív.

Pri poskytovaní prednemocničnej starostlivosti sa záchranár ocitá v situácii, kedy je potrebné urobiť rozhodnutie o ďalšom postupe liečby medicínsky správnych možností, zároveň však prináša množstvo etických problémov.

Cieľ práce: Predmetom prieskumu realizovanom pre účel príspevku sú etické princípy a dilemy v urgentnej zdravotnej starostlivosti. V priebehu tvorby prieskumného problému sme si kladli viaceré problémové otázky: Aká je informovanosť záchranárov o etických aspektoch? Sú záchranári pripravení riešiť etické dilemy v praxi? Akým spôsobom zvládajú eticky náročné situácie? Je eutanázia etický problém? Sú záchranári ochotní a schopní rešpektovať žiadosť o neresuscitovanie?

Hlavným cieľom príspevku je poukázať na otázku poznania a dodržiavania zásady etického prístupu pri etických dilemách v urgentnej zdravotnej starostlivosti. Ďalším cieľom je zistiť vedomostnú úroveň o etických princípoch a etických dilemách v urgentnej zdravotnej starostlivosti a porovnať postoje jednotlivých záchranárov na eutanáziu, suicídium a žiadosť o neresuscitovanie.

Súbor, metodika

Základnú vzorku tvorili štyridsiati študenti ($n = 40$) tretieho ročníka externého štúdia urgentnej zdravotnej starostlivosti na Univerzite Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulty sociálnych vied a zdravotníctva. Prieskumnú vzorku tvorilo 57,5 % žien a 42,5 % mužov. Z celkového počtu malo dĺžku praxe do 10 rokov malo 50% respondentov, od 11 do 20 rokov malo 35% respondentov a 21 a viac rokov praxe malo 15% respondentov.

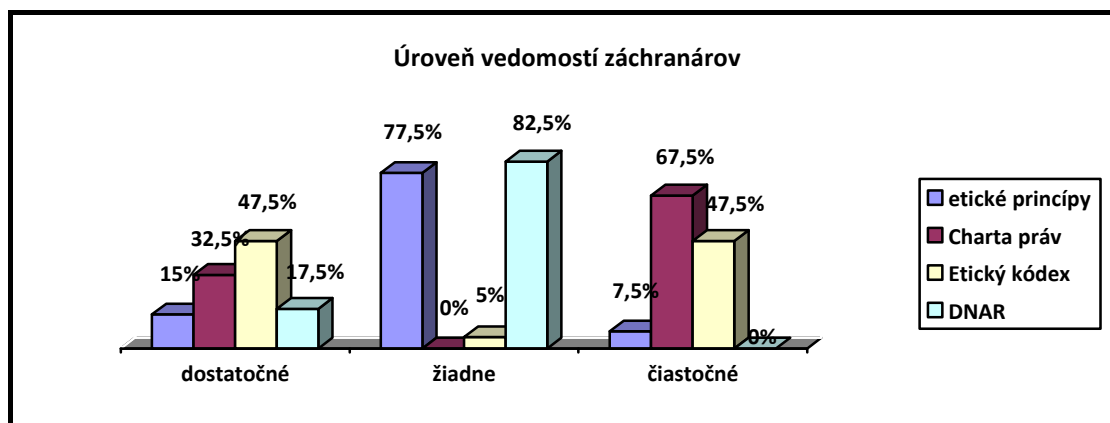
V januári 2010 sme oslovili respondentov - študentov tretieho ročníka externého štúdia urgentnej zdravotnej starostlivosti na Univerzite Konštantína Filozofa (UKF) v Nitre, Fakulty sociálnych vied a zdravotníctva a požiadali ich o vyplnenie dotazníka. Rozdaných bolo 40 dotazníkov a návratnosť predstavovala 100%. Po optickej kontrole sme do spracovania mohli použiť 40 ($n = 40$) dotazníkov. Vo februári a v marci 2010 sme realizovali štatistické a grafické spracovanie dotazníkov a analýzu výsledkov.

Hlavnou výskumnou metódou bol vedomostný dotazník, ktorým sme zisťovali názory záchranárov na etické dilemy, ich vedomosti o etických problémoch a vplyv vzdelania na morálne konanie v prednemocničnej starostlivosti. Dotazník (vlastnej konštrukcie) bol štrukturalizovaný a obsahoval 18 otvorených a zatvorených položiek a identifikačné, demografické údaje. Získané výsledky sme si rozdelili do skupín podľa pohlavia, potom sme porovnali jednotlivé skupiny.

Výsledky a interpretácia

Predpokladali sme, že väčšina záchranárov má dostatočné vedomosti a dodržiava zásady etického prístupu v urgentnej medicíne.

V grafe 1 sme znázornili stručný prehľad o úrovni vedomostí záchranárov na otázky o Charte práv pacienta, o Etickom kódexe a o Etických princípoch alebo o označení a vysvetlení pojmu DNAR (Do not attempt resuscitation). Z výsledkov vyplýva, že správne vedelo odpovedať len málo záchranárov.



Graf 1 Prehľad úrovne vedomostí záchranárov

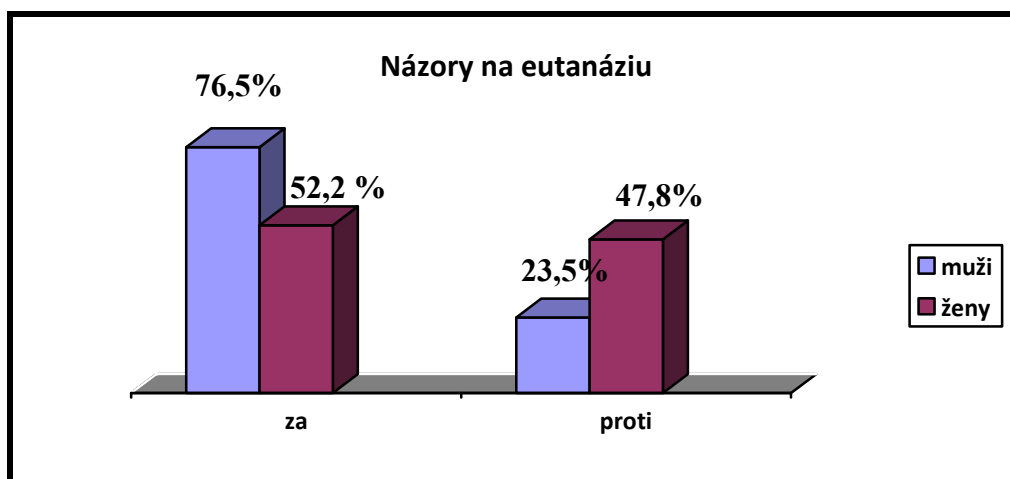
Dospeli sme k záveru, že iba 15 % respondentov pozná základné princípy zdravotníckej etiky, vysoké percento, až 77,5 % respondentov nepozná základné etické princípy. 7,5 % respondentov vedelo označiť len niektoré princípy, čo svedčí o nedostačujúcich poznatkoch etiky v urgentnej prednemocničnej starostlivosti a bude treba problém riešiť.

Etický kódex dodržiava 47,5 % respondentov na svojom pracovisku ale 47,5 % respondentov odpovedalo, že ho dodržiava len čiastočne a len 5 % nedodržiava etický kódex. Potrebu etických komisií potvrdilo 75 % respondentov, možno z toho usudzovať, že respondenti sú orientovaní v problematike a 25 % ani nepočul o etických komisiách. Viac ako polovica respondentov 52,5 % potvrdila, že nemali rozpory etického charakteru. Pričom však až 22,5 % z opýtaných sa už dostalo do etických rozporov pri KPR. Označenie DNAR pozná len 17,5 % respondentov a až 82,5 % respondentov nevie vysvetliť význam skratky alebo neodpovedalo.

Úroveň vedomostí záchranárov a dodržiavanie zásad etického prístupu v urgentnej medicíne nie je u väčšiny respondentov na dostatočnej úrovni.

Ďalej sme predpokladali, že existuje rozdiel v postoji k eutanázii medzi respondentkami z hľadiska pohlavia. Z nášho výskumu vyplynulo, že myšlienku eutanázie podporuje 51,3 % respondentov, pričom 22,47 % respondentov je proti eutanázii a nevedelo sa vyjadriť k myšlienke eutanázii 26,23% respondentov, môžeme ich teda považovať za nerozhodnutých. Vykonať eutanáziu by však bolo schopných iba 12,5 % respondentov a

42,5 % respondentov, by ju nevykonali za žiadnych okolností a 45 % respondentov, by to vedelo vykonať len v individuálnych prípadoch, keby to bolo legislatívne podchytené. Pri porovnaní rozdielu v postoji k eutanázii z hľadiska pohlavia sme zistili, že ženy podporujú eutanáziu v 52,2 %, kým 47,8 % respondentiek je proti nej. Z celkového počtu mužov - respondentov podporuje eutanáziu 76,5 % a jednoznačne proti eutanázii je 23,5 % respondentov.



Graf 2 Porovnanie postoja k eutanázii z hľadiska pohlavia

Ďalej sme predpokladali, že väčšina záchranárov má kladný postoj k poskytnutiu prednemocničnej starostlivosti pri záchrane života samovraha?

Na základe prieskumu sme zistili, že najčastejšie príčiny samovrážd sú podľa respondentov v 50 % problémy v rodine, 20 % problémy s láskou, 16,7 % finančné problémy a 16,7 % iné príčiny napríklad drogy.

Najčastejšie formy samovrážd sú podľa uvedenia respondentov (40 %) otravy liekmi, plynom. 26,6 % respondentov si myslí, že podrezaním žíl. 13,3 % respondentov si myslí, že strelenie do hlavy. 16,7 % respondentov uvádza ako najčastejšiu formu samovraždy obesenie sa. 26,7 % respondentov ľahnutie na vlakovú trať a 13,4 % respondentov skok z výšky.

Zamerali sme sa na zistenie poskytnutia prednemocničnej starostlivosti pri samovražde. Zistili sme, že 86,7 % respondentov by poskytlo prvú pomoc pacientom, ktorí sa pokúsili o samovraždu. Ako dôvod tohto konania uviedli právo na život. 13,3 % respondentov by prvú pomoc neposkytlo, pre podozrenie z opakovania suicídia, v prípade jeho nedokonania.

Zaujímali sme sa tiež o to, či by väčšina záchranárov rešpektovala žiadosť o neresuscitovanie v prípade, že postihnutý má v dokladoch kartičku DNAR.

Zistili, že 93,3 % respondentov vie, že príkaz neresuscitovať je písomné pranie pacienta, že za určitých okolností si neželá byť resuscitovaný a 6,7 % respondentov si myslí, že je to príkaz lekára neresuscitovať pokiaľ to nevie. 26,7 % respondentov sa vo svojej praxi stretli s DNAR a 10 % respondentov si nespomína, že by sa sním stretlo. 50 % respondentov by resuscitovalo v prítomnosti príbuzných a 50 % respondentov by resuscitovalo podľa ich psychického stavu.

50 % respondentov by resuscitovalo pacienta napriek jeho písomnej žiadosti neresuscitovať. A 50 % respondentov by jeho žiadosti vyhovel.

Záver

Etické teórie tvoria a objasňujú systém základných a odvodených morálnych pravidiel. Pomocou týchto noriem hodnotíme a zatriedujeme konané skutky, správanie ľudí na eticky správne a nesprávne. Dimenzie dobra a zla sú dimenziami ľudského sveta. Pri zachraňovaní ľudských životov a hlavne v extrémnych situáciách nie vždy sa podarí pristupovať ku každému pacientovi rovnako i keď, zdravotnícka starostlivosť má byť založená na etických zásadách. Overovanie vedomostí v našom prieskume ukázalo rozdiely a dodržiavanie zásad etického prístupu v urgentnej medicíne, je u väčšine záchranárov na nedostatočnej úrovni.

Na základe analýzy výsledkov prieskumu navrhujeme aby bolo k odborným prednáškam naplánované aj semináre na tému etických aspektov v urgentnej starostlivosti na každej prevádzkovej schôdzi, zvyšovať informovanosť záchranárov distribuovaním informačného materiálu ohľadom etického správania (financie na tlač- poskytovatelia) a v priestoroch zásahových jednotkách RLP a RZP staníc vyvesiť úplné znenie Charty práv pacienta a Etického kódexu. V kritických situáciách odporúčame zabezpečiť psychologickú podporu zo strany kvalifikovaných psychológov na lepšie zvládnutie stresu čo má vplyv na racionálny spôsob života človeka vykonávajúceho toto povolanie. Taktiež tréning modelových situácií a komunikácie zdravotníckych pracovníkov s pacientmi v stresovom prostredí v spolupráci s klinickými psychológmi je jednou z možností prípravy zvládnutia takýchto situácií. Od nepamäti pristupujú ľudia k riešeniu toho, čo je dobro a čo je zlo, čo je správne a čo je nesprávne, veľmi rôznym spôsobom. Môže prevládať názor, že nie je potrebné hľadať nejaké ideálne riešenia etických dilem a rozpoznávania toho, čo je dobré a čo zlé. Našťastie väčšina zdravotníckych pracovníkov si nemyslí, že každý má právo na svoju vlastnú pravdu, morálku a že žiadna spoločná pravda neexistuje. Naopak, sú presvedčení, že určitá spoločne zdieľaná mravnosť je nutná a samozrejmalá. Etika profesií, ktoré sa nazývajú

pomáhajúcimi, má svoj zdroj v ich samej prirodzenosti, v dobre, ku ktorému smerujú. Dobro je tu myslené ako plnenie vnútorného účelu danej činnosti, toho, prečo táto činnosť existuje.

Z uvedeného vyplýva, že by nám všetkým malo záležať na čo najlepších vedomostiach a zručnostiach všetkých poskytovateľoch prednemocničnej starostlivosti, lebo sa môže stať, že aj my budeme niekedy v budúcnosti potrebovať ich podporu a pomoc.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. GLASA, J. 2000 Praktický prístup k riešeniu etických problémov v ošetrovateľskej praxi. In: *Časopis pre medicínsku etiku a bioetiku - Medicínska etika & bioetika ME&B*. Vol.7 No. 3-4 s.6. ISSN 1335- 0560.
2. HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Lekárska etika*. 3.vyd. Praha: Galén, 2002. 271 s. ISBN 80-7262-132-7.
3. KOVALOVÁ, D. 2004. *Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika*. Banská Bystrica, 2004. 78 s. ISBN 80-8055 -996-1.
4. KRIŠTOFOVÁ, E. 2008. *Mravná orientácia a etický kódex v ošetrovatel'stve*. FSVaZ UKF Nitra 2008, Rukopis, Prednáška.
5. MUNZAROVÁ, M. 2005a. *Eutanazie nebo paliativní péče ?* Praha: Grada, Publishing, 2005. 108 s. ISBN 80-2471-025-0.
6. MUNZAROVÁ, M. 2005b. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, Publishing, 2005. 156 s. ISBN 80-2471-024-2.
7. RAPČÍKOVÁ, T. 2007. Etický rozmer práce zdravotníckeho záchranára. In: *Časopis pro neodkladnou lékařskou péči - Urgentní medicína*. Ročník 10, číslo 2, 2007, s. 26- 30. ISSN 1212- 1924.
8. ŠIMEK, J. 2008. Etické problémy urgentní medicíny. In: *Časopis pro neodkladnou lékařskou péči - Urgentní medicína*. Ročník 11, číslo 4, 2008, s.56. ISSN 1212- 1924.

Kontakt na prvého autora:

PhDr. Monika Mankovecká

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

FSVaZ, KKDaUM

Kraskova 1

949 74 Nitra

e-mail: mmankovecka@ukf.sk

MODELE BIOETYCZNE W PRAKTYCE PIEŁĘGNIARKI

Models of Bioethics in the Nurse's Practice

Andrzej Muszala

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie, Międzywydziałowy Instytut Bioetyki,
Kraków

Resume

Referat „Modele bioetyczne w praktyce pielęgniarstwa” podejmuje problem etycznych dylematów, jakie stają przed personelem pielęgniarstwa w niektórych sytuacjach klinicznych. Z powodu pluralistycznych poglądów współczesnego społeczeństwa lekarze i pielęgniarze na tym samym oddziale mogą reprezentować różne podejścia do konkretnego przypadku etycznego, preferując rozwiązania moralne według przyjmowanych przez siebie zasad, które nie zawsze zgadzają się z poglądami pacjenta, jego rodziny, czy też obowiązujących norm prawnych. Autor referatu skupia się na zaprezentowaniu podstawowych modeli bioetycznych, takich jak: naturalizm (scjentyzm), utilitaryzm, absolutna autonomia, deontologizm, personalizm i tzw. „moralność potoczna” i ukazuje rozwiązanie dylematów w sytuacji różnych opcji światopoglądowych

Słowa kluczowe: Bioetyka. Etyka medyczna. Naturalizm. Utilitaryzm. Absolutna autonomia. Deontologizm. Personalizm. Moralność potoczna.

Summary

Article „Models of Bioethics in the Nurse's Practice” considers the problem of ethical dilemmas the nursing staff can meet in some clinical situations. Because of pluralistic views of the modern society doctors and nurses of the same ward can represent different attempts at the specific ethical case, preferring moral solutions according to principles adopted by them which not always agree with the view of a patient, his or her family, and even of law regulations. The author of the article examines some bioethical models: naturalism (scientism), utilitarianism, absolute autonomy, deontologism, personalism and moral intuitionism and try to solve some ethical cases in medical practice taking into account pluralism of the contemporary society.

Key words: Bioethics. Medical ethics. Naturalism. Utilitarianism. Absolute autonomy. Deontologism. Personalism. Moral intuitionism.

Każda pielęgniarka wyznaje jakiś zbiór norm, zasad i wartości. Można założyć, że z reguły – tak jak każdy człowiek o właściwie uformowanej wrażliwości moralnej – uznaje ona kradzież, zabójstwo czy kłamstwo za coś złego i etycznie nagannego, zaś poświęcenie się, prawdomówność czy bezinteresowność – za coś dobrego, godnego pochwały i moralnej aprobaty. Na jakiej jednak podstawie buduje swój osąd? Co leży u podstaw takiego, a nie innego orzekania o danym przypadku czy postępowaniu? Skąd czerpie owe rozstrzygnięcia? Chciałoby się powiedzieć – parafrazując tytuł książki amerykańskiego ekonoma, Patricka Halle’a – to „Filozofia, głupcze!”¹. Używając tego ostatniego wyrazu bynajmniej nie mam zamiaru nikogo obrażać; przytaczam go tu dlatego, iż odpowiedź jest przecież tak bardzo prosta! Każdy człowiek wyznaje jakąś „filozofię”, zespół norm, wartości i zasad postępowania, czyli – jak to określali starożytni Grecy – „umiłowanie mądrości”², i to tej najbardziej życiowej, która stanowi uzasadnienie takiego a nie innego podejścia do życia i poszczególnych jego przypadków. Nie inaczej jest w przypadku pracownika służby zdrowia. Trzeba jednak zaznaczyć, że zarówno lekarze jak i pielęgniarki stają czasami w obliczu dylematów niezwykle dramatycznych, kiedy zwykły zmysł moralny okazuje się być niewystarczający. Muszą na przykład podjąć decyzję o tym, czy odłączyć pacjenta w stanie wegetatywnym od aparatury podtrzymującej jego życie, czy też nadal kontynuować terapię, która czasem wydaje się im nieuzasadniona i zbyt uporczywa. Wówczas swoją postawą reprezentują określoną opcję, opartą na określonych wartościach, które uznają za absolutne. I tak, jedni będą optować za skróceniem życia pacjenta odwołując się do litości i wolności decydowania o sobie; inni zaś przyjmą postawę dalszego dożywiania i pielęgnowania, uznając nienaruszalność ludzkiego życia i podstawowy postulat jego ochrony; odwołają się wówczas albo do złożonej kiedyś przysięgi, albo do wyższego autorytetu – Absolutu (Boga), który – według nich – jest jedynym panem życia i śmierci człowieka. W praktyce istnieją zatem różne „modele bioetyczne” oraz wynikające z nich praktyczne zachowania lekarza czy pielęgniarka, czy o tym wie, czy nie, *w zależności od tego, co uznaje za dobro najwyższe*. Przyjrzymy się im nieco z bliska.

1. Modele bioetyczne w teorii

Dla kogoś wartością najwyższą może być nauka, jako dobro samo w sobie, oraz jej rozwój, całe zaś postępowanie człowieka winno znaleźć się na jej usługach. Pogląd taki nazywa się **scjentyzmem** (od ang. *science* – nauka), czasem **naturalizmem** (gdyż odnosi się jedynie do przyczyn „naturalnych”, przyrodniczych, pomijając wszelkie myślenie w

kategoriach abstrakcyjnych). W takim modelu etycznym człowiek zredukowany jest do sfery cielesnej; wszelkie mówienie o duchu ludzkim (a tym bardziej o duszy) jawi się jako nienaukowe, zaś zachowania i reakcje warunkowane są przez wysoce wyspecjalizowany centralny układ nerwowy. Okazuje się, iż w dobie współczesnej nie tak mało biologów i przedstawicieli służby zdrowia, jest zwolennikami tego typu myślenia (np. E. O. Wilson, czy R. Dawkins). Choć na pierwszy rzut oka może się on wydawać dość zrozumiały i możliwy do zaakceptowania, to jednak w dalszej perspektywie taka etyka może obrócić się przeciw samemu człowiekowi. W takim spojrzeniu logiczne stają się bowiem np. eksperymenty na niektórych kategoriach osób, klonowanie człowieka, poszukiwanie nowych form terapii poświęcając ludzkie płody itp.; wszystko to może być usprawiedliwione „postępem nauki”.

Innym modelem bioetycznym, bardziej popularnym we współczesnym społeczeństwie, jest tzw. **utilitaryzm**, w którym kryterium wszelkiego postępowania stanowi użyteczność (od ang. *utility* – przydatność, użyteczność). W systemie tym – w celu dokonania moralnej oceny danego czynu – stosuje się rachunek strat i korzyści na zasadzie zbliżonej do ekonomii³. Wyraża się on w postulatcie: „jak najwięcej korzyści dla jak największej ilości ludzi”. Jest to hasło dość chwytliwe, powstaje jednak pytanie, co dla kogo jest korzyścią? Według jednego z najpopularniejszych reprezentantów tego typu myślenia, australijskiego filozofa, Petera Singera, w interesie osób ciężko chorych (jak i innych z nimi związanych) leży przyspieszone zakończenie ich życia poprzez zastosowanie eutanazji. W przypadku bardziej wyrazistym – gdy dla wszystkich (dla rodziny, spadkobierców majątku, personelu medycznego, ubezpieczalni) owo sprowokowanie śmierci pacjenta jest „korzystne”, sam zaś zainteresowany się na to nie zgadza lub nie jest w stanie wyrazić swojej opinii, powstaje pytanie, czy zastosowanie zasady „jak najwięcej korzyści dla jak największej ilości ludzi” nie stanowi prawnego usankcjonowania brutalnej przemocy? Czy w ogóle można „demokratycznie” (drogą np. głosowania) i „ekonomicznego rachunku” decydować, co jest moralnie godziwe, a co nie? Utilitaryzm zastosowany w medycynie kieruje się zasadą „jakości życia”, ustalającą dolną granicę, poniżej której dane życie „nie jest warte życia” i stąd – np. u dzieci rodzących się z ciężką wadą chromosomalną – postuluje jego rychłe zakończenie.

Trzecim modelem współczesnej bioetyki jest zasada całkowitej, absolutnej **autonomii**. Odnosi się ona do wolności jako najistotniejszego i ostatecznego kryterium osądu danego czynu, i mówi, iż wszelkie bariery ograniczające ludzkie działanie (np. normy prawne, drugi człowiek, Bóg) stanowią formę zniewolenia i dlatego winny być odrzucone. I odwrotnie, działania, które poszerzają przestrzeń wolności w praktyce medycznej, są etycznie

pozytywne. I tak, eutanazja oceniona jest jako moralnie godziwa już nie przez wykazanie jej użyteczności dla większości osób, lecz przez możliwość realizacji ludzkiej wolności, która przejawia się w dowolnym dysponowaniu własnym życiem i śmiercią. Stosując tę samą linię rozumowania, płód obciążony ciężką wadą wrodzoną winien być usunięty, gdyż poważnie ogranicza wolność rodziców (zwłaszcza matki). Jak mawiał J. P. Sartre, „piekło to inni” (*l'enfer c'est les autres*⁴); w tym przypadku owo piekło jest zgotowane przez kalekie dziecko, które nie pozwala jej na realizację planów życiowych.

Człowiek może dokonywać moralnych osądów i wyborów wedle innego jeszcze modelu, zwanego **kantyzmem** (czasem **deontologizmem**, od gr. *déon* – obowiązek). Głosi on ideę działania wedle obowiązku, i to nawet czasem w oderwaniu od sumienia i obiektywnych zasad moralnych. Immanuel Kant (od którego wywodzi się nazwa tego sposobu wartościowania) mówi m.in. o imperatywie (nakazie) moralnym, który decyduje, czy dane postępowanie jest dobre czy złe. Obowiązkiem człowieka jest posłuszeństwo prawu stanowionemu przez państwo, i działanie według jego ustaw. Ten typ myślenia został szczególnie rozwinięty w XX w. przez austriackiego filozofa Hansa Kelsena (1881-1973) w rozprawie *Czysta teoria prawa*⁵. Według niego, „prawo daje procedurę poprzez którą tworzy samo siebie”⁶. Nie można zatem mówić o jakichś uprzednich prawach człowieka, gdyż osoba podporządkowana jest większemu organizmowi społecznemu. W takim modelu nie ma już miejsca na refleksję filozoficzną nad poszczególnymi normami prawnymi; należy być im posłusznym, ponieważ są normami, i ponieważ są utożsamione z wyższym autorytetem (państwem), a nie dlatego, że wynikają z jakiejś racjonalnej refleksji, opartej na analizie natury ludzkiej. Powstaje jednak pytanie, jak winna zachować się pielęgniarka, która zostaje zobligowana do działania, które sama uznaje za nieetyczne i sprzeczne z własnym sumieniem (np. gdy otrzyma polecenie uczestniczenia w zabiegu aborcji, na który przyzwala prawo stanowione w danym kraju)?

Jeszcze innym modelem bioetycznym jest **personalizm** (od łac. *persona* – osoba), która za podstawowe kryterium uznaje godność osoby ludzkiej. W tym systemie rozum ludzki nie tworzy prawa, ale go *odczytuje* przez analizę porządku zawartego w prawie naturalnym. Wolność nie ma tu charakteru absolutnego, lecz jest ukierunkowana w stronę dobra osoby, będącej dobrem godziwym (a nie tylko przyjemnym lub użytecznym). Filozofia personalistyczna jest kompatybilna z myśleniem chrześcijańskim, które dodatkowo zakłada, iż to Bóg jest ostatecznym źródłem owego prawa naturalnego, z czego wynika jego pewność oraz ukierunkowanie na obiektywne dobro całego człowieka (tzn. nie tylko jego ciała i zmysłów, ale także sfery duchowej). „Osoba ludzka jest zasadą, podmiotem i celem

wszystkich urządzeń społecznych”⁷. Personalizm nie przyjmuje zasady „jakości życia”, lecz na to miejsce postuluje zasadę „świętości życia” uznającą, iż każde ludzkie życie – także to najbardziej poszkodowane i okaleczone – ma swoją wartość. Zasady personalistyczne legły u podstaw *Przysięgi Hipokratesa*, zaś w czasach współczesnych – *Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka* ONZ.

Z kolei w anglosaskim sposobie oceniania kluczową rolę odgrywa tzw. *common law*. Jest to bardzo specyficzny rodzaj wartościowania, który wychodzi od poszczególnych przypadków (ang. *case*), by dojść do norm ogólnych. Rozpatruje się w nim jakiś pojedynczy precedens (np. wyrażenie zgody na dawstwo narządów przez umysłowo upośledzonego krewnego⁸), który potem stanowi wzorzec do osądu podobnych sytuacji. Taki typ filozofowania nazywa się **kazuistyką** i stanowi swoistą odwrotność myślenia kontynentalnego; w tym ostatnim człowiek, bazując na podstawowych zasadach moralnych, dokonuje oceny poszczególnego przypadku, a zatem idzie od norm ogólnych do szczegółowych. Tymczasem kazuista postępuje w porządku odwrotnym – „odpowiada na wszystkie pytania, odwołując się do zasad znanych z doświadczenia i tradycji, a także do rozumowania opartego na porównaniu analogicznych przypadków”⁹; wychodzi zatem od poszczególnych przypadków, by dojść do zasad ogólnych. Z tego względu w systemie kazuistycznym mogą istnieć rozstrzygnięcia, które zestawione razem są wewnątrznie niespójne. Klasycznym przykładem jest rozumowanie leżące u podstaw uchwalonego w ubiegłym roku w Anglii *Embryology Bill*, w którym przyjęto różne rozwiązania o traktowaniu ludzkich embrionów i płodów w zależności od rodzaju działania (np. w przypadku tworzenia chimer zwierzęco-ludzkich przyjęto cezurę 14 dnia, zaś w przypadku przerwania ciąży – 24 tygodnia).

W końcu – być może najpowszechniej – funkcjonuje w społeczeństwie myślenie wyrażające tzw. **moralność potoczną**. Ludzie, którzy się nią kierują nie zastanawiają się nad ostatecznym źródłem pochodzenia podstawowych norm moralnych, lecz dokonują osądów etycznych *ad hoc*, intuicyjnie, przez odniesienie do różnie rozumianego (zwykle dość swoiście) „zdrowego rozsądku”. Taki sposób wartościowania jest widoczny szczególnie w świecie publicystycznym, dziennikarskim. Czytając różne opinie w gazetach i magazynach na tematy etyczne z pogranicza życia ludzkiego, czy też słuchając debat telewizyjnych w tej kwestii, na ogół nie sposób odnaleźć w nich odwołania się do jakiegś głębszej filozofii; z reguły wydawane opinie są wyrazem osobistego przekonania piszącego lub wypowiadającego dane sądy. Owa moralność potoczna jest oczywiście zależna od wielu czynników, jak: tradycja w danym rejonie, wartości wyniesione z dzieciństwa, własne przemyślenia,

napotkane przypadki, egzystencjalne doznania itp. Niejednokrotnie stanowi zlepek wyżej omówionych teorii. Sądy wydawane na jej podstawie są – podobnie jak w kazuistyce – na ogół dość niespójne; czasem wręcz dwa identyczne przypadki mogą być ocenione odmiennie w zależności chociażby od tego, czy dotyczą nieznanej osoby, czy też członka rodziny. Wydaje się, że we współczesnym społeczeństwie, wskutek coraz większej marginalizacji myślenia filozoficznego, wartościowanie według moralności potocznej zyskuje sobie coraz więcej nieświadomych zwolenników.

2. Modele bioetyczne w praktyce

Powyższe rozróżnienie źródeł moralności ma swoje istotne reperkusje dla codziennego życia oraz dla samej etyki medycznej. Po pierwsze, tłumaczy ono, skąd się biorą tak wielkie rozbieżności w osądzie jakiegoś pojedynczego przypadku. Medycyna dostarcza wielu przykładów na ów pluralizm postaw moralnych, żeby wspomnieć chociażby wielką ambiwalentność wobec takich kazusów, jak: śmierć Eluany Englaro, Terri Schiavo, urodzenie dziecka z próbki po 14-tu latach przechowywania go w stanie zamrożenia w stadium embrionalnym, poczęcie embrionu w celu pobrania komórek macierzystych dla chorego starszego brata, itp. Różnorodność opinii widoczna jest także w wypracowywaniu zasad prawnych w odniesieniu do zapłodnienia *in vitro* i sporządzania tzw. „testamentu życia”, co ma miejsce w ostatnich miesiącach w Polsce. Każda z opcji uznaje się za ostateczną, podając argumenty „niepodważalne”, „nie podlegające dyskusji”, podczas gdy co najwyżej stanowi prezentację jakiegoś typu myślenia. Ponieważ reprezentanci moralności potocznej zwykle stanowią większość w tego typu debatach, zatem prawdziwy obraz problemu najczęściej zostaje zatarty przez osobiste interesy, co na pewno nie odbija się korzystnie na obiektywnej ocenie danego postępowania.

Po drugie, różnorodność wyznawanych światopoglądów tłumaczy wielość ocen moralnych i modeli etyki lekarskiej. Posłużmy się tu pewnym przykładem: mężczyzna w wieku około 25 lat uległ wypadkowi, wskutek czego od kilku miesięcy znajduje się w stanie wegetatywnym z bardzo małą szansą na powrót do życia świadomego. Według logiki scjentyistycznej stanowi on przypadek do badań klinicznych; pytanie o sensowność dalszego utrzymywania go przy życiu nie jest pytaniem naukowym i powinno być rozstrzygnięte przez inne kompetentne osoby lub komitet bioetyczny. W myśleniu utylitarystycznym dalsze utrzymywanie takiego człowieka przy życiu jest niekorzystne zarówno od strony ekonomicznej (duże koszty), jak i społecznej (ktoś inny czeka na jego łóżko). Ponadto jakoś

jego życia jest bardzo niska, jest on idealnym dawcą organów i może przyczynić się do ratowania życia wielu innym ludziom; w związku z tym należałoby dążyć do przyspieszenia jego śmierci i pobrania narządów. Z kolei przedstawiciele zasady absolutnej autonomii odwołają się – w imię poszanowania wolności – albo do uprzedniej „woli życia” (czytaj: śmierci) nieprzytomnego pacjenta, albo do woli jego kompetentnych reprezentantów. Deontolodzy postąpią według tego, co na ten temat przewiduje konkretne prawo stanowione; w jednym kraju może ono nakazywać dalszą opiekę nad pacjentem, w innym – postulować prawo do skorzystania z czynnej eutanazji. Personalizm będzie w nim widział człowieka, który nie przekroczył progu śmierci, co implikuje konieczność poszanowania jego fundamentalnego prawa do życia; sprzeciwiać się zatem będzie wszelkim działaniom, które prowadziłyby do jego uśmiercenia. Kazuści poszukiwać będą przypadku analogicznego, wcześniej rozpatrzonego, i będą mogą skłaniać się bądź ku zastosowaniu eutanazji (powołując się na kazus Eluany Englaro), bądź ku podtrzymaniu jego życia (odwołując się do kazusu Terry Wallis’a jak i innych osób wybudzonych po latach ze stanu wegetatywnego). W końcu przedstawiciele moralności potocznej zaprezentują szeroką gamę możliwych odniesień do pacjenta w stanie wegetatywnym, w zależności od osobistych przekonań, intuicji, wyznawanego światopoglądu, stopnia wiedzy w tej kwestii, jak i niektórych okoliczności, jak np. czy jest on członkiem ich rodziny, czy też potencjalnym dawcą narządów dla drogiej im osoby.

Powyższy przypadek ukazuje nam, jak różne, wręcz skrajnie przeciwstawne mogą być podejścia różnych modeli filozofowania (i co za tym idzie – różnych modeli bioetycznych) w kontrowersyjnej sytuacji podjęcia leczenia czy też jego zaniechania wobec pacjenta w specyficznej sytuacji granicznej. Dlatego pielęgniarka jeszcze w czasie przygotowywania się do wykonywania swego zawodu winna otrzymać gruntowne wykształcenie w kwestiach etycznych. Winna kierować się zawsze wartościami absolutnymi oraz tymi, które preferuje powierzony jej pacjent. W trudnym do rozstrzygnięcia przypadku nie może kierować się tylko intuicyjnym, subiektywnym odczuciem bez odwołania się do norm ogólnych i wartości absolutnych. Winna kształtować własne sumienie kierując się zasadą świętości a nie jakości życia i być zawsze świadoma, według jakiego systemu etycznego podejmuje daną decyzję. W jej rękach spoczywa czasem przeżycie lub zejście śmiertelne pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Por. P. Halle: It's the economy, stupid, Capital Markets 2008.
2. (gr. φιλέω phileo – kochać, σοφία sophia – mądrość)
3. Na ten temat patrz więcej: Z.N. Brzózy: Rachunek zysków i strat - nowe kryterium w medycynie?, (w:) „Medycyna Praktyczna” 3(2009), 158-161
4. J. P. Sartre; Przy drzwiach zamkniętych, 5, Paryż 1946
5. H. Kelsen: *Czysta teoria prawa*, Warszawa 1934; uaktualnione wyd. francuskie: H. Kelsen, *Theorie pure du droit*, Paris-LGDJ, 1999.
6. H. Kelsen: *Theorie pure du droit*, dz. cyt., s. 60 (tł. wł.)
7. Sobór Watykański II: Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym, 25.
8. Por. T. Beauchamp. J. Childress: *Zasady etyki medycznej*, Warszawa, Książka i Wiedza 1996, s. 533-534
9. Tamże: s. 104

ETICKÉ PRINCÍPY V POVOLANÍ SESTRA

Mária Novysedláková, Zuzana Hudáková

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

Súhrn

Ošetrovateľstvo sa od svojho vedeckého konštituovania v 19. storočí na základe vymedzenia svojho predmetu radí medzi vedy humanitné. Nový, vedecký status povolania sa mal podľa Nightingaleovej prejavíť aj tým, že sestry mali niesť samostatnú zodpovednosť za výkon svojho povolania. Ako súčasť profesionality zdôrazňovala aj morálne aspekty. Dôležitým krokom v profesionalizácii ošetrovateľstva bolo ustanovenie *Medzinárodnej rady sestier*. Jej cieľom a poslaním je zlepšovať zdravotnú starostlivosť, kvalitu ošetrovateľských služieb a sociálno – pracovné podmienky sestier. V najširších morálnych súvislostiach sa poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti riadi Etickým kódexom sestier, ktorý vyjadruje základné ciele a hodnoty ošetrovateľského povolania. Informuje sestry aj spoločnosť o profesionálnych očakávaniach a požiadavkách, ktoré zodpovedajú etickým normám ošetrovateľského povolania.

Kľúčové slová: Ošetrovateľstvo. Sestra. Etické normy.

Summary

Nursing has, since its constitution in the 19th Scientific century, the definition of his subject among the humanities sciences. A new, scientific status occupations Nightingale be reflected by the fact that nurses should assume responsibility for independent exercise of their profession. As part of professional stress and moral aspects. An important step in the professionalization of nursing was the establishment of the International Council of Nurses. The aim and mission is to improve health care quality health care services and social - working conditions for nurses. In the broadest context, the moral of the nursing care governed by the Code of Ethics of Nurses, which sets out the fundamental objectives and values of the nursing profession. Inform the nurse and the company of professional expectations and requirements to meet the ethical standards of the nursing profession.

Key words: Nursing. Nurse. Ethical standards.

Úvod

Poslaním sestry je vykonávať svoje povolanie svedomito s hlbokým záujmom o chorého človeka. Ošetrovateľské povolanie je veľmi náročné a vyžaduje určité osobnostné predpoklady.

Kutnohorská (2007) poukazuje na rodový aspekt ošetrovateľstva, vykonávateľkami ošetrovateľskej starostlivosti sú ženy, ktoré do tejto práce prinášajú viac citu. Ošetrujúca sestra ako žena – prirodzene inklinuje k jednote a harmónii; ako matka – prejavuje súcit, pochopenie, spoluúčasť, je oporou a je ošetrovateľkou; ako spolupracovníčka – prejavuje prirodzený cit pre životne dôležité hodnoty, pre poradie úloh; odborníčka – využíva svoje vedomosti, skúsenosti a zručnosti. Vykonávateľom ošetrovateľskej praxe je sestra. Starostlivosť je považovaná aj za morálnu koncepciu (Kutnohorská, 2007), ktorá je centrom vzťahu sestry a pacienta. Prvou a nevyhnutnou požiadavkou pre výber povolania sestry je spĺňať predpoklady práce s pacientom. Pri ich realizácii je potrebné:

- mať hodnotný ľudský vzťah k tejto skupine pacientov,
- vedieť nadväzovať dôverný vzťah ku pacientom,
- vedieť komunikovať,
- vedieť zachovávať ľudskú dôstojnosť,
- vedieť sa orientovať v administratívnych záležitostiach, zákonoch a vyhláškach,
- vedieť bojovať za ľudské práva svojich pacientov,
- vedieť pracovať s rodinou a blízkymi priateľmi pacienta,
- vedieť spolupracovať v tíme a pod. (Kutnohorská, 2007).

Ošetrovateľstvo sa od svojho vedeckého konštituovania v 19. storočí na základe vymedzenia svojho predmetu radí medzi vedy humanitné, z hľadiska cieľa praktické. V jeho ďalšom rozvoji bola koncepcia človeka naďalej inšpirovaná a rozvíjaná na základe poznatkov filozofie, psychológie, kultúrnej antropológie, sociológie či iných disciplín (Žiaková et al. 2007).

Vedecká stránka ošetrovateľstva, podľa Nightingaleovej spočívala vo využití vedeckých metód (štatistika, pozorovanie), cielených intervenciách (hygiena, logistika, komunikácia), v administratíve a riadení a vplyve na verejné zdravie (podľa pravidiel zdravia a na základe pozorovaní ochorení). Nový, vedecký status povolania sa mal prejaviť aj tým, že sestry mali niesť samostatnú zodpovednosť za výkon svojho povolania. Ako súčasť profesionality zdôrazňovala aj morálne aspekty, ktoré v r.1882 formulovala v požiadavkách,

kladených na sestry. Tieto zásady sa stali východiskom formulovania morálnych požiadaviek a noriem, ktoré sú rozpracovávané v medzinárodných a národných dokumentoch súvisiacich s rozvojom ošetrovateľstva (Nemčeková, M. a kol. 2008).

Dôležitým krokom v profesionalizácii ošetrovateľstva bolo ustanovenie *Medzinárodnej rady sestier* ICN [International Council of Nurses] v roku 1899 v Londýne. Je federáciou národných sesterských organizácií. Jej cieľom a poslaním je zlepšovať zdravotnú starostlivosť, kvalitu ošetrovateľských služieb a sociálno – pracovné podmienky sestier. ICN si aj v súčasnosti udržiava a systematicky buduje svoju aktívnu vedúcu úlohu v ošetrovateľstve. Táto organizácia vypracovala v roku 1953 *Medzinárodný etický kódex sestier*, ktorý bol naposledy revidovaný a inovovaný v r. 2006 (Nemčeková, M. a kol. 2008).

Otázky a problémy, ktoré sú predmetom ošetrovateľskej etiky, vyplývajú z dvoch stránok práce sestier. Ich práca je určitým procesom (posudzovanie, diagnostika, plánovanie, realizácia, vyhodnotenie) a zároveň je medzil'udským vzťahom (sociálne role, kvalita vzťahov medzi sestrou a pacientom, sestrou a príbuznými pacienta, medzi profesionálmi navzájom). Všeobecne, v najširších morálnych súvislostiach sa poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti riadi Etickým kódexom sestier, ktorý vyjadruje základné ciele a hodnoty ošetrovateľského povolania. Informuje sestry aj spoločnosť o profesionálnych očakávaniach a požiadavkách, ktoré zodpovedajú etickým normám ošetrovateľského povolania. Štyri základné zodpovednosti, ktoré vymedzuje Etický kódex sú chápané v širšom kontexte výkonu povolania a presahujú hranice etiky:

- podporovať zdravie,
- predchádzať chorobám,
- obnovovať a udržiavať zdravie,
- zmierňovať utrpenie.

Potreba ošetrovateľstva je univerzálna.

Neoddeliteľnou vlastnosťou ošetrovateľstva je úcta k ľudským právam, vrátane práva na život, dôstojnosť a slušnú liečbu. Ošetrovateľská starostlivosť sa poskytuje bez ohľadu na vek, farbu, vieru, kultúru, invaliditu alebo chorobu, pohlavie, národnosť, politické presvedčenie, rasu alebo sociálne postavenie. Sestry poskytujú zdravotné služby jednotlivcovi, rodine a komunite a koordinujú svoje služby s ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi podieľajúcimi sa na poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

Pri svojom rozhodovaní o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu zvažujú sestry dôsledky pre pacienta, rodinu a komunitu a etické princípy ošetrovateľstva:

- úcta k človeku a rešpekt k ľudskému životu,
- autonómia – sebaurčenie jednotlivca,
- konanie dobra,
- vyhýbanie sa spôsobeniu škody,
- zachovávanie mlčanlivosti,
- pravdivosť, spoľahlivosť a spravodlivosť v konaní voči ľuďom (The ICN code, 2006).

Praktická realizácia týchto princípov nie je jednoduchá. Problematizuje sa v súvislosti s vývojom poznania a pribúdajúcimi znalosťami (v biomedicínskych vedách, v ošetrovatelstve aj v humanitných disciplínach) a z nich vyplývajúcich priorit poskytovania starostlivosti.

V závislosti od úlohy sestry (komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta, pomoc pri diagnostike a liečbe) vymedzuje Píchová (2000) etické problémy v ošetrovatelstve do týchto okruhov:

1. konflikty medzi profesnou úlohou a osobnými hodnotami,
2. problémy sestra – pacient – rodina pacienta,
3. problémy medzi sestrou a zdravotníckymi pracovníkmi ostatných kategórií,
4. sestra – zamestnávateľ,
5. rozpory v zodpovednosti,
6. požiadavky na výkon povolania z etického pohľadu.

Ak by sme chceli túto klasifikáciu interpretovať, mohli by sme hovoriť o kategórii mravných problémov v ošetrovatelstve, kategórii interpersonálnych problémov (ošetrujúca sestra – pacient, rodina pacienta a vzťahy na pracovisku) a o kategórii morálnych problémov, ktoré sa viažu na porušovanie niektorých významných morálnych princípov a hodnôt vo sfére ošetrovatelstva. Je potrebné podotknúť, že identifikácia etického problému v ošetrovateľskej praxi je neraz komplikovanejšia ako hľadanie samotného riešenia problému. MacDonald (2002) ponúka praktický prístup riešenia etických problémov v nasledujúcich bodoch:

1. *Rozpoznanie morálneho rozmeru problému.* Tento krok podľa autora spočíva v odhalení, o aký konflikt dvoch alebo viacerých morálnych hodnôt, princípov ide a či ho vôbec môžeme označiť za morálny konflikt. Práve to je následne určujúcim vodidlom ďalšieho postupu v morálnom rozhodovaní.
2. *Kto sú zainteresované skupiny a aké sú ich vzťahy?* Tu má autor na mysli starostlivé určenie, kto všetko sa podieľa na morálnom rozhodovaní, keďže naše práva a povinnosti sú určované práve vzťahmi s inými ľuďmi a inštitúciami.

3. *Ktoré konkrétne morálne hodnoty sa dostávajú do vzájomného konfliktu?* Tento bod by sme mohli označiť za kľúčový, keďže najprv si musíme položiť otázku, aké hodnoty sú porušované, aby sme mohli nájsť riešenie, ako ich ochrániť a rešpektovať.
4. *Zváženie prínosov a nedostatkov.* Za prínosy (ktoré sú často široko definované) autor považuje to, čo sa spája s dobrom (hmotným, emocionálnym, finančným, sociálnym atď.). Znamenajú uspokojenie našich potrieb a sú v súlade s inými hodnotami. K nedostatkom radí to, čo zapríčiňuje telesnú či emocionálnu bolesť.
5. *Nájdenie precedensu (modelového spôsobu riešenia).* Jednou z možností riešenia morálneho problému je podľa autora nájdenie iného podobného konfliktu a konfrontácia spôsobu jeho riešenia s našim. Podľa MacDonalda by sme však nemali zabúdať aj na dôležitosť teoretického východiska, o ktoré sa opierame.. Riešenie morálnych otázok vo sfére ošetrovateľskej praxe spôsobom hľadania analogického riešenia môže naraziť na problém nehomogenosti súčasnej spoločnosti (multikulturalizmus, pluralizmus).
6. *Diskusia so zainteresovanými.* Riešenie morálneho problému by sa nemal neredukovať len na dialóg medzi zainteresovanými, ale istý priestor by sa mal ponechať aj deontológii. Etické a spoločenské zásady a normy by tu mali i naďalej zostať ako istý regulátor správania a konania, avšak s prihliadnutím na konkrétnu situáciu a jej okolnosti (kultúrny a historický kontext).
7. *Konfrontácia nášho rozhodnutia s legislatívou.*
8. *Zodpovedanie otázky o našej spokojnosti s rozhodnutím. Ak svoje rozhodnutie uskutočním, dokážem sa s ním stotožniť a žiť?*

Ako autor ďalej uvádza tento „návod“ je len orientačný a nie je vzorcom, ktorý garantuje dobré morálne rozhodnutie.

Záver

Morálne normy a princípy ohraničujú konanie sestry v pozitívnom morálnom zmysle a opierajú sa o základné morálne hodnoty, ktorými sú napr. život, dobro, prospech, úžitok, svojbytnosť a rešpektovanie ľudskej dôstojnosti, spravodlivosť a podobne. Tieto normy nadobúdajú svoj význam až vtedy, ak sa s nimi sestra dokáže stotožniť a na základe nich i konať.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. KUTNOHORSKÁ, J. 2007 *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 2007. 163s. ISBN 978-80-247-2069-2.
2. PÍCHOVÁ, Ľ. 2002 Etika v ošetrovatel'stve. In: *Slovenský zdravotník*, 2002, r. X, 5/2000, s. 4 – 5.
3. MacDONALD, Ch. 2002 *A Guide to Moral Decision Making* [online]. March 2002. In Nemčeková, M. a kol. Etika v ošetrovatel'stve. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity 2008. s.40 – 48. ISBN 978-80-8068-812-7.
4. NEMČEKOVÁ, M. 2008 Konceptia človeka v paradigmatickom systéme ošetrovatel'skej vedy. In Nemčeková, M. a kol. Etika v ošetrovatel'stve. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity 2008. s.40 – 48. ISBN 978-80-8068-812-7.
5. NEMČEKOVÁ a kol, M. a kol. Etika v ošetrovatel'stve. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity 2008. s.40 – 48. ISBN 978-80-8068-812-7.
6. *The ICN Code of Ethics for Nurses* [online]. (2006): Geneva : International Council of Nurses. [cit. 2010-08-10]. ISBN 92-95040-41-4. Dostupné na internete: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_slovakian.pdf
7. ŽIAKOVÁ, K. a kol. 2003 *Ošetrovatel'stvo: teória a vedecký výskum*. Martin : Vydavateľ'stvo Osveta. 2003. s. 13-86. ISBN 80-8063-131-X.

Kontaktné adresy:

PhDr. Mária Novysedláková

Katolícka univerzita

Fakulta zdravotníctva

Námestie A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

e-mail: maria.novysedlakova@ku.sk

PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.

Katolícka univerzita

Fakulta zdravotníctva

Námestie A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

e-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

ETHICS IN NURSING PRACTICE

Grażyna Rogala Pawelczyk^{1,2}, Grażyna Dębska¹, Ewa Kurleto-Kalitowska¹

¹Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

²Uniwersytet Medyczny w Lublinie- Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu

Introduction

Ethics as a science origins in diverse moral issues and includes 3 branches: descriptive ethics, prescriptive ethics and metaethics [3,5].

The forming of nursing ethics was influenced by general ethics, cultural and historical circumstances as well as the specific character of nursing profession [6,8].

Professional ethics is a dynamic discipline, being shaped by social expectations. Ethics in nursing practice can be examined in several aspects, for example as the system of values attributed to the nurse profession, the system of imperatives and recommendations concerning desirable attitudes presented by nurses while performing their duties or the level of nurses' knowledge of their professional ethics and putting it into practice [4,6,7,9].

While becoming a nurse, a person assumes an obligation to obey the principles and certain moral obligations. All actions taken by nurses should be characterized by respect for general moral principles and patient's rights (for example the rights to respect, autonomy, information, solid treatment and nursing). The basic aims and values of the nurse profession are defined by the code of ethics, which is a guide to nurse during their professional actions [6,7,8].

Professional ethics is bound with professional responsibility, which nurses are aware of while taking all professional actions. Professional responsibility includes ethical responsibility and legal responsibility for professional actions taken by nurses [1,2,9].

Aim of work

This work presents nurses' opinions on the importance of the code of professional ethics in their practice and nurses' self-esteem level in the knowledge of their professional ethics.

Materials and methods

The research involved 450 nurses who took part in diverse training courses and conferences all over the country dedicated to ethics and professional responsibility. The author's questionnaire form was applied, the research was anonymous.

Results

Nearly half the respondents (44 %) were above the age of 50. The smallest group was constituted by people below the age of 30. All respondents were women.

Table 1. The structure of respondents according to their age

Item number	Age	Nurses
		%
1	up to 30	8,0
2	31-40	30,0
3	41-50	24,5
4	above 50	38,5
Altogether		100,0

The most numerous group of respondents (45,5 %) was constituted by nurses whose work experience was shorter than 21 years. The groups of respondents whose work experience gained 11 – 20 years (28 %) or less then 10 years (26,5 %) were smaller.

Table 2. The structure of respondents according to their seniority

Item number	Seniority	Nurses
		%
1	up to 10 years	26,5
2	11-20 years	28,0
3	21 years and more	45,5
Altogether		100,0

Nearly half the respondents (46,5 %) have had their current position for less than 5 years. The smallest group of respondents (6,5 %) is constituted by nurses who have been placed in current position for 6 – 10 years.

Table 3. *The structure of respondents according to their seniority in current position*

Item number	Seniority in current position	Nurses
		%
1	up to 5 years	46,5
2	6- 10 years	6,5
3	11-20 years	17,5
4	21 years and more	29,5
Altogether		100,0

Most of nurses who have taken part in the research (77 %) possessed university education (master degree or bachelor's degree), 43 % had supplementary postgraduate education.

Table 4. *The structure of respondents according to their education*

Item number	Education	Nurses
		%
1	Bachelor's degree	21,5
2	Master degree	55,5
3	Post-secondary	24,0
Altogether		100,0

Straight majority of respondents lived in the cities. More than half of respondents (58,1 %) lived in county towns, 30,5 % of nurses lived in provincial capitals, and the minority of respondents were the villagers.

Table 5. *The structure of respondents according to place of habitation*

Item number	Place of habitation	Nurses
		%
1	County town	58,1
2	Provincial capital	30,5
3	Village	11,4
Altogether		100,0

Almost all nurses (97,8 %) acknowledged the principles of professional ethics to be a vital element of practice.

A similar number of respondents (89,0 %) pointed at the significance of ethics in the process of creating positive image of nurse profession.

Respondents estimated their own knowledge of ethics as good (69,5 %) or very good (30,5 %).

Nurses defined properly the term of professional ethics (73,0 %), listed all ethical principles contained in the code of professional ethics (66,0 %), knew the term of moral value (88,5 %) and moral standard (85,5 %), and were able to put these issues in nursing practice (78,0).

Table 6. Nurses' knowledge of ethics*

Item number	Nurses' knowledge of ethics	Nurses
		%
1	Proper defining the term of professional ethics	73,9
2.	Listing all ethical principles contained in the code of professional ethics	66,0
3	Knowledge of the term of moral value	88,5
4	Knowledge of the term of moral standard	85,5
5	Putting ethical terms in professional practice	88,0

Remark: the proportions do not aggregate 100% because the respondents could give more than one answer

Respondents, while taking professional actions, obey above all the following ethical principles: the acknowledgement of patient's interest as the main principle (100,0 %), the nurse-patient privilege (100 %), the respect for human dignity (79,0 %), the respect for human life and health (81,5 %), responsibility (88,9 %), friendliness and cooperation (77,8 %), compassion (76,4 %).

Table 7. Observance of ethical principles in nursing practice*

Item number	Principles	Nurses
		%
1	Acknowledgement of patient's interest as the main principle	100,0
2.	Nurse-patient privilege	100,0
3	Respect for human dignity	79,9
4	Respect for human life and health	81,5
5	Responsibility	88,9
6	Compassion	76,4
7	Friendliness and cooperation	77,8

Remark: the proportions do not aggregate 100 % because the respondents could give more than one answer

All nurses pointed to the following principles: obtaining the permission to treatment, informing the patient, obeying patient's rights, cooperating in the team, creating positive image of nurse profession.

More than half the respondents (67,0 %) pointed at the significance of obeying professional ethics principles as a way of preventing mistakes and violation while taking nursing actions.

Majority of nurses (76,6 %) thought that their level of knowledge of ethics was high, there was the necessity of its supplementing though.

All respondents thought that supplementing the knowledge of ethics is an indispensable element of professional development.

According to respondents, the development in ethics influences the increase in work experience (69,0 %), the increase in the sense of professional responsibility (80%), the increase in professional autonomy (40 %), creating a positive attitude towards a patient (38%), creating proper relationships in a team (35 %).

Table 8. *Significance of developing nurses' professional skills in the field of ethics**

Item number	Significance of developing nurses' professional skills in the field of ethics	Nurses
		%
1	Increase in work experience	69,0
2.	Increase in the sense of professional responsibility	80,0
3	Increase in professional autonomy	40,0
4	Creating a positive attitude towards a patient	38,0
5	Creating proper relationships in a team	35,0

Remark: *the proportions do not aggregate 100% because the respondents could give more than one answer*

In the opinion of all nurses, high ethics level assures of the high level of care and professional responsibility in nursing practice. 90% of respondents believed that patients could notice the ethical attitude of nurses, their sense of responsibility (87,0%) and the respect for patient's rights (65,5%).

According to the majority of respondents (86,8%) the appraisal of ethical attitudes should be an element of the appraisal made by management.

According to all respondents, ethical issues should be acknowledged as particularly important while certifying education of nurses-to-be and postgraduate education of nurses.

Conclusions

The analysis of obtained information reveals that nurses:

1. acknowledge the principles of professional ethics to be a vital element of practice,
2. point at its significance in the process of creating positive image of their profession,
3. their own knowledge of ethics estimate mostly as good,
4. point at the connection between professional ethics and professional responsibility,
5. emphasize the importance of ethics education of nurses-to-be notice the necessity of permanent supplementing the knowledge of professional ethics.

Bibliography

1. Dunn H.P., Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów. Wydawnictwo Biblos, Tarnów 1997.
2. Ksykiewicz D., Determinanty a nowe wyzwania w pielęgniarstwie (2). Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2009; 11: 5.
3. Lipiec J., Koło etyczne. Kraków 2005.
4. Olejnik S., Etyka lekarska. Wydawnictwo Unia, Katowice 1995.
5. Pawlica J., Moralność i etyka czyli ustalenie pojęć (w:) J.Pawlica (red.), Etyka. Zarys, praca zbiorowa. Kraków 1992.
6. Rogala-Pawelczyk G. (red.), Problemy etyczno-deontologiczne w pielęgniarstwie. NRPiP, Warszawa 1995.
7. Rogala-Pawelczyk G. (red.), Prawa pacjenta a etyka zawodowa pielęgniarki i położnej. NRPiP, Warszawa 1998.
8. Rogala-Pawelczyk G., Problemy etyki zawodów medycznych (w:) Rogala-Pawelczyk G. (red.), Problemy etyczno-deontologiczne w pielęgniarstwie. NRPiP, Warszawa 1995.
9. Wrońska I., Mariański J., Etyka w pracy pielęgniarstwie. Wydawnictwo Czelaj, Lublin 2002.

METODY DETEKCE NADMĚRNÉHO RŮSTU PLODU V PRŮBĚHU GRAVIDITY

Ludmila Reslerová, Dagmar Moravčíková

Ústav porodní asistence, Fakulta humanitních studií UTB ve Zlíně

Súhrn

Ke zjištění předpokládané hmotnosti plodu v průběhu těhotenství jsou užívány metody klinického a sonografického odhadu velikosti plodu a odhad hmotnosti plodu samotnou těhotnou ženou. Tyto metody usnadní týmu zdravotnických pracovníků navrhnout nejvhodnější postup při vedení porodu.

Klíčová slova: Těhotenství. Prenatální diagnostika. Makrosomie. Porodní hmotnost. Obezita. Gestační diabetes mellitus.

Summary

An estimation of foetus weight by the very women carryng it and methods of clinical and sonographical estimation are used in ordeer to determine the anticipated weight of a foetus during a pregnancy. These methods make it easier for team of medici staff to detemine the mst suitable course of action hen it comesto delivery.

Key words: Pregnancy. Antenatal diagnostics. Macrosomatia. Birth weight. Obesity. Diabetes mellitus.

Úvod

Makrosomie plodu znamená v současnosti velmi častý klinický problém a lze ji jistě označit za problém závažný. Bývá totiž spojena s vysokým rizikem vzniku komplikací jak pro plod, tak pro matku. V České republice dochází k nárůstu hypertrofických plodů, frekvence výskytu se pohybuje mezi 8 - 15 % všech těhotenství. Pro každý nežádoucí stav, onemocnění či odchylku od normy je vždy prioritní zjistit, co přispívá k jejich vzniku, dále jak problém účinně a rychle detekovat, efektivně odstranit, popřípadě jsou-li možnosti nežádoucím stavům předcházet (Caldá, 2007, s. 97).

Růst a vývoj plodu jsou závislé na četných faktorech, mezi které patří tělesná konstituce těhotné ženy, její socioekonomický status, mateřské děložní prostředí, funkčnost

placenty a dostupnost živin pro matku i plod. Je zde i silná spojitost mezi porodní hmotností plodu a délkou těhotenství, hypertrofie plodu však může vzniknout i bez přítomnosti rizikových faktorů (Koliba et al., 2005, s. 21).

Porodníci se po desetiletí snaží zjistit, jak odhalit antenatálně makrosomický plod a jak vybrat vhodnou strategii vedení takového těhotenství a porodu.

Cíle práce

1. Určit velikost chyby ultrazvukové diagnostiky v odhadu hmotnosti makrosomických plodů.
2. Stanovit statistickou významnost mezi hmotností plodu stanovenou pomocí ultrazvuku a hmotností skutečnou.

Soubor, metodika

Výzkum proběhl na Porodnicko-gynekologické klinice ve Fakultní nemocnici Olomouc, sběr dat byl realizován analýzou údajů z porodní knihy, ambulantních karet, těhotenských průkazů a porodopisů 168 (100,00%) žen, které v průběhu roku 2009 porodily plod s hmotností ≥ 4000 g.

Rozborem zdravotnické dokumentace byla zjišťována přítomnost rizikových faktorů podílejících se na vzniku plodové hypertrofie, detekce makrosomie plodu pomocí ultrazvukového přístroje VOLUSON 730 Expert, způsob ukončení těhotenství a přítomnost komplikací během těhotenství a porodu.

Interpretace výsledků

Rizikové faktory podílející se na vzniku makrosomie plodu

Tabulka 1 Rizikové faktory vzniku makrosomie plodu

Rizikový faktor	Incidence makrosomie [%]
Diabetes mellitus matky	5,9
Hmotnost ženy před těhotenstvím > 70 kg	47,8
Nadváha těhotné ženy ($BMI > 25,1 - 30 \text{ kg/m}^2$)	46,1
Obezita těhotné ženy ($BMI > 30,0 \text{ kg/m}^2$)	17,7
Tělesná výška těhotné ženy > 165 cm	68,3
Věk těhotné ženy ≥ 35 let	17,2
Váhový přírůstek > 13 kg	58,0

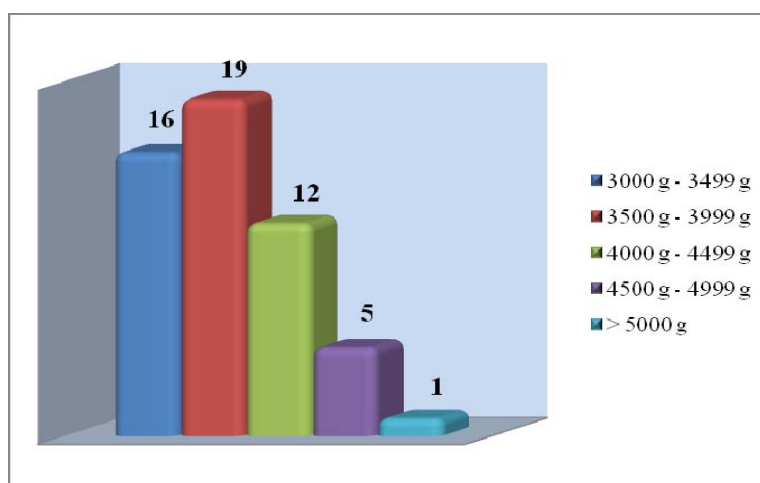
Rizikový faktor	Incidence makrosomie [%]
Váhový prírústek > 15 kg	52,2
Gestační věk > 40 týdnů	58,6
Gestační věk > 41 týdnů	29,0
Multiparita	21,5
Mužské pohlaví plodu	68,3

Odhad hmotnosti plodu pomocí ultrazvuku

Ze zkoumaného souboru 168 (100,0 %) žen byla u 53 (31,5 %) provedena ultrazvuková biometrie ke stanovení porodní hmotnosti plodu. Bylo zjištěno, že u 16 (30,2 %) plodů byla odhadnuta hmotnost v rozmezí 3000 g – 3499 g, u 19 (35,9 %) plodů mezi 3500 g - 3999 g, u 12 (22,6 %) plodů byly stanoveny hmotnosti v rozmezí 4000 g – 4499 g, u 5 (9,4 %) plodů mezi 4500 g – 4999 g a u 1 (1,9 %) plodu byla odhadnuta hmotnost vyšší než 5000 g.

Tabulka 2 Odhad hmotnosti plodu pomocí ultrazvuku

Odhad hmotnosti plodu pomocí ultrazvuku	n_i	f_i (%)
3000 g - 3499 g	16	30,2
3500 g - 3999 g	19	35,9
4000 g - 4499 g	12	22,6
4500 g - 4999 g	5	9,4
> 5000 g	1	1,9
Suma (Σ)	53	100,0



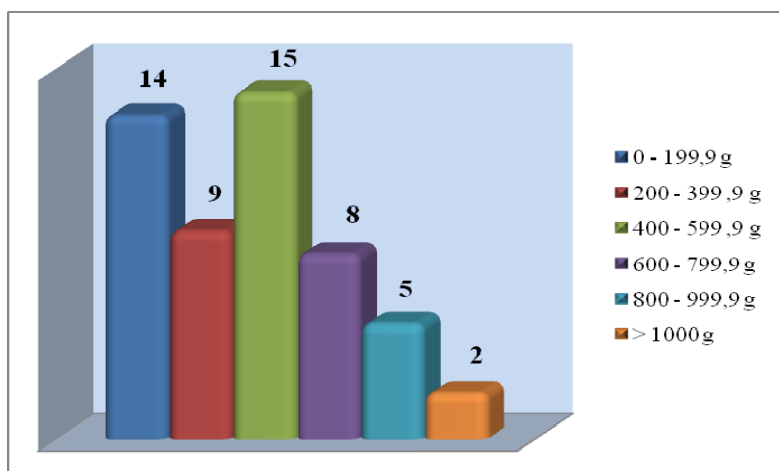
Graf 1 Odhad hmotnosti plodu pomocí ultrazvuku

Velikost chyby sonografického odhadu hmotnosti plodu

Analýzou dat bylo zjištěno, že ve 14 (26,4 %) případech byla chyba měření hmotnosti plodu pomocí ultrazvuku v rozmezí 0 – 199 g, v 9 (17 %) případech mezi 200 – 399 g, v 15 (28,3 %) situacích 400 – 599g, v 8 (15,1 %) 600 – 799 g, v 5 (9,4 %) případech 800 – 999 g a ve 2 (3,8 %) byla chyba měření hmotnosti vyšší než 1000 g.

Tabulka 3 Velikost chyby sonografického odhadu hmotnosti plodu

Velikost chyby sonografického odhadu hmotnosti plodu	n_i	f_i (%)
0 – 199,9 g	14	26,4
200 – 399,9 g	9	17
400 – 599,9 g	15	28,3
600 – 799,9 g	8	15,1
800 – 999,9 g	5	9,4
> 1000	2	3,8
Suma (Σ)	53	100



Graf 2 Velikost chyby sonografického odhadu hmotnosti plodu

Tabulka 4 Velikost chyby odhadní hmotnosti plodu

Velikost chyby odhadní hmotnosti plodu (g)	
Minimum	6,5
Maximum	1268,7
Medián	397,9
Průměr	461,6
Směrodatná odchylka výběru	291,5

Pomocí výpočtu průměru odchylek hmotností stanovených ultrazvukem a hmotností skutečných byla určena **průměrná difference** 318,2 g, tzn., že ultrazvuková metoda dává signifikantně nižší hodnoty porodní hmotnosti vzhledem ke skutečné hmotnosti novorozence. Pro stanovení statistické významnosti mezi předpokládanou hmotností plodu stanovenou pomocí ultrazvuku a hmotností skutečnou byl užit **dvouvýběrový párový Studentův t-test**. Signifikance t-testu byla $p < 0,0001$, tj. velikost chyby odhadu hmotnosti pomocí ultrazvuku není statisticky významná.

Závěr

Z literatury je známo, že porodní hmotnost je silně ovlivňována také socioekonomickými faktory. Z celé řady sociologických studií je zřejmé, že socioekonomické rozdíly v české společnosti se v posledních letech výrazně zvětšovaly, ale relativní rozdíly v příjmu mezi sociálními skupinami jsou v ČR ještě stále menší než v západoevropských zemích.

Nárůst sociálních rozdílů v porodní hmotnosti je nejspíše důsledkem měnících se socioekonomických podmínek rodin a matek. Zvýšená průměrná porodní hmotnost plodu je od roku 1994 pozorována pouze u žen s vyšším vzděláním (Syravátka, Šípek, 2001, s.169). Od roku 1989 také značně vzrostl podíl dětí narozených mimo manželství. Je však možné, že rozhodnutí mít děti u žen ve stanovených kategoriích rodinného stavu bylo závislé na jejich konkrétní sociální situaci, zdrojích sociální podpory a podobně. Děti svobodných matek byly vždy při porodu podstatně lehčí. V poslední době se ve všech evropských zemích a USA zvyšuje počet více méně trvalých soužití muže a ženy bez uskutečněného sňatku. Jejich děti je většinou nesnadné v demografických statistikách oddělit od dětí svobodných matek. Podle cílených výzkumů se zdá, že porodní hmotnost jejich dětí je vyšší než matek osamělých, ale nižší, než matek vdaných (Syravátka, Šípek, 2001, s. 169).

Důležitou úlohu v detekci všech rizikových faktorů, nejen těch, které mají podíl na vzniku makrosomie plodu, zaujímá prenatální péče.

Často již při první návštěvě v prenatální poradně vidáme těhotné ženy s rozvinutými mateřskými komplikacemi nebo dokonce malformacemi plodu, ke kterým by nemuselo dojít, pokud by žena měla řádnou preventivní péči – radu či léčebný výkon – včas, nejlépe ještě před otěhotněním. Již před koncepcí můžeme zjistit přítomnost zdravotně vysoce rizikového prostředí nebo škodlivých návyků, důležitost prekoncepční péče je navíc ještě umocněna faktem, že polovina těhotenství vzniká neplánovaně. První návštěva prenatální poradny proběhne někdy až v 8. gestačním týdnu nebo později, tedy příliš pozdě pro zahájení primární

prevence. Pokud by u všech žen byla součástí prenatální péče i prekoncepční návštěva, mohl by být průběh většiny těhotenství usnadněn. (Henshaw, 2008, s. 24).

Většina rizikových faktorů spojených s plodovou hypertrofií je neovlivnitelná. Jedná se o socioekonomický stav těhotné ženy, úroveň bydlení, životní prostředí, věk rodičů, jejich tělesnou konstituci, počet předchozích porodů matky, pohlaví dítěte a další.

Ovlivnitelné jsou pouze dva faktory:

- nadměrný váhový přírůstek,
- pokročilý gestační věk v termínu porodu.

Obezita, jejíž výskyt ve vyspělých zemích neustále stoupá, je jedním z nejčastějších vysoce rizikových porodnických faktorů. Péče o obézní matky je obecně dražší a děti těchto žen často vyžadují přijetí na neontologickou jednotku intenzivní péče. Ženy trpící nadváhou či podvýživou potřebují dosáhnout optimálního BMI již před těhotenstvím, protože gravidita není vhodnou dobou k restrikci či většímu navýšení denních dávek potravy. V těhotenství je možná jen mírná regulace množství potravy, zvýšená pozornost by měla být věnována skladbě přijímané stravy, zejména tukům a sacharidům.

Je-li potvrzené gestační stáří nezávislým testováním, je třeba promyslet rizika a výhody plánované indukce porodu oproti vyčkávací taktice u těhotných žen v 39. a 40. týdnu těhotenství. Vyčkávací taktika spočívá v pravidelném monitorování plodu až do spontánního začátku porodu, kdy jsou kontrolovány příznaky ohrožení matky nebo plodu. V případě známek ohrožení plodu je indikována indukce porodu nebo císařský řez. Incidence prolongované gravidity závisí částečně na definici a částečně na přesném stanovení gestačního stáří.

Světová zdravotnická organizace (SZO) a Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO) definovala prolongovanou graviditu jako těhotenství trvající 42 dokončených týdnů nebo déle. Za hranici prodlouženého těhotenství je někdy definováno období 41 týdnů, občas 43 týdnů. Incidence se bude lišit v závislosti na faktorech, jako je populační variabilita, frekvence předčasných porodů, indukovaných porodů, plánovaných císařských řezů a užití ultrazvuku při dataci gestačního stáří. Těhotenství trvající 42 týdnů se u žen vyskytuje přibližně ve 3 až 14% a 2 až 7% těhotných dospěje do 43. týdne těhotenství. Rozdíl je způsoben tím, zda je upřesňován očekávaný termín porodu na základě ultrazvukového vyšetření, nejlépe koncem I. trimestru. V této skupině, kde je stáří plodu stanoveno s velkou spolehlivostí, je nejmenší výskyt prodloužených těhotenství.

Druhým krokem je adekvátní systém péče, který co nejlépe zajistí sledování stavu těhotné i plodu a bezpečné ukončení fyziologicky probíhajícího těhotenství. Neobjeví-li se při

ambulantním sledování známky ohrožení plodu nebo neporodí-li žena spontánně, je 10. den po očekávaném termínu porodu přijata k hospitalizaci a porod je indukován. V této metodice není bohužel do rozhodovacího procesu zapojena sama rodička, protože k jejímu přání vyčkávat či adekvátně ukončit potermínové těhotenství se – až na výjimky – nepřihlíží.

Diagnostika makrosomického plodu před porodem je obtížná, a to bez ohledu na to, kterou z metod určení porodní hmotnosti zvolíme. Při nadměrné hmotnosti plodu jsou hlavní rizika soustředěna na období porodu a týkají se jak matky, tak novorozence. V období těhotenství jsou rizika méně významná a nebezpečná. Při nadměrné hmotnosti plodu jsou častější nepravidelnosti naléhání plodu.

Hmotnost plodu, tvar a velikost pánve a síla děložních kontrakcí patří mezi nedílné součásti porodního děje. Lékaři se kombinovaným abdominálním a vaginálním vyšetřením snaží zhodnotit všechny zmiňované faktory ovlivňující průběh porodu a tím i předpovědět výsledek porodu. Dostupnost ultrazvukových přístrojů na většině porodních sálů je velmi dobrá, takže může rutinní používání ultrazvukového měření u žen v termínu porodu pomoci lépe stanovit management porodu a přispět k rozhodování o jeho vedení.

Identifikace makrosomického plodu je mimořádně důležitá, protože umožňuje porodníkům i ostatním členům porodnického týmu včas se připravit na případné komplikace, jakými jsou protrahovaný porod, operativní ukončení porodu, poranění porodních cest matky nebo dystokie ramének plodu. V klinické praxi je doporučováno primární vedení porodu císařským řezem u plodů s odhadem hmotnosti plodu $> 5\,000$ g u nediabetických matek, u matek – diabetiček $> 4\,500$ g. Při zvažování způsobu vedení porodu musíme vždy zhodnotit rizikové faktory makrosomie a pánevní rozměry matky. Při jakémkoliv podezření na nadměrný růst plodu musíme přísněji monitorovat průběh porodu, zavčas a uvážlivě indikovat operativní ukončení porodu.

Seznam bibliografických odkazů

1. CALDA, P. et al. 2007. *Ultrazvuková diagnostika v těhotenství: pro praxi*. 1. vyd. Praha: Aprofema, 2007. 268 s. ISBN 978-80-903706-1-6.
2. HENSHAW, S. K. 2008. Unintended pregnancy in the United States. *Fam Plann Perspect.* 2008;30:24-29.
3. KOLIBA, P. et al. 2005. *Základy ultrazvukové diagnostiky v porodnictví a gynekologii pro porodní asistentky*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 62 s. ISBN 80-7368-051-3.
4. SYROVÁTKA, A., ŠÍPEK, A. 2001. Struktura živě narozených novorozenců podle porodní hmotnosti a jejich novorozenecká a kojenecká úmrtnost ve druhé polovině 20. století v České republice. Praha: *Česko-slovenská pediatrie*. roč. 56/2001, s. 167-173.

SESTRA A ETIKA PUBLIKAČNÍ ČINNOSTI

Petr Snopek¹, Eva Červeňanová², Silvie Treterová¹

¹Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií,
Ústav ošetrovatelství,

²Fakulta zdravotníctva, Trenčianská univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Súhrn

Vývoj profese ošetrovatelky, potažmo všeobecné sestry, přes veškerá úskalí a překážky urazil kus cesty. Ošetrovatelství na prahu 21. století změnilo svou tvář. Sestra se stala samostatným pracovníkem. A tak se dnes i od sestry, jako od každého jiného profesionála očekává, že bude taktéž přispívat do fondu odborných poznatků. Pravděpodobně jednou z nejdůležitějších forem přispívání do fondu odborných poznatků, je publikační činnost. Přitom vůbec nerozhoduje, zda publikační činnost má formát regionální, národní či světový. Proto je nutné aby se i zdravotnický profesionál zabýval publikační etikou nad jejímiž souvislostmi se autoři ve svém příspěvku zamýšlejí.

Klíčová slova: Sestra. Etika. Publikační činnost.

Summary

The development of the profession of health-carers as well as nurses has covered much ground in the past years. At the beginning of 21ST century nursing had suffered big changes. The nurse became an independent worker. Hence nowadays it is widely expected that nurses like the other professionals would actively participate to the funds of professional findings. The most important part of the contribution is publishing. It does not matter if publishing is on the regional, national or international level. Therefore it is important for healthcare-professionals to concern with ethics in publishing and that is why the authors are thinking about it in this paper.

Key words: Nurse. Ethics. Publications.

Úvod

„Svoboda je vždy ohrožována tím, že se zvrhne ve svévoli, není-li držena na uzdě odpovědnosti.“

V. E. Frankl

Metodika

Informační etika se úzce či široce dotýká mnoha profesí a oblastí, ošetrovatelství nevyjímaje. Autoři příspěvku svým sdělením chtějí upozornit a diskutovat o nutnosti uvědomění si etických souvislostí spojených s publikační činností, která je relevantní součástí práce zdravotnického pracovníka.

Lidé měli od pradávna potřebu si předávat informace. Pregnantní, stručné a logické úsloví „Work – Finish – Publish“, tj. pracuj, dokončuj a publikuj přičítané britskému fyzikovi a chemikovi Michaelu Faradayovi, tuto skutečnost jen potvrzuje.

Každý obor a tedy i moderní profesionální ošetrovatelství nevyjímaje, je postaveno na několika pilířích. Především na holistickém přístupu s orientací na ošetrovatelské problémy a potřeby pacienta ale i jeho rodiny či komunity, na metodě ošetrovatelského procesu, na kvalitě a bezpečnosti péče a také na ošetrovatelské praxi založené na důkazech (Staňková 2001). Obor se však může rozvíjet jen tehdy, jsou-li tyto komponenty propojeny dobře fungujícím informačním kanálem. Tedy jen tehdy, kdy teorie, výzkum a vlastní ošetrovatelská praxe je dobře propojena, může pacient z ošetrovatelské péče maximálně profitovat. Všeobecná sestra (dále jen sestra) svým profesionálním působením ani v minulosti a ani dnes nezastává pouze jednu roli ale vždy jde o roli více. Sestra je poskytovatelkou ošetrovatelské péče, je sestrou manažerkou, advokátkou, mentorkou, edukátorkou a také výzkumnicí. V dnešní době, kdy současná společnost bývá nazývána společností informační je sestra postavena taktéž do role tvůrce a zprostředkovatele informací, je proto důležité aby se zdravotnický profesionál zabýval etickou rovinou i v této souvislosti.

Pro společenské vědy je typické opírat své bádání o práce jiných autorů, které se stávají svého druhu datovým materiálem, jež autoři odborných textů analyzují, o něž opírají svá tvrzení apod. Při psaní odborného textu se proto jen zřídka vyhneme nutnosti zprostředkovat čtenáři myšlenky a tvrzení jiných autorů. V této souvislosti by měl každý text vyhovět několika zásadám, které by autor odborného či jiného textu při jejich psaní měl mít neustále na paměti:

- **Uvádět všechny zdroje** z nichž autor čerpal – dle autorského zákona, je povinností autora uvést pramen z něhož čerpal.

- **Nezveřejňovat zkreslená či vymyšlená fakta** – na začátku výzkumného šetření vytváříme vždy hypotézu, jakých výsledků dosáhneme. Nikdy bychom neměli výsledky měnit, nevynechávat žádná data, jen abychom dosáhli konečného výsledku, jenž by souhlasil s naší hypotézou. Pakliže tak učiníme, nejenže vytváříme falzifikát, ale riskujeme použití našich výsledků jinými odborníky. Nejenže bychom záporně ovlivnili jejich závěry ale například v lékařství nebo ošetrovatelství by mohlo dojít i k ohrožení zdraví pacientů.
- Vyvarovat se redundantnímu respektive **duplikovanému publikování** textu.
- Při vzdělávání zdravotnických pracovníků a teď nemáme na mysli pouze studenty studijních programů ošetrovatelství, ale všechny studenty studující studijní obory zdravotnické, psychologické, sociální apod., ať už na školách vysokých, vyšších odborných či středních, kde jsou velmi často využívány ve výuce ale i v rámci zhodnocení orientace studenta v probírané problematice vypracovávány případové studie, respektive kasuistiky, které jsou jakýmsi popisem nebo výkladem konkrétních případů. Součástí těchto prací jsou osobní údaje klientů/pacientů. Z těchto důvodů je nutné **zachovávat anonymitu a soukromí** osob zúčastněných v šetření. Absolutní anonymitu lze zabezpečit jen velmi těžce, například překrytí oblasti očí na fotografii pacienta (klienta) není dostatečnou zárukou zachování anonymity. Je-li součástí textu výsledek nějakého pokusu, výzkumu, zásadně nezveřejňujeme žádná osobní data zúčastněných bez jejich informovaného souhlasu.
- Autoři především odborných textů jsou vázáni povinností **správně citovat**, to především z morální příčiny, aby nevydávali cizí myšlenky za vlastní.
- Vyhnout se **plagiátorství** nebo-li nedovolenému publikování cizích, ať už zveřejněných či nezveřejněných myšlenek, poznatků apod.

Velké množství autorů, především z řad studentů, si nebývá jisto tím, co lze považovat za obecně známá fakta a původní myšlenky, které lze uvádět bez odkazů. Obecně známá fakta můžeme rozdělit do několika základních skupin:

- **Neoddiskutovatelné události**, což jsou události o kterých se všeobecně ví a lze o nich snadno nalézt nějaký doklad. Především to jsou významné historické události nebo naopak události nedávné, publikované masově ve sdělovacích prostředcích.
- **Vše, co se považujeme za součást všeobecného vzdělání.** V obecné rovině konstatovat, zda tato určitá fakta jsou součástí obecných vědomostí není vůbec jednoduché. O obecně známá fakta jde jen v povšechném vyjádření. Pokud

bychom uváděli konkrétní údaj, zjištěný při posledním sčítání lidu, museli bychom odkázat na zdroj odkud jsme tuto informaci získali.

- **Základní poznatky daného oboru.** Pro odborníka velmi snadné rozhodnutí, co patří k obecným nebo známým faktům v rámci oboru. V zásadě to jsou ty, které jsou uvedeny v základních publikacích. V oboru ošetrovatelství je příkladně všeobecně známo, že Florence Nightingalová byla průkopnicí ošetrovatelské péče.

Mimo tyto uvedené, elementární zásady publikační etiky jsou jednou z dalších možných etických dilemat korespondujících s publikační činností – klientské příběhy. Klientské příběhy jsou účinné a velmi oblíbené prostředky k propagaci činností neziskových organizací. V dnešní době, neziskové organizace trpí chronickým nedostatkem finančních prostředků k provozování své činnosti. Různé granty rozpočet těchto organizací zcela nenaplní a tak jsou tyto organizace nuceny obracet se na potencionální sponzory. Musí jim však nabídnout něco, co by je k finanční podpoře motivovalo. Dojemný životní příběh některého z klientů organizace, společně s prosbou o finanční podporu patří k nejúčinnějším. Je potřebné si uvědomit, že publikování klientských příběhů je velmi citelným zásahem do soukromí klienta. Navíc může tento zásah přinést velmi nepříjemné důsledky, přinejmenším např. ve formě slovních útoků na veřejnosti apod.

Závěr

Zajišťovat hmotné i nehmotné potřeby nutné k existenci a všestrannému rozvoji lidské společnosti nelze bez využívání fondu odborných poznatků. Ošetrovatelské (odborné) časopisy mají velký vliv na rozvoj ošetrovatelství, především na ošetrovatelskou praxi. Je proto nezbytně nutné aby sestry, nejen z akademického prostředí ale i z praxe, byly aktivní v publikační činnosti. Musí mít však na paměti, že předávání informací vyžaduje nejen určitou profesní dovednost, ale i etický přístup. Eticky správné zacházení s informacemi tak povede k lepšímu využití jejich výsledků ve prospěch oboru i společnosti.

Seznam bibliografických odkazů

1. JANOŠ, Karel. Informační etika: Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Katedra informačních studií a knihovnictví, 1993.134 s.
2. Ministerstvo kultury České republiky. *Autorské právo: časté dotazy*. Dostupný z WWW: <<http://www.mkcr.cz/scripts/detail.php?id=508>>.

3. MEŠKO, D. et al.: Akademická příručka. Martin: Osveta 2006. 481 s. ISBN80-8063-219-7.
4. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 11: sestra reprezentant profese*. 1.vyd.Brno: IDVPZ, 2002.7 8 s. ISBN 80-7013-368-6.
5. STAŇKOVÁ, M. Přínosy a rizika publikační činnosti sester. Sestra. 2001, 5658, 2, s. 7-8.
6. ŠANDEROVÁ, Jadwiga . *Jak číst a psát odborný text ve společenských vědách*. Praha : 1 vyd. Sociologické nakladatelství, 2005. 209 s. ISBN 80-86429-40-7.

Kontaktní adresa prvního autora

Mgr. Petr Snopek, DiS.

Ústav ošetřovatelství

Institut zdravotnických studií

Fakulta humanitních studií UTB ve Zlíně

Mostní 5139

760 01 Zlín

E-mail: snopek@fhs.utb.cz

SESTRA A „OBTÍŽNÝ“ KLIENT

Monika Štecová, Martina Cichá

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií,
Ústav aplikovaných společenských věd

Súhrn

Ve zdravotnické praxi, při kontaktu zdravotníka s klientem, existuje mnoho situací, které by se daly označit za obtížné. S těmito situacemi se zdravotníci musejí umět vyrovnat, musí je zvládat a správně v nich reagovat. Důležité je být na netypické chování klientů připraven. Příspěvek se zabývá problematikou obtížných klientů v ošetrovatelské praxi. Od sestry - profesionálky se právem očekává jednání, jež je adekvátní dané situaci, s ohledem na individualitu klientů, pochopení nejrozumnějších reakcí nemocného, které je v určitých situacích možné považovat za přirozené. Obecně lze říci, že „obtížný“ je klient, který je náročnější pro spolupráci ve srovnání s ostatními klienty. Je však jisté, že v hodnocení „obtížnosti“ klienta hraje významnou roli celá řada faktorů. Tyto faktory působí jak ze strany klienta samotného, tak ze strany toho, kdo jej hodnotí. Hodnocení je tedy více či méně subjektivní. Záměrem příspěvku je upozornit na klienty (situace při kontaktu s klienty), které lze označit za „obtížné“ a v rámci možností sestrám poradit, jak k nim profesionálně přistupovat.

Klíčová slova: Etika. „Obtížný klient“. Sestra. Empatie. Komunikace.

Summary

There are many situations in medical practice that could be identified as difficult when referring to a contact between medical practitioner and a client. Medical practitioners need to know how to deal with such situations, need to know how to handle them, and how to respond correctly. It is important to be prepared for an untypical behavior of clients. The article deals with the issue of difficult clients in the practice of medical nurses. It is expected from a professional nurse, - and rightly so, that she will act adequately to a given situation, with regard to the individuality of clients, and with the understanding of varying reactions of the ill, which could be considered natural in certain situations. Generally, it is possible to say that „difficult“ is a client who is more demanding in terms of cooperation when compared to other clients. It is clear, however, that many factors are involved in evaluating how „difficult“ the

client is. These factors actuate from the client himself, but also from the person who is evaluating the client. Hence, the evaluation is more or less subjective. The intent of the article is to call attention to clients (situations ensuing in contact with clients) that could be identified as „difficult“, and to provide some advice to nurses about how to handle them professionally.

Key words: Ethics. „Difficult client“. Nurse. Empathy. Communication.

Motto: „Nikoli pohoršovat se, nikoli divit se, ale chápat!“ Baruch Spinoza

Úvod

Jako i jiní pracovníci ve zdravotnictví, setkávají se i sestry při výkonu své profese s různými osobnostními typy klientů a jejich rodinných příslušníků, s různými situacemi při kontaktu s nimi, které jsou pro sestry více či méně náročné. S ohledem na sesterskou profesionalitu je od sester nutné vyžadovat v první řadě empatický přístup k nemocnému a jeho blízkým, pochopení náročnosti situace, v níž se nemocný a jeho blízcí nacházejí, s ohledem na jejich individualitu, na zcela specifické, osobité prožívání náročných situací, jimiž úraz, nemoc a její následky, též pobyt ve zdravotnickém zařízení jsou.

Cíl práce

Cílem práce je upozornit na klienty (situace při kontaktu s klienty), které lze označit za „obtížné“ a v rámci možností sestrám poradit, jak k těmto klientům (těmto situacím) profesionálně přistupovat.

Metodika

Práce má převážně teoretický charakter. Autorky definují pojem „obtížný“ klient, zabývají se faktory ovlivňujícími hodnocení „obtížných“ klientů, a to jak ze strany sestry, tak ze strany klienta, dávají doporučení, jak přistupovat k „obtížným“ klientům, se zvláštním důrazem na komunikaci s odlišnými typy „obtížných“ klientů.

Pojem „obtížný“ klient je používán nejen ve zdravotnictví, ale také v terminologii dalších pomáhajících profesí, např. sociálního pracovníka. Obecně lze říci, že „obtížný“ klient je takový klient, který je pro zdravotníky při kontaktu náročnější v porovnání s ostatními klienty.

Je obtížnější s ním spolupracovat, ve snaze dosáhnout domluvy je třeba vynaložit větší úsilí, časté jsou negativní emoce, většinou na „obou stranách“.

Jako „obtížné“ hodnotíme situace, věci či osoby, které se vymykají našemu pojetí normy, tedy které nekorespondují s tím, co běžně označujeme jako „normální“. Rozlišení toho, co je ještě normální, a co je již odchylkou od normy je velmi náročné a nejednoznačné. Hranice mezi normalitou a abnormalitou je vágní a proměnlivá. „Obtížní“ klienti se tedy jako skupina dají popsat jen velmi obtížně. Mohou se projevovat různými vlastnostmi a jejich charakteristiky nemusejí mít mnoho společných znaků.

Hodnocení obtížných situací ve vztahu sestra – klient závisí na spoustě faktorů. Dá se tedy říci, že pro každou osobu je typické individuální a více či méně subjektivní vnímání každé situace, jichž je při kontaktu sestry s nemocným bezpočet. Kritika, která zaznívá proti pojmu „obtížný“ klient poukazuje na skutečnost, že toto označení dává všichni vinu klientovi. Vyplyvá z něj, že „obtížný“ je klient, nikoli situace nebo vztah, které se ho týkají. Odebírá odpovědnost z hodnotitele (v našem případě sestry) a popírá významné faktory působící i z jeho strany. *„Pacienti sami o sobě nejsou obtížní. Obtížné mohou být spíše vztahy mezi lékařem (sestrou) a pacientem – a často také bývají“* (Schwenk a kol., in Baštecká, 2003, s. 250-251).

V hodnocení zda klient je „obtížný“ nebo není, hraje významnou roli celá řada faktorů. Tyto faktory působí jak ze strany klienta samotného, tak ze strany toho, kdo jej hodnotí, v tomto případě sestry.

Hodnocení klientů a jejich zařazení sestrou do skupiny „obtížných“ klientů závisí na mnoha **faktorech ze strany sestry**.

V první řadě je to **osobnost sestry**. Pokud se přidržíme typologie osobnosti podle Hippokrata, zjistíme, že každý z uvedených typů osobnosti má typické charakterové vlastnosti. Rozdílně tedy bude reagovat člověk spíše labilněji založený, jinak jedinec spíše se stabilním osobnostním základem. Jiné reakce a chování můžeme čekat od extroverta, jiné od introverta.

Významnou roli sehrává též **dosavadní zkušenost**. Zkušenost je poznání, které přichází z prostředí „vně“ člověka, prostřednictvím činnosti, pozorování a pokusů (Hartl, 2004, s. 289). Naše zkušenosti s lidmi, bezpodmínečně ovlivňují další události. Jak pozitivně, tak negativně. V pozitivním slova smyslu jde o to, že již víme nebo máme povědomí o tom, jak se chovat, jak jednotlivé situace řešit nebo se k nim postavit. Můžeme však být ovlivněni též takovým způsobem, že si již předem vytváříme představu toho nejhoršího, co se může stát a podle toho také reagujeme, i když situace nemusí být vůbec tak zlá.

Tedy, neméně důležité je **naše očekávání**. Každý máme jistě nějaké očekávání od lidí kolem sebe, jak od lidí, kteří nás obklopují v osobním životě, tak od kolegů v práci, stejně tak od klientů (stále, samozřejmě, hovoříme o vztahu sestra - klient). Máme představu jakéhosi „ideálu“, kterou ovšem řada klientů nenaplnuje nebo se k němu možná ani neblíží.

Významnou roli sehrává též naše **míra tolerance**. Tolerance má subjektivní stránku. Běžně je definována jako schopnost snášet něco, co jedinci není úplně příjemné. Každý jinak snáší různé působící subjekty, různé povahové rysy a charakterové vlastnosti těch druhých.

Důležitý je též náš **aktuální stav**. Máme na mysli aktuální náladu sestry, její pocity, její duševní i fyzické rozpoložení.

Svou roli může sehrát rovněž **nedostatek informací či znalostí**. Jinak může na „obtížného“ klienta reagovat sestra, která má značné vědomosti z oblasti psychologie nemoci, která dokáže rozumět pocitům hospitalizovaného nebo nemocného člověka než sestra, která má těchto znalostí méně.

Z výše uvedeného plyne, že **míra „obtížnosti“ klienta** není závislá jen na klientovi samotném. V hodnocení hraje významnou roli celá řada faktorů, působících též ze strany sestry, která zde vystupuje jako „hodnotitel“.

Nyní se zaměříme na faktory působící ze strany klienta.

Je to především **osobnost klienta**. Každý z nás se již nejednou setkal s člověkem, jehož povaha mu jednoduše „neseděla“. Totéž platí ve vztahu sestra – klient. I osobnostní vlastnosti klienta mohou napomoci tomu, že klient od sestry získá označení „obtížný“.

Svou roli sehrává též **momentální nálada klienta**. Klient, ať už má osobnostní vlastnosti jakékoli, může mít během kontaktu se zdravotníky různé nálady, od veselí, přes apatii, až po depresi či agresivitu. Některé z jeho nálad mohou sestru více či méně iritovat, tedy přispívat k hodnocení klienta jako „obtížného“.

Neméně významná je **míra spolupráce ze strany klienta**. Bez ohledu na jiné faktory hraje faktor spolupráce významnou roli ve vztahu sestry a klienta. Může se stát, že klient, ač jindy milý a vstřícný, se z nějakých důvodů rozhodne se zdravotnickým personálem nespolupracovat.

Faktorů z klientovy strany, které mohou potencovat jeho „obtížnost“ je jistě více. Vždy však výsledně záleží na hodnotiteli, které z těchto faktorů a jak intenzivně vnímá on sám.

Kdo je tedy pro sestry „obtížným“ klientem?

Během empirického šetření (Štecová, Cichá, 2010), které probíhalo mezi sestrami v dvou nemocničních zařízeních, na různých typech oddělení, udával vzorek sester (80), jež se tohoto šetření účastnil jako „obtížného“ klienta nejčastěji klienta agresivního, dále klienta závislého

na alkoholu a poté klienta neochotného spolupracovat. Následoval klient s demencí, a poté klient „neustále se na něco dotazující“ či „neustále si na něco stěžující“.

Neznámé či jakýmkoli způsobem náročné situace mohou vyvolávat strach či obavy. V již zmiňovaném výzkumném šetření udávalo více než 90 % respondentů, že při ošetřování „obtížných klientů“ prožívají strach, a to strach z verbálního či fyzického napadení, ze zvýšené fyzické či psychické zátěže nebo obavy plynoucí ze zvýšených nároků na ošetrovatelskou péči.

Nyní se nabízí otázka, **jak přistupovat k „obtížným“ klientům?**

Svatošová (2008, s. 18-19) ve své publikaci píše, že nemocný má právo reagovat na novou situaci i agresí, úzkostí, depresí, zmateností, poruchami chování apod. Nepřipravené okolí obvykle reaguje na takové pacientovy projevy negativně, což jeho agresivitu či jinou reakci dále stupňuje. Zato dobře připravené okolí zvládne vzniklou situaci mnohem lépe a může být nemocnému obrovskou oporou a pomocí. Autorka se zabývá převážně problematikou onkologických onemocnění a reakcí na ně. I s těmito stavy se v nemocnicích setkáváme. Ovšem ne jen onkologická diagnóza může vyvolat velmi negativní pocity a s nimi spojené negativní reakce. Tyto reakce je tedy možné v jistých situacích označit za přirozené. Jinými slovy, pacient na ně má nárok. Ale pochopení ze strany zdravotníků vždy pravidlem nebývá. Často je tomu právě naopak. Klient, který se svým vlastním způsobem vyrovnává s nově vzniklou, často velmi obtížnou situací, a vymyká se normám, které jsou od klientů očekávány ze strany zdravotnického personálu, je velmi často označen za „problémového“ nebo „obtížného“.

V této souvislosti si dovolíme nabídnout obecná **doporučení pro komunikaci s „obtížným“ klientem**. Vycházejí ze studia literatury, z všeobecně známých zásad a pravidel pro komunikaci zdravotníka s klientem, ze znalostí získaných ze zkušeností jiných zdravotníků, též našich zkušeností. Přitom se přidržíme zažitých označení „obtížných“ klientů, tak jak je samy sestry vnímají.

„Agresivní“ klient:

- Zachovejte klid, nezvyšujte hlas.
- Nereagujte na agresi agresivitou. Nenechejte se vyprovokovat.
- Akceptujte hněv, např.: „Vidím, že se zlobíte“.
- Zjistěte, o co klientovi opravdu jde, soustřeďte se na příčinu, projeďte zájem.
- Nechejte klienta vypovídat, po ventilaci pocitů může být otevřený ke konstruktivnějšímu způsobu jednání. Nepřerušujte jej, když mluví.
- Můžete vyjádřit nesouhlas s nevhodným chováním, nikoli s klientem.

- Udržujte od klienta bezpečnou vzdálenost, respektujte jeho osobní prostor.
- Neotáčejte se ke klientovi zády.
- Dbejte na svůj vlastní postoj. Neměl by působit arogantně či agresivně (např. ruce v bok, ruce v kapsách).
- Vystupujte klidně, nedělejte prudké pohyby.
- Nechejte si otevřenou únikovou cestu.
- Nikdy nezačněte také křičet, např.: „Proč na mě řvete? Kde si myslíte, že jste?!“.
- Neponižujte nebo „neshazujte“ klienta, např.: „Podívejte se na sebe! Chováte se jako malé dítě“.
- Neberte si agrese klienta, ani to co v záchvatu agrese řekl osobně. Zpravidla to nejste vy, na koho se zlobí.
- Pokud jste však vyvolávajícím podnětem Vy, je na místě se omluvit.
- V případě nutnosti volejte o pomoc.

Asertivní techniky:

- Technika pokažené gramodesky – bez vysvětlování nebo omlouvání opakujte svůj pokyn.
- Technika otevírání dveří – akceptujte klientovy výčitky a kritiku, tím se agrese zmírňuje, např.: Klient: „Nic tady nefunguje, jak by mělo“. Sestra: „Máte pravdu, není tady všechno v pořádku. Potřebovali bychom více lidí“.
- Technika sebeotevření – hovořte o svých pocitech při útoku klienta, např.: „To co teď říkáte, se mě dotýká“. „Je mi líto, že si tohle myslíte“.

„Depresivní“ klient:

- Pokud se klient rozhodne mluvit – pozorně naslouchejte, zajistěte dostatek času na rozhovor, rozhovor ved'te v klidném tempu, nechejte jej vypovídat.
- Projevte pochopení – klient může být „takový, jaký je“.
- Podporujte aktivitu a samostatnost klienta.
- Podporujte a zajistěte možnost sociálních kontaktů.
- Podávejte přesné informace, tím klient získává pocit kontroly nad situací a může se zmírnit jeho úzkost.
- Věnujte pozornost přípravě na diagnostické a terapeutické výkony.
- Neříkejte prázdné optimistické fráze typu: „To bude dobré“.
- Nepoužívejte věty jako: „Vzpamatujte se“ nebo „Nemluvte hlouposti, není to tak hrozné“.
- Neaplikujte rodičovský přístup, dominanci – klient musí být partnerem.

- Nevyhýbejte se rozhovoru – zvýšíte tím klientovu úzkost.
- Pokud klient naznačí možnost sebevraždy a je ochoten o tom mluvit, nevyhýbejte se tomu. V takové situaci je však již nutné vyhledat odbornou pomoc. Je vaší povinností informovat lékaře, který zajistí kontakt s klinickým psychologem nebo psychiatrem.

„Úzkostný“ klient:

- Vnímejte projevy úzkosti.
- Projevte zájem a pochopení.
- Mluvte klidně, pomalu, nespěchejte.
- Pokuste se identifikovat úzkost klienta, případně ji redukovat.
- Pomáhejte při ventilaci emocí, např.: „Bojíte se, že to vyšetření špatně dopadne?“.
- Podporujte aktivitu klienta.
- Poskytujte přiměřené množství informací, klient tím získává pocit kontroly nad situací a jeho úzkost se může zmírnit.
- Pokuste se o poučení o situaci a podporu.
- Neudržujte přímý zrakový kontakt.
- Nebud'te útoční, když si klient začne stěžovat.
- „Netlačte“ na rozhodnutí nebo vyjádření klienta.
- Nepoužívejte fráze typu: „Seberte se“.
- Nepoužívejte ponižující věty, např.: „Chlap jak hora a neumí se přemot“.
- Nepoužívejte fráze ignorující úzkost, např.: „Ale to nic nebude“.
- Neaplikujte rodičovský přístup – klient je partner.
- Nikdy neignorujte úzkost.

Klient s „pedantskými sklony“:

- Udržujte s klientem zrakový kontakt.
- Komunikujte klidně a věcně.
- Odpovídejte ochotně a stručně.
- Podle možností nenarušujte klientův denní rytmus.
- Vyvarujte se striktních nařízení a příkazů.

„Manipulativní“ klient:

- Pokuste se najít zdroj obav klienta.
- Stanovte pevné hranice, jasné instrukce, jasná pravidla.
- Jednoznačně verbálně i neverbálně odmítněte manipulační snahy klienta.
- Mluvte klidně, přívětivě, ale jasně a stručně.
- Nenechejte se klientem ovlivnit, nepropadejte pocitům viny.

Závěr

Obyčejně lze říci, že nás nejvíce zaskočí to, na co nejsme připraveni, to, s čím nepočítáme. Takové situace či takoví klienti bývají tedy zpravidla méně pochopeni ze strany zdravotnického personálu, sestry nevyjímaje.

Někteří klienti jsou možná za „problematické“ či „obtížné“ považováni oprávněně - na základě nějakého faktoru působícího z jejich strany. Je třeba se na věci dívat z pohledu obou stran, tedy jak zdravotníků, tak klientů. Vzhledem k tomu, že zdravotníci jsou zde pro klienty, nikoli naopak, měla by být pocitům klienta věnována větší pozornost. A ze strany zdravotnického personálu by mělo být vyvinuto maximální úsilí o dobrou spolupráci. Vhodným, správným přístupem lze dokázat mnohé. Je jisté, že etické zásady hlásat je něco jiného než je ctít a dodržovat. Mezi slovy a činy bývá často velká propast. K tomu, abychom o etických zásadách mluvili nám stačí přečíst si knihu, která se toho týká, ovšem uvést tyto ušlechtilé zásady do reality všedního života a vlastního chování vyžaduje mnohem více času, mnohem více odhodlání, úsilí a vůle. A právě při kontaktu s klienty, kteří se dají označit jako z nějakého důvodu „obtížní“ je toto úsilí a vůle ze strany sestry zásadní. Je třeba si uvědomit, že jde o nezbytnou součást profesionality, o kterou by každé sestře mělo jít.

Seznam bibliografických odkazů:

1. BAŠTECKÁ, B. a kol. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
2. HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. 312 s. ISBN 80-7178-803-1.
3. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.
4. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
5. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. doplněné vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.
6. ŠTECOVÁ, M. *Etika při ošetřování tzv. obtížných klientů*. Bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií, 2010. 108 s. Vedoucí bakalářské práce: CICHÁ, M.
7. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

ETICKÉ ASPEKTY V PÉČI V DOMOVĚ PRO SENIORY

Silvie Treterová, Petr Snopek, Anna Krátká

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií,
Ústav ošetrovatelství

Súhrn

Podle demografických údajů lidská populace stárne, počet seniorů se zvyšuje. Stoupá počet domovů pro seniory a velká pozornost se věnuje službám poskytovaným v těchto zařízeních. Autoři se v příspěvku zamýšlejí nad etickými aspekty ošetrovatelské péče. V domovech seniorů není možné se starat o klienty pouze podle předpisů a norem, záleží velmi na etice, chování, trpělivosti a obětavosti. O stare lidi by mělo být pečováno ve smyslu etického kodexu, jehož účelem je stanovení standardů chování zaměstnanců, soubor norem. Při poskytování péče je nutné dodržovat řadu etických zásad, jako jsou lidské práva, respektování jedinečnosti a důstojnosti každého člověka a další. Autoři upozorňují na oblasti, kde k porušování etických zásad při péči o seniory dochází a navrhují možnosti řešení.

Klíčová slova: Domov pro seniory. Etika. Chování. Péče. Senior.

Summary

According to the demographic data human population grows older. As a quantity of nursing homes is concurrently growing with increasing number of seniors high attention is paid to the quality of the delivered service. Authors of the thesis focus on ethical aspect of care in these facilities. Services in nursing homes should depend not only on regulations and standards, emphasis should be placed on ethics, behavior, patience and dedication. Client-care should be based on ethical codex - defined standards of staff behavior. It is necessary to follow ethical principles such as human rights, respect of individuality and dignity of human being. Authors decided to address the areas where ethical standards are not followed accordingly and suggest the solution.

Key words: Nursing home. Ethics. Behavior. Care. Senior.

Úvod

Naše populace stárne. Senioři se stávají velmi silnou skupinou a jejich počet bude i nadále stoupat. Prodlužuje se i délka života, setkáváme s velmi starými seniory, nad 85 let a více. Dodržování etických aspektů při pečování a ošetřování není opomíjené jen u seniorů, ale právě tato společenská skupina je nejzranitelnější, v této souvislosti mluvíme o „křehkosti seniorů. Počet zařízení poskytujících péči seniorům se zvyšuje a velká pozornost se klade na kvalitu poskytovaných služeb. V domovech seniorů není možné řídit péči pouze podle předpisů a norem, je důležitá i stránka lidského, etického přístupu. Při poskytování péče je nutné dodržovat řadu etických zásad, jako jsou lidská práva, respektování jedinečnosti a důstojnosti každého člověka. I když se neustále hovoří o individuálním přístupu, ze zkušenosti víme, že tomu tak není. Při péči o naše klienty v domovech pro seniory se ošetřující personál stále ještě zaměřuje spíše na úkoly a výkony, než na člověka. A tak se stává senior objektem naší péče a ne partnerem podílejícím se na rozhodování o své osobě.

V běžném životě důstojnost spojujeme s úctou, autonomií, osobní ctí a schopností o sobě rozhodovat. Očekáváme, že se k nám naše okolí bude chovat s úctou, a pokud tomu tak není, pak se snažíme si tuto úctu získat svým chováním. Problém nastává v okamžiku, kdy se nějakým způsobem stáváme závislými na svém okolí. Mnohdy v této situaci musíme bohužel přetrpět devalvací vlastní osoby, ať už vyjádřenou verbálně, nebo neverbálně. Pohled různých generací na problematiku důstojnosti se liší, protože je tato morální kategorie ovlivněna výchovou, prostředím i vlastními zkušenostmi (Rohanová in Holmerová, 2007).

Zákon č. 20/1966 Sb. uvádí, že zdravotničtí pracovníci jsou povinni vykonávat zdravotnické povolání svědomitě, poctivě, s hluboce lidským vztahem k občanům a s vědomím odpovědnosti ke společnosti. V kodexu pro zdravotní sestry vydaným International Council of Nurses se uvádí, že se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty - respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Stejná problematika je zmiňována v dalších etických kodexech, jako jsou: Práva pacientů nebo Ochrana lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících. Z právního hlediska nesmíme opomenout Ústavu České republiky, jejíž součástí je Listina základních práv a svobod (Haškovcová, 2007).

Ve chvíli, kdy je člověk přijat do domova pro seniory, ať již z vlastní vůle či jej postihne závažná nemoc nebo trvalá invalidita, dostane se do role uživatele sociálních služeb, stává se závislým na pomoci zdravotnických a sociálních pracovníků. Právem očekává, že i v této situaci bude respektován, že nebude hodnocen a odsuzován, ale chápán. Mnohdy

profesionálové nemají dostatek znalostí, jak se k lidem v obtížných situacích chovat, mnohdy jsou unaveni množstvím pracovních povinností, někdy jsou vyhořelí. A z toho všeho může pramenit devalvace uživatelů a snižování jejich lidské důstojnosti.

Jak se projevuje nedostatek důstojnosti v ošetrovatelské péči v domovech pro seniory? Nedostatek respektu při ošetrování seniorů může mít mnoho rozličných tváří. Uvedme jen několik příkladů - do pokojů klientů ošetrojící personál vstupuje bez zaklepání, činnosti u seniorů se provádí beze slov, s obyvateli zařízení se zachází jako s věcmi, nad člověkem se hovoří jako by tam nebyl a neformální oslovení se stává běžnou formou komunikace.

Proč ošetrojící personál při péči nectí lidskou důstojnost, nerespektuje a porušuje etické kodexy? Na nedostatek informací o této problematice se nelze vymlouvat. Mezi další možné příčiny nerespektování lidské důstojnosti je možné považovat - nízké společenské postavení pečujících. Profese je náročná, a pokud je medializovaná, tak ve většině případů negativně. Při poskytování sociálních služeb jsme často svědky situace, kdy se nemůžeme zachovat podle vlastních mravních zásad, a pokud se snažíme takto chovat, jsme neoblíbení v kolektivu, zesměšňováni, a tak se raději přizpůsobíme a jdeme s davem a bojujeme s vlastní sebeúctou. Nebo jsme tak silní a jdeme proti, což je ale velmi vyčerpávající. Je nutné, aby si ošetrojící personál vážil sebe samotných, pokud tomu tak není, není schopen vážit si ostatních lidí a respektovat je, ani jejich důstojnost.

V posledních letech se domovy seniorů, poskytovatelé sociálních služeb snaží zvyšovat úroveň jejich služeb vytvářením a zaváděním standardů péče. Pokusíme se nyní nastínit jen několik praktických doporučení pro ošetrojící personál. Základem jistě musí být vzdělání všech pracovníků, podle platné legislativy. Je samozřejmě nutné, aby jejich chování a jednání bylo sledováno, můžeme si dovolit říct i kontrolováno, aby byly eliminovány negativní postoje vůči seniorům. Je nutné zajistit a vyžadovat, aby péče, kterou personál poskytuje, byla orientována na osobu seniora. Respektovat názory a přání starých lidí. Podle přání klienta zajistit vhodné oslovení a kontrolovat, jestli je to dodržováno. Nespěchat a ponechat seniorům prostor a čas na rozhodování o běžných denních činnostech, o jejich každodenní péči. Zajistit dostatečné soukromí a být diskrétní.

Závěr

Je povinností profesionálů respektovat, ochraňovat a podporovat lidskou důstojnost za jakýchkoliv okolností a v jakékoliv situaci (Holmerová, 2007, s 48). Jedině tak bude péče, která je našim seniorům poskytována smysluplná a povede ke zvýšení kvality života seniorů.

Seznam bibliografických odkazů

1. HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie, nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-726-2471-3.
2. HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. Vybrané kapitoly z gerontologie. [online]. 3. Vydání. Praha: EV public relation, 2007, 142 s. ISBN 978-80-254-0179-8.[cit. 2010-09-2]. Dostupné na internetu: <<http://www.geriatrie.cz/dokumenty/VybrKap ZGerontologie.pdf>>.
3. ROHANOVÁ, E. Důstojnost člověka v ošetrovatelské péči a v sociálních službách. In HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. Vybrané kapitoly z gerontologie. [online]. 3. Vydání. Praha: EV public relation, 2007, 142 s. ISBN 978-80-254-0179-8.[cit. 2010-09-2]. Dostupné na internetu: <<http://www.geriatrie.cz/dokumenty/VybrKap ZGerontologie.pdf>>.
4. TOPINKOVÁ, E. Geriatrie pro praxi. Praha: Galén, 2005, 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
5. Zákon Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. [online]. [cit. 2010-09-1]. Dostupné na internetu: <http://www.portal.gov.cz/zakon/20/1966>.
<http://www.scie.org.uk/>.
<http://www.agingwithdignity.org/five-wishes.php>.

Úplné kontaktní adresy autorů příspěvku:

Mgr. Silvie Treterová
Ústav ošetrovatelství
Institut zdravotnických studií Fakulty humanitních studií
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Mostní 5139
760 01 ZLÍN
e-mail: treterova@fhs.utb.cz

Mgr. Petr Snopek
Ústav ošetrovatelství
Institut zdravotnických studií Fakulty humanitních studií
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Mostní 5139
760 01 ZLÍN
e-mail: snopek@fhs.utb.cz

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
Ústav ošetrovatelství
Institut zdravotnických studií Fakulty humanitních studií
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Mostní 5139
760 01 ZLÍN
e-mail: kratka@fhs.utb.cz

ŠPECIFIKÁ ETICKÉHO PRÍSTUPU PRI OŠETROVANÍ ŽIEN V GYNEKOLÓGII A PÔRODNÍCTVE

Viera Simočková

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

Súhrn

Článok sa zaoberá špecifikami etického prístupu pri ošetrovaní žien v gynekológii a pôrodníctve. Ošetrojúci personál musí byť na riešenie týchto situácií pripravený, aby v prípade potreby vedel zaujať profesionálne stanovisko.

Kľúčové slová: Etický prístup. Ošetrovanie žien.

Summary

The article deals with the specifics of an ethical approach in the treatment of women in obstetrics and gynecology. The medical personnel has to be prepared to deal with these situations, so that they can take the professional position if necessary.

Key words: Ethical approach. Treating women.

Úvod

Profesia zdravotníckeho pracovníka je spojená s dodržiavaním etických a právnych noriem. Už v staroveku v 5. – 4. storočí pred Kristom spísal Hippokrates prísahu, ktorá má svoju trvalú platnosť aj v súčasnosti, hoci sa pohľad na etiku v zdravotníctve mení. Etikou rozumieme pravidlá alebo princípy, ktoré riadia náležité správanie. Morálka určuje spoločensky želateľné a neželateľné konanie, vyznačuje, čo je dobré a zlé. Od práva sa líši tým, že kým morálka svoje požiadavky zdôvodňuje, právo ich nariaďuje. Etické otázky vznikajúce pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, posudzuje nezávislá etická komisia (Zákon č. 576/2004, § 5). Základné etické princípy, ktoré platia v zdravotníckej etike, sú:

- beneficencia (konanie dobra, prospešnosť),
- nonmaleficiencia (neškodnosť),
- autonómia (svojbytnosť, rešpektovanie jedinečnosti, nezávislosti každej osoby),

- justícia (spravodlivosť),
- informovaný súhlas.

Pri ošetrovaní žien v gynekológii a pôrodníctve je okrem dodržiavania základných etických princípov dôležité dbať na rešpektovanie niektorých špecifik, ktoré môžu nastať pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

Súčasná kríza etického myslenia sa prejavuje existenciou a presadzovaním extrémnych názorov na mnohé problémy bioetiky. Nie je zriedkavosťou vidieť porušovanie mravného konania zo strany zdravotníkov. Tiež nie je neobvyklé, že sa u nich stretávame s etnicky či rasovo motivovanými predsudkami. Známe sú napr. medializované bezdôvodné sterilizácie rómskych žien bez predchádzajúceho informovaného súhlasu. Hranice medzi tým, čo je zákonné, čo je etické a čo je nevyhnutné na ochranu zdravia ženy, sú často nejasné.

Pri ošetrovaní žien v gynekológii a pôrodníctve je okrem rešpektovania základných etických princípov veľký dôraz kladený na rešpektovanie intimity a ochrany súkromia. Zdravotnícki pracovníci sú povinní zachovávať mlčanlivosť o všetkých skutočnostiach, o ktorých sa dozvedeli pri výkone svojej funkcie. Povinnosť mlčanlivosti sa nevzťahuje na prípady, ak tieto skutočnosti oznamujú so súhlasom toho, koho sa týkajú.

V pôrodníctve je dodržiavanie etických postupov mimoriadne dôležité, nakoľko ide o pálčivé otázky týkajúce sa ľudského konania v oblasti života. V klinickej praxi je potrebné rešpektovanie autonómie tehotnej ženy, rodičky a šestonedielky, dodržiavanie zásad intimity týkajúcich sa samotného vyšetřovania pacientok. Zachovávanie mlčanlivosti v súvislosti o zdravotnom stave pacientok je takisto špecifické, pretože ide o údaje intímneho charakteru (Kopecká, K., Korcová, M. et al. 2008).

V gynekologicko-pôrodnickej oblasti existuje mnoho etických dilem, keď sa zdravotnícky pracovník dostáva do zložitých situácií, ku ktorým musí zaujať postoj. Medzi najzávažnejšie etické problémy patrí umelé ukončenie gravidity, umelé oplodnenie, prenatalná diagnostika, génové inžinierstvo, náhradné materstvo, získavanie a používanie kmeňových buniek a iné. Slovenský právny poriadok upravuje problematiku tzv. anonymných pôrodov, vykonanie sterilizácie u ženy, vykonanie interrupcie.

Umelé prerušenie tehotenstva. V Hippokratovej prísaha stojí: „Nijakej žene nepodám prostriedok na vyhnutie plodu.“

Umelé prerušenie tehotenstva predstavuje inhibičný zásah do ľudskej reprodukcie, ktorý bezprostredne súvisí s problematikou ochrany života embrya alebo plodu. Ide o zásah do

telesnej integrity počatého a doposiaľ nenarodeného dieťaťa vedúci k jeho likvidácii, z čoho vyplývajú nesmierne zložité otázky v rovine mravnej, etickej, spoločenskej a aj právnej (Vlček, Hrubešová, 2007).

Legalizovanie interrupcie v našom štáte je od roku 1957. Realizácia zákona sa viazala na interrupčné komisie, ktoré rozhodovali, či sú splnené zdravotné respektíve sociálne indikácie interrupcie. Od roku 1986 došlo k novelizácii interrupčného zákona (Zákon č. 73/1986). Podľa tejto novely došlo k zrušeniu interrupčných komisií a úplne sa liberalizovalo vykonávanie umelých potratov. Zákon vychádza z filozofie, že žena má právo sa rozhodnúť, či si dieťa ponechá alebo nie.

Jednotný názor na interrupcie vo svete neexistuje. V súčasnej spoločnosti existujú dva protichodné smery: pro-life (za život) a pro-choice (za možnosť voľby).

Stúpenci hnutia pro-life zastávajú názor, že ľudský život je hodný ochrany za všetkých okolností. Ľudský život vzniká v okamihu počatia a končí prirodzenou smrťou, preto ochrana ľudského života trvá od počatia až po prirodzenú smrť. Právo ešte nenarodeného dieťaťa je potrebné chrániť. Interrupcia sa považuje za vraždu. Tento názor zastáva aj väčšina náboženstiev. Kresťanské cirkvi odmietajú umelé prerušenie tehotenstva v každej fáze, lebo život je dar od Boha a človek nemá právo ukončiť ho.

Hnutie pro-choice je za kompromis medzi právom plodu a právom ženy slobodne sa rozhodnúť o svojom tehotenstve.

Asistovaná reprodukcia. Zavedením asistovanej reprodukcie do lekárskej praxe, stávajú sa aktuálnymi viaceré etické aspekty. Tieto homológne alebo heterológne metódy sú mimo rámca prirodzenej reprodukcie ľudstva. Z morálneho hľadiska sa pripúšťajú také „umelé prostriedky“, ktoré napomáhajú prirodzenému procesu oplodnenia (Šoltés, 2003).

V 21. storočí, keď veda dospela k dnešnému stupňu poznania a vyspelých technológií, nie je stále jednotný názor na otázky týkajúce sa vzniku života. Príčinou je rozdielne chápanie etického posudzovania embrya, ktoré je základným subjektom pri metóde asistovanej reprodukcie.

Z etického hľadiska treba poukázať na to, že nie všetko, čo je technicky možné, je aj morálne prípustné. Vyriešením neplodnosti prostredníctvom asistovanej reprodukcie sa neuzatvára okruh problémov páru a fungovania nového jedinca. Naopak, otvára sa celý rad problémov súvisiacich s etikou, morálkou, psychickým vývinom počatého dieťaťa a v internacionálnom kontexte aj s otázkami práva (Simočková, Zamboriová, 2008).

Charta práv dieťaťa dáva deťom právo poznať svojich biologických rodičov. Aj psychológovia tvrdia, že deti potrebujú poznať svoj biologický pôvod, zistiť svoju identitu. Zatajovanie pravdy môže byť pre ne traumou, osobitne, ak sú na svete vďaka anonymnému darcovi. Na Slovensku podľa súčasne platného zákona musí darca pohlavných buniek ostať v anonymite, čo nie je v súlade s Chartou práv dieťaťa. Anonymita na jednej strane chráni súkromie darcu i príjemcu, na druhej strane hendikepuje nového jednotlivca absenciou anamnestických údajov, týkajúcich sa dedičných faktorov v oblasti fyzického i psychického zdravia (Simočková, Zamboriová, 2009).

Paradoxná situácia nastáva tiež pri surogátnom materstve. Surogátne materstvo predstavuje spôsob umelého oplodnenia, keď žena je schopná mať vlastné biologické dieťa, ale nie je schopná alebo ochotná absolvovať tehotenstvo. Preto uzatvára dohodu o náhradnom materstve s inou ženou, že vlastné vajíčko žiadateľky oplodnené in vitro semenom jej manžela bude implantované druhej žene, ktorá po narodení vydá dieťa genetickej matke. Zákon však považuje za matku ženu, ktorá dieťa porodí, nie ktorá je dárkyňou vajíčka.

Základným cieľom zdravotníckeho povolania je starostlivosť o ľudské zdravie, tým aj o ľudský život. Humanistická etika uznáva dôstojnosť každej ľudskej bytosti, teda aj embrya. Súčasné vedecké poznanie o prenatalnom živote nás minimálne núti zamýšľať sa nad problematikou asistovanej reprodukcie, nakoľko pri reprodukčných technológiách dochádza k manipuláciám s embryami a vzniká veľké riziko, že môže dôjsť k narušeniu kontinuity vývojových fáz individua. To sa môže neskôr odraziť v postnatálnom živote človeka. Neplodnosť je problémom zdravotným, sociálnym a psychickým. Nemala by sa však riešiť porušovaním morálnych princípov vyrábaním človeka na objednávku. Chápanie života jedinca z holistického hľadiska nás núti zaoberať sa uvedenými etickými otázkami. Keďže ľudské konanie je vedomé a slobodné, človek je za svoje konanie zodpovedný. Zároveň je nevyhnutné konštatovať, že právna úprava problematiky asistovanej reprodukcie je v Slovenskej republike absolútne nevyhovujúca (Vlček, Hrubešová, 2007).

Prenatálne obdobie. V posledných desaťročiach sa rozvíja nová vedná disciplína – prenatalná psychológia, ktorá sa zaoberá otázkou, do akej miery pôsobia na plod popri somatických aj psychické a psychosomatické vplyvy. Zástancovia tohto smeru tvrdia, že základy psychického života človeka sa vytvárajú už vo veľmi včasnej fáze prenatalného obdobia. Podľa prenatalnej psychológie nenarodené dieťa nielenže vníma počas vnútromaternicovej fázy vývinu človeka, ale je schopné psychických aktivít, o ktorých sa doteraz nevedelo a ich existencia sa ani nepredpokladala. Nenarodené dieťa má pamäť aj

vedomie a zážitky získané počas vnútromaternicového života si dokáže neskôr aj vybaviť ako spomienky a vyrozprávať ich. Profesor Fedor-Freybergh (2008) tvrdí, že ľudský život je nepretržitá a nedeliteľná kontinuita, kde každá fáza je rovnako dôležitá a všetky od seba závisia.

V súčasnosti sa potvrdzujú aj dôkazy o existencii fetálnej bolesti a utrpenia. Fetálna bolesť sa stáva predmetom interdisciplinárnych výskumov, súčasne však predstavuje spoločenský, právny, ale i politický problém (Lehotská, 2009). Častý etický problém v prenatalnom období súvisí s prenatalnou diagnostikou. Žena musí byť poučená o rizikách používaných techník. Poučenie má byť faktické, rešpektujúce názor ženy. Pri diagnostikovaní vážneho poškodenia plodu naša legislatíva umožňuje ukončiť tehotenstvo. Stále sa ale musí brať do úvahy postoj rodičov, hlavne ženy, nesmie sa v tomto smere vyvíjať žiaden nátlak.

Spôsob, akým človek prichádza na svet, ho ovplyvní na celý život. Významnú úlohu v tomto období zohráva aj kontinuálna starostlivosť o matku počatého dieťaťa. Kvalitná prenatalná starostlivosť zahŕňa rešpektovanie ľudskej dôstojnosti, ktoré je zakotvené aj v deklarácii práv počatého dieťaťa „Počaté dieťa má právo na ochranu zdravia a zachovanie ľudskej dôstojnosti“.

Anonymný pôrod je pôrod, pri ktorom žena z obavy pred rodinou alebo verejnosťou porodí dieťa bez udania totožnosti a dieťa prenechá na osvojenie. Žena môže písomne požiadať o utajenie svojej osoby v súvislosti s pôrodom v zdravotníkom zariadení. Zo zákona má právo na osobitnú ochranu svojich osobných údajov. Naša legislatíva umožňuje anonymne odložiť novonarodené deti do verejne prístupných inkubátorov tzv. hniezd záchrany v prípade, ak svoje nechcené dieťa porodili mimo zdravotníckeho zariadenia (Baňasová et al. 2005).

Podobne pri sterilizácii, čo je zabránenie plodnosti bez odstránenia alebo poškodenia pohlavných žliaz osoby, platia legislatívne normy. Sterilizáciu možno vykonať len na základe písomnej žiadosti a písomného informovaného súhlasu po predchádzajúcom poučení osoby plne spôsobilej na právne úkony alebo zákonného zástupcu osoby nespôsobilej. Sterilizáciu nemožno vykonať skôr ako 30 dní po informovanom súhlase.

Etnické predsudky. Pri ošetrovaní žien v gynekológii a pôrodníctve nie je zriedkavosťou sa stretnúť aj s etnickými či rasovo motivovanými predsudkami. V našej spoločnosti sa to týka najčastejšie rómskeho etnika. Často ide o formu verbálnu, no možné je sa stretnúť aj s rôznymi symbolmi v zdravotníckej dokumentácii, ktoré informujú personál, že uvedená pacientka je Rómkou. Výrazne sa prejavujú predsudky k rómskemu etniku najmä v spôsobe

komunikácie. Zo strany zdravotníckych pracovníkov je časté tykanie rómskym pacientkam, ironizovanie, niekedy až hrubé zosmiešňovanie a ponižovanie. Pokiaľ nie je ošetrojúci personál na vysokej profesionálnej úrovni, je takmer isté, že negatívny vzťah k Rómkam jedného člena zdravotníckeho tímu ovplyvní aj ostatných členov. To sa automaticky premietne do kvality ošetrovateľskej starostlivosti. Rómske pacientky sú na pôrodnických oddeleniach často vystavené segregácii. Oddelené priestory, i keď poskytujú rovnaký štandard ako izby nerómske, sú diskriminačné a protiprávne. Známe sú tiež násilné sterilizácie rómskych žien a ďalšie útoky na reprodukčnú slobodu Rómov na Slovensku.

Záver

Osobnosť zdravotníckeho pracovníka si vyžaduje určité charakterové vlastnosti. Medzi ne patrí najmä empatia, sociabilita, ústretovosť, etické a právne konanie. Referenčným rámcom správania a konania členov profesijnej skupiny je etický kódex. Ide o formálne pravidlá v danom povolaní, ktoré by mali byť všeobecne zlučiteľné s osobnými hodnotami člena profesijnej skupiny.

Cieľom modernej etiky zdravotníckeho pracovníka je celoživotná výchova k maximálnej zodpovednosti, ľudskosti a životnej múdrosti. Hranice medzi tým, čo je zákonné, čo je etické a čo je nevyhnutné na ochranu zdravia ženy, sú často nejasné. Preto, aby sme vedeli zaujať jasné stanovisko k uvedeným otázkam a správne posúdiť, či nie sú prekročené hranice a či je ešte rešpektovaná profesijná etika, musíme mať dostatočné vedomosti nie len z oblasti etiky, ale aj biológie, psychológie, filozofie, zdravotníckeho práva, teológie a iných vied, ktoré nám pomôžu tieto otázky vyriešiť. Zdravotnícki pracovníci by sa pri týchto etických dilemách mali vždy riadiť svojou odbornosťou, profesijnou etikou, ako aj správne formovaným a citlivým osobným svedomím.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BAŇASOVÁ, V., PEŘINOVÁ, N., SIMOČKOVÁ, V. Nádej v hniezde záchrany. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2006, roč. V., č. 1 – 2, s. 38.
2. FEDOR-FREYBERGH, P., G. *Psychosomatické charakteristiky perinatálneho a perinatálneho obdobia ako prostredia dieťaťa*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2008. ISBN 978-80-89271-32-0.
3. KOPECKÁ, K., KORCOVÁ, M. et al. 2008. *Zdravotnícka etika*. Martin : Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-276-2.

4. LEHOTSKÁ, M. Problém fetálnej bolesti v ošetrovatel'stve a pôrodnej asistencii. In *Zdravotnícke štúdie*. Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku. ISSN 1337-723X, 2009, roč. II., č. 2, s. 39-40.
5. SIMOČKOVÁ, V. *Vybrané kapitoly z gynekologicko-pôrodnického ošetrovatel'stva*. Ružomberok : Verbum, 2009. 179 s. ISBN 978-80-8084-517-9.
6. SIMOČKOVÁ, V. ZAMBORIOVÁ, M. Kontrapunkcia asistovanej reprodukcie v intenciách etiky. In *Zdravotnícke štúdie*. Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku. ISSN 1337-723X, 2008, roč. I., č. 2, s. 20-22.
7. SIMOČKOVÁ, V. ZAMBORIOVÁ, M. Etika medziľudských vzťahov v situácii rodičovstva. In *Etické aspekty ošetrovateľskej péče v teórii a praxi : Sborník z 1. konference k aplikované etice s mezinárodní účastí*. [CD-ROM]. Ed. Z. Dorková, A. Krátká, Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíne, 2009. 191 s. ISBN 978-80-7013-506-8, s. 158-161.
8. ŠOLTÉS, L. *Pastorálna medicína*. Prešov : PU v Prešove, 2003. ISBN 80-8068-188-0.
9. VLČEK, R., HRUBEŠOVÁ, Z. *Zdravotnícke právo*. Bratislava : Epos, 2007. 319 s. ISBN 978-80-8057-705-6.

Kontaktná adresa

doc. PaedDr. PhDr. Viera Simočková, PhD.

e-mail: viera.[simockova@ku.sk](mailto:viera.simockova@ku.sk)

KOMUNIKAČNÉ TRENDY V OŠETROVATEĽSTVE

Zuzana Hudáková

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Súhrn

V ošetrovateľstve je komunikácia neodmysliteľnou súčasťou procesu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Realizácia ošetrovateľského procesu ani pristupovanie k pacientovi nie sú možné bez produktívnej komunikácie. Komunikácia je základom uzatvárania vzťahu. Bez nej nemôže vzniknúť nijaký vzťah a ani sa nemôže rozvíjať. Pri každodennom kontakte s pacientom by si sestra mala uvedomiť skutočnosť, že choroba je rušivým momentom, ktorý negatívne ovplyvňuje každého. Komunikačná spôsobilosť predpokladá dobre zvládnutie teoretických východísk sociálnej komunikácie, osvojenie teoretickej základne sesterskej profesionálnej komunikácie, tréning v efektívnych komunikačných stratégiách.

Kľúčové slova: Komunikácia. Informatika a zdravotníctvo. eHealth – služby elektronického zdravotníctva.

Summary

The nursing communication is an essential part of the process of providing nursing care. Implementation of nursing process or accessing the patient is not possible without the productive communication. Communication is essential to concluding the relationship. Without it, no relationship can arise and can not develop. In daily contact with the patient's sister would be aware of the fact that the disease is a glitch that negatively affects everyone. Communication capability provides good deal of theoretical background of social communication, learning the theoretical basis of nursing professional communication, training in effective communication strategies.

Key words: Communication. Informatics and Health. eHealth - eHealth services.

Komunikácia je vo vzťahu medzi sestrou a pacientom veľmi dôležitá. Nedostatočná komunikácia môže poškodiť osobnosť pacienta. Kvalitná a efektívna komunikácia je

dôležitou súčasťou mnohých povolání, ale charakter ich práce si nevyžaduje až také dôverné vstupovanie do osobných vzťahov, ako povolanie sestry. Od zdravotníckeho profesionála očakávajú oveľa viac, ako iba slušný postoj alebo bravúrne komunikačnú zručnosť. Očakávajú akceptáciu a pochopenie svojich ťažkostí. Chcú mať pocit, že v zdravotníckom zariadení sa dočkajú pomoci vo svojom trápení a zdravotnom probléme, že im zdravotník poskytne bezpečný prístav v ich ťažkostiach. Zdravotníci si nie vždy dostatočne uvedomujú, čo všetko pacient hospitalizáciou zrazu stráca. Nepripravený zdravotník reaguje na takéto prejavy negatívne, čím prípadnú agresivitu, alebo iné nežiaduce postoje pacienta prehľbuje, a tak vzniká bludný kruh.

Informatika a zdravotníctvo. Aj v informaticky najrozvinutejších krajinách sa však hranice digitálneho sveta končia tam, kde sa začína zdravotníctvo. Info-komunikačné technológie si do tejto oblasti hľadajú cestu ťažko a pomaly. Pritom neschopnosť a neochota zdravotníkov efektívne nasadiť a používať technológie zabíjajú každý rok celosvetovo desiatky tisíc ľudí. Informatizácia zdravotníctva však nie je iba o elektronických zdravotných záznamoch. Z hľadiska efektivity a kvality poskytovanej starostlivosti je najväčšou výzvou vzájomná komunikácia poskytovateľov, lekární, poisťovní, zdravotníckych inštitúcií a napokon aj pacientov. Napr. elektronické objednávanie liekov môže zredukovať chyby až o 86 percent. Navyše, neochota a neschopnosť zdravotníctva prijať IT má nielen ekonomické, ale aj tragické dôsledky. Zdravotníctvo má napriek všetkých štúdiám o pozitívnom vplyve technológií a prisľubom dodávateľov s prijatím IT očividný problém. Elektronická komunikácia môže ušetriť zdravotníctvu peniaze. Najlepšie je začať zbierať dáta elektronickým spôsobom a staré digitalizovať neskôr (Valášek, M., 2005).

Digitálna transformácia v zdravotníctve

Infraštruktúra digitálnej nemocnice je budúcnosť informačných technológií (IT) v zdravotníctve, v ktorej elektronické zdravotné záznamy prispievajú k zlepšeniu starostlivosti a zefektívneniu práce zdravotných pracovníkov. Digitálne obrázky nahradia drahé a ťažko zdieľateľné snímky (napríklad röntgenové), ktoré sa navyše môžu ľahko stratiť. Nadchádzajúca revolúcia v zdravotníctve sa netýka len medicíny, ale aj využívania technológií na poskytovanie informácií, vďaka ktorým je zdravotná starostlivosť bezpečná, účinná a orientovaná na pacienta.

Nové riešenia starostlivosti o pacientov. V dnešnej dobe je možné vybaviť lôžko pacienta moderným terminálom, ktoré umožní celý rad možností osobnej zábavy, simulácií a priamu komunikáciu s pacientom. Služby v podobe televízie, video-on-demand, telefónu a prístupu na Internet pomáhajú pacientom spestriť dni, čím sa udržujú v pozitívnejšej nálade. Riešenia pre oblasť starostlivosti o pacientov prinášajú okrem uvoľnených nemocničných lôžok, ešte celý rad výhod. Väčšina zdravotníckych zariadení ponúkajúcich tieto služby sa rozhodli pre zavedenie poplatkov za tento druh nadštandardu.

Nové trendy v ošetrovateľskej komunikácii

Diagnóza pacienta na diaľku, on-line objednávka do ambulancie, elektronické predpísanie a objednanie, prístup cez web k elektronickým zdravotným záznamom pre všetkých lekárov v krajine. Nejde o science-fiction, je to iba niekoľko príkladov o reálne fungujúcom prieniku info-komunikačných technológií (IT) do zdravotníctva (Valášek, M. 2004).

Elektronické dekurzy urýchľujú, zjednodušujú prácu lekára a sestry, poskytujú podklady pre kompletné štandardné údaje. Okrem toho znižujú pravdepodobnosť chýb spôsobených nečitateľným rukopisom. Urýchľuje sa komunikácia medzi lekármi, kompletizácia lekárskeho záznamu. Postupne sa papierové zdravotné karty premenia na elektronické.

Ďalšiu kapitolu v elektronickom sprístupňovaní medicínskych zdrojov tvoria aj **online časopisy**, ktoré nemajú žiadnu tlačенú podobu. Z hľadiska špecializácie môžeme medicínske informačné zdroje rozdeliť do dvoch skupín. Prvú skupinu tvoria základné databázy, v druhej skupine figurujú databázy špecializované, medzi ktoré môžeme zahrnúť zdroje so zameraním na určitú oblasť medicíny, ale aj bázy registrujúce len niektoré druhy dokumentov.

Telemedicina predstavuje použitie medicínskych informácií vymieňaných medzi dvomi miestami pomocou prostriedkov elektronickej komunikácie pre zdravie a edukáciu pacientov, alebo pre poskytovateľov na zlepšenie starostlivosti o pacienta. Zahrňujú mnoho oblastí počítačom asistovanej „diaľkovej“ medicíny. Jej súčasťou je teleprezenčná technológia, ktorá vytvára ilúziu, že jej používateľ je úplne ponorený do iného prostredia, buď reálneho, alebo syntetického.

Takto sa postupne vytvorili oblasti telemedicíny: telezdravie, telestomatológia, telepatológia, telerádiológia, telesonografia, telefarmácia, telekardiológia, teledermatológia, telediabetológia ...

K výhodám telemedicíny patrí špecializovaná starostlivosť, ktorá je inak menej dostupná predmestským a vidieckym komunitám. Žiaľ, vždy do toho bude vstupovať

možnosť technického problému s počítačom/sieťou/prenosom, ktorý sa bude dať ľahšie riešiť (Schniderová, Z., 2008).

Nemocničný informačný systém (NIS), telefonické zariadenia vrátane mobilných koncových zariadení, volanie sestry, TV – a rádio programy, domáca technika, prístup pacientov k internetu a intranetu, účtovné systémy a mnoho iných funkcií na jednej základni tak tomu hovoríme „Zosieťovaná komunikácia vo svete zdravotníctva“. Pacienti, lekári a ošetrovateľský personál ako aj správcovia, sa komplexne integrujú do systému, ktorý vie ponúknuť úplne nové a inovatívne služby.

Internet v ošetrovateľskej komunikácii

Ako najdôležitejšiu a najrýchlejšiu zložku medziľudskej komunikácie možno uviesť v procese výmeny informácií Internet, ktorý predstavuje najrýchlejší zdroj informácií. Prostredníctvom Internetu je možno rýchlo a efektívne získať najnovšie informácie z novín, časopisov, informačných textov i odbornej literatúry. Vďaka Internetu je možno zdokonaľovať a precvičovať si všetky zručností. Spolu s prídavnými zariadeniami Internet ponúka aj možnosti pre rozvoj počúvania s porozumením. Písomný prejav sa môže realizovať pomocou tzv. chatov a e-mailovaním.

eHealth – zdravie na internete – je jednou z desiatich priorít akčného plánu e – Europe, predstaveného v máji 2000. Plán zdôrazňuje strategický význam informačných technológií v správe verejného zdravotníctva „pre blaho občanov ako spotrebiteľov zdravotníckych služieb i informácií o zdraví“. Jeho cieľom je vytvoriť užívateľsky nenáročné informačné systémy pre pacientov a zdravotníckych profesionálov v rámci Európy. V apríli 2004 bol zverejnený Akčný plán, ktorý je zameraný na tri prioritné oblasti:

- riešenie spoločných problémov a vytváranie vhodného rámca pre podporu eHealth
- urýchlenie užitočnej implementácie (informácie o informovanosti v oblasti zdravia a prevencie chorôb, podpora používania kariet v zdravotnej starostlivosti, atď.)
- spolupráca a monitoring (šírenie osvedčenej praxe, benchmarking, medzinárodná spolupráca).

Systémy pacient – sestra

V nemocniciach na oddeleniach, v domovoch sociálnych služieb sú systémy pacient – sestra tým vhodným komunikačným prostriedkom pre personál i pacientov. Pacientom dávajú istotu dostupnosti rýchlej pomoci v prípade potreby, personál vie okamžite lokalizovať odkiaľ požiadavka prichádza a zasiahnuť alebo poskytnúť pacientovi informáciu. Umožňujú

poskytnúť nadštandardnú starostlivosť pre pacientov v spojení s efektívnym využívaním personálu.

Systém rozoznáva tri druhy volaní – bežné, asistenčné a tiesňové. Sestra podľa typu volania vie poskytnúť informáciu, pomôcť pacientovi alebo vyrozumiť lekársku odbornú pomoc. V prípade, že hovor pacienta nie je prijatý, je automaticky presmerovaný na ďalší pagerový terminál alebo dispečing (ComNet).

Nemocničný informačný systém lôžko – sestra

Umožňuje rozčleniť činnosti súvisiace s lôžkovou starostlivosťou o pacienta – vedenie sesterskej dokumentácie pacienta, zápis ošetrovateľskej činnosti, zápis ošetrovateľskej starostlivosti, objednávanie vyšetrení na iných oddeleniach a v laboratóriách, prístup k ich výsledkom, vedenie aplikácií liekov, infúzií, chemoterapie, meranie fyziologických funkcií, zostavenie denných objednávok pre výdaj stravy, žiadanky na prepravu, odovzdávanie si služieb vedením Knihy hlásení, vedenie dokladov pre vyúčtovanie lôžkovej starostlivosti zdravotným poisťovníam, uloženie pacienta na posteľ, preloženie, premiestnenie pacienta, atď. Sestra má zabezpečený prístup k dokumentácii pacienta, ktorá je súčasťou komplexného chorobopisu (Kompauerová, 2009).

Zdravotnícky pomocník

Zdravotnícky pomocník je nástroj na správu zdravotnej starostlivosti navrhnutý pre profesionálov, ktorí sa starajú o pacientov s chronickými chorobami, umožňuje doktorom monitorovanie pacientov v domácnosti a vzdialené poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

Health Guide (zdravotnícky pomocník) integruje rôzne modely zdravotníckej správy v domácnostiach. Sú zamerané na schopnosť zlepšenia zdravotníckych výstupov pri situáciách ako napríklad zástava srdca, cukrovka, vysoký tlak a chronické pľúcne ochorenia.

ICE program

ICE kontakt (In case of emergency - ICE) je program, ktorý umožňuje ľuďom prvého kontaktu v prípade nehody – záchranárom, požiarnikom, policajtom – identifikovať postihnutých, kontaktovať ich najbližších a získať dôležité informácie o ich zdraví.

Na základe označenia ICE nemusí záchranár prechádzať všetky položky v telefónnom zozname a tipovať, ktorý kontakt je ten správny. Záchranári a zdravotníci si totiž všimli, že pri dopravných a iných nehodách majú zranení pri sebe zvyčajne mobilný telefón. Pri záchranných akciách však cudzie osoby nevedia, koho z dlhého telefónneho zoznamu

kontaktovať. Kontakt ICE by preto mal mať v telefóne každý pre prípad núdze. Pod písmenom „I“ s označením ICE pred menom bude možné nájsť kontakt, ktorý sám majiteľ mobilu na základe svojho slobodného rozhodnutia určí ako oprávnenú osobu pre potreby kontaktu v prípade núdze.

Záver

Pacienta pri komunikácii trápi v zdravotníctve v dnešnej novej technologickej dobe potrebuje poradiť a zorientovať sa. Spoločným krédom všetkých nás zdravotníckych pracovníkov by malo byť dosiahnutie "blaha pacienta" a to nielen v oblasti organických pochodov, ale i v oblasti psychického a sociálneho života. Preto k rozšíreniu poznatkov pacientov v oblasti nových trendov komunikácie v ošetrovatel'stve je potrebné poukázať na potrebu neustálej modernizácie oddelení a využívania internetu pri komunikácii.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. ComNet, *Systémy pacient–sestra*, [online] dňa 2009-02-28, <http://www.comnetslovakia.sk/solution/special/patient.aspx?AspxAutoDetectCookieSupport=1>
2. Jarošová, G., 2007, *Informatizácia pacientom nepomáha*, [online] dňa 2009-02-22, <http://www.etrend.sk/technologie/it-firmy/informatizacia-pacientom-nepomaha/105953.html>
3. Kompauerová, 2009, *Nemocničný informačný systém lôžko–sestra*, príručka PCS CARE pre Nemocničný informačný systém lôžko–sestra, 1.s,
4. NextiraOne, 2007, *Služby starostlivosti o pacientov*, [online] dňa 2009-02-18, http://www.nextiraone.sk/market_segments/healthcare/patient_hospitality_services
5. PC.server.sk, 2009, *Intel predstavuje svoje prvé domáce zdravotnícke zariadenie pre lepšiu komunikáciu doktorov s pacientmi*, [online] dňa 2009-02-22, <http://pc.server.sk/aktuality/detail/16723-intel-predstavuje-svoje-prve-domace-zdravotnicke-zaria/>
6. Počítače a internet, 2006, *Revolúcia v zdravotníctve a úžitok pre pacientov*, [online] dňa 2009-02-18, <http://www.senior.sk/view.php?cislocianku=2006080303>
7. Valášek, M., 2004 *Dvere k informatizácii zdravotníctva sa otvárajú*, [online] dňa 2009-02-22, <http://www.etrend.sk/ekonomika/slovensko/dvere-k-informatizacii-zdravotnictva-sa-otvaraju/36988.html>

8. Valášek, M., 2005, *Zdravotníctvo a informatika sa zbližujú ťažko a pomaly*, [online]
dňa 2009-02-22, <http://www.etrend.sk/ekonomika/slovensko/zdravotnictvo-a-informatika-sa-zblizuju-tazko-a-pomaly/51750.html>
9. Schniderová, Z., 2008 *Medicínska informatika ako súčasť modernej medicíny*, [online]
dňa 2009-02-20, <http://s.ics.upjs.sk/~schniderova/MedicInfo.doc>

Kontaktná adresa:

PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.

Fakulta zdravotníctva

Katolícka univerzita

e-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

ETIKA V PŘEDNEMOCNÍČNÍ PÉČI

Jana Haluzíková¹, Ivana Volfová^{1,2}

¹Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav ošetrovatelství

²Fakultní nemocnice Ostrava, Anesteziologicko-resuscitační klinika

Souhrn

Autorky v příspěvku shrnují základní problematiku etiky v urgentní medicíně. Zdůrazňují význam komunikace v přednemocniční péči s postiženým, s postiženým v bezvědomí a jejich příbuznými. Zamýšlejí se nad kvalitou života zachráněných pacientů. V urgentní medicíně je i současným etickým problémem, kdy zahájit či nezahájit kardiopulmonální resuscitaci.

Klíčová slova: První pomoc. Bezvědomí. Resuscitace. Kvalita života. Komunikace.

Summary

The authors of the paper summarizes the basic issues of ethics in emergency medicine. They emphasize the importance of communication in the prehospital care of the disabled, the handicapped, unconscious and their relatives. Intend to be rescued over the quality of life of patients. In emergency medicine is a contemporary ethical issue when open or not to initiate cardiopulmonary resuscitation.

Key words: First aid. Unconscious. Resuscitation. The quality of life. Communication.

Úvod

V současné době se otázky etiky stále více dostávají do popředí zájmů ve všech oblastech medicíny. Přednemocniční péče nebo-li urgentní medicína řeší situace, které mnohdy nesnesou odklad, většinou se o jedná o situace, kdy život jedince je ohrožen anebo dochází k vážnému poškození zdraví. Tým záchranářů v těchto situacích musí jednat rychle a nemá prostor pro diskusi s postiženým jedincem či příbuznými postiženého. Prioritou je záchrana lidského života. Urgentní medicína zaujímá ve zdravotní péči zvláštní postavení.

Díky technickému pokroku, se zdokonalily přístroje, které se používají v urgentní

medicině a tak se zvýšila naděje na záchranu života kritických nemocných. V současné době jsou sanitní vozy již vybaveny tak, že se jedná o malé jednotky intenzivní péče.

Etickým problémem je respektování práva pacienta, tzn. nezabývat se jen diagnostikou a léčbou nemoci, ale také s nemocným hovořit, zajímat se o jeho pocity, jeho představy. Respektujeme autonomní rozhodnutí. Realizovat toto ustanovení v urgentní medicíně je mnohdy pro lékaře a záchranáře obtížné. Tento tým nemá velký prostor pro diskuzi, mnohdy je komunikace obtížná anebo nemožná. Prvořadý je rychlý zásah. Na přesvědčování a dlouhý rozhovor čas není, ale měly by být dodržovány zásady společenské zdvořilosti jako je pozdravení, oslovení, poděkování záchráncům, kteří se snažili poskytnout první pomoc, i když nebyla úspěšná. Nehovoříme o pacientovi jako o “věci”, ohleduplní jsme v komunikaci s příbuznými, kteří jsou velmi vnímaví a citliví. Mnohdy reagují na celou situaci úzkostně. Bohužel tým záchranářů vnímá postiženého jako systém dutin, elastických trubic apod. Záchrana lidského života je prioritou, záchranáři se snaží udělat maximum, jsou vytíženi jak po stránce psychické tak fyzické. Bylo by na místě, kdyby jeden z týmu příbuzným vysvětlil nejdůležitější aspekty, utěšil slovně či vyjádřil soustrast. Příbuzným je potřeba dát najevo, že si uvědomuje celou složitou situaci. Toto vyžaduje určité komunikační dovednosti, které jsou stále mnohým zdravotníkům vzdálené.

Komunikace s příbuznými není jednoduchá i zde je zapotřebí značné dávky citu a etických aspektů. Příbuzní jsou plni nejrůznějších emocí, mají různé představy či přání. Je třeba mít na paměti, že adekvátně podaná informace, určitá míra trpělivosti jsou na místě. Dalším etickým problémem je komunikace s postiženým. Řada zdravotníků stále zapomíná na význam komunikace s pacientem v bezvědomí. Hovoříme s nemocným, respektujeme intimitu.

V úvodu jsme se zmínily o technickém pokroku ve zdravotnictví. Díky němu jsme schopni zachránit mnoho lidských životů. Před dvaceti lety by tito lidé zemřeli. Bohužel dochází stále více k situacím, kdy se zachrání lidský život, ale zachráněný jedinec má narušenou kvalitu života. Vzhledem k tomu, že u mnohých je kvalita života výrazně (neúnosně) snížena zachránění nemocní mají spíše pocit, že jsou “odsouzeni k životu”. Kdyby mohli, svůj život by dávno ukončili (4). Etickým problémem je otázka jak řešit tyto situace? Je povinností zdravotníka mimořádnými prostředky prodlužovat utrpení pacienta? Domníváme se, že se jedná o velmi citlivý problém a je potřeba u každého pacienta zaujmout individuální přístup. Je potřeba týmové práce a diskutovat o dané situaci s lékařem, sestrou a příbuznými, kteří mohou vědět o potřebách či představách pacienta.

Současným etickým problémem je najít hranici, kdy zahájit kardiopulmonální resuscitaci anebo rozhodnutí nezahájit, popř. ukončit některé potenciálně život prodlužující léčebné postupy v situaci kritického nebo terminálního onemocnění. Důležité je mít na paměti, abychom se nedostali do konfliktu s příbuznými, kteří nejsou dokonale informováni.

Závěr

Moderní medicína často disponuje možnostmi zachránit život a na určitou dobu odvrátit smrt. V některých případech však neumí obnovit stav zdraví, který by mohl být pacientem vnímán jako hodnotný a žádoucí. Zdravotník vždy musí jednat na profesionální úrovni a při tom dodržovat etická pravidla což není jednoduché.

Seznam bibliografických odkazů:

1. CVEKOVÁ, L., HALUZÍKOVÁ, J. *Komunikace s pacientem v bezvědomí*. Diagnóza v ošetrovatelství, 2, 4, 2006, s. 179 - 180. ISSN 1801-1349
2. SIMEK, J. Etické zamyšlení nad urgentní medicínou. *Urgentní medicína*, 2003, roč. 1, č. 6, s. 35. ISSN 1212-1924
3. ŠIMEK, J. Informovaný souhlas v medicíně. *Prakt. lékař*, 2006, roč. 86, č. 4, s. 230-232
4. SIMEK, J. Etické problémy urgentní medicíny. *Urgentní medicína*, 2008, roč. 11, č. 4, s. 31-33. ISSN 1212-1924

Kontaktní adresa:

PhDr. Jana Haluzíková, PhD.

SU Opava

FVP, Ústav ošetrovatelství

Hauerova 4

746 01 Opava

jana.haluzikova@fvp.slu.cz

Česká republika

PORUCHY ADAPTÁCIE U ŽIEN S NEÚSPEŠNÝM TEHOTENSTVOM

Mária Lehotská¹, Imrich Žigo², Anna Eliášová³

¹Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

²Gynekologicko-pôrodná klinika JLF UK a UNM, Martin

³Prešovská univerzita v Prešove

Súhrn

Príspevok sa zaoberá problematikou adaptačného procesu v postabortívnom období a v situácii perinatálnej straty. Poukazuje na fyziologický priebeh smútenia a na jeho možné poruchy. Zdôrazňuje úlohu sestier a pôrodných asistentiek v podpore zdravého smútenia, ako aj v prevencii a včasnom záchyť maladaptívnych porúch. Výskumu sa zúčastnilo 161 žien s anamnézou potratu a perinatálnej straty a 180 sestier a pôrodných asistentiek. Metódu zberu údajov predstavoval dotazník. Cieľom výskumu bolo identifikovať najčastejšie pocity, potreby, skúsenosti žien s neúspešným tehotenstvom. Zistiť mieru využívania špecifických ošetrovateľských intervencií v prevencii maladaptácie. Výskumom sa nám potvrdila vysoká prevalencia porúch adaptácie v bezprostrednom ako aj v neskoršom (priemer 2,1 roka) období po strate, a to nezávisle od jej typu. Najčastejšia reakcia na stratu bola traumatická - opísané pocity a prejavy spĺňali kritériá pre akútnu stresovú poruchu, post-traumatickú stresovú poruchu alebo postabortívny syndróm - bezprostredne po strate (96,6 %), s odstupom 2 rokov (75,3 %). Zistili sme tiež nízku mieru uplatňovania špecifických ošetrovateľských intervencií. Naše získané výsledky sa do značnej miery zhodujú so súčasným revidovaným pohľadom na problematiku neúspešného tehotenstva.

Kľúčové slová: Neúspešné tehotenstvo. Akútna stresová porucha. Post-traumatická stresová porucha. Perinatálna strata. Postabortívny syndróm. Podpora fyziologického smútenia. Ošetrovateľstvo založené na dôkazoch.

Summary

This work deals with the adaptation process in time and situation during pregnancy failure and perinatal loss. It refers to the physiological process of mourning and its possible failure. It emphasizes the role of nurses and midwives in the promotion of healthy mourning, as well as prevention and early seizures of maladaptation disorders. Research involved 161

women with a history of miscarriage and perinatal loss, and 180 nurses and midwives. The method of data collection was a questionnaire. The goal was to identify the most common feelings, needs, experiences of women with pregnancy failure. Next goal was to find out the use of specific nursing interventions in the prevention of maladaptation, key factors influencing adaptation and the most maladaptation manifestations in different types of losses. The research confirmed a high prevalence of adjustment disorders in the immediate and late (average 2.1 years) period after a loss, regardless of its type. The most common reaction to the loss was traumatic reaction - described feelings and symptoms meet the criteria for acute stress disorder, post-traumatic stress disorder or post-abortive syndrome - immediately after a loss (96.6 %), two years apart (75.3 %). We've also had a low rate of implementation of specific nursing interventions. Our results largely agree with the current revised view on the issue of failed pregnancy.

Key words: Failing pregnancy. Acute stress disorder post-traumatic stress disorder perinatal loss. Post-abortion syndrome. Bereavement support. Evidence-based nursing.

Úvod

Problematika neúspešného tehotenstva je stále aktuálna. Kontakt so ženou s negatívnou reprodukčnou skúsenosťou je takmer dennodennou realitou v práci zdravotníkov. Ako neúspešné tehotenstvo môžeme označiť každé tehotenstvo, ktoré sa končí potratom (spontánnym alebo umelým), intrauterinným alebo intrapartálnym odumretím plodu. V zahraničnej literatúre (predovšetkým anglosaskej) sa stretávame s pojmom perinatálna strata, ktorý presnejšie vystihuje podstatu problematiky neúspešného tehotenstva.

Perinatálna strata (perinatal loss, pregnancy loss) označuje intrauterinné odumretie plodu, spontánny potrat, umelé ukončenie tehotenstva z dôvodu fetálnych anomálií a zo zdravotných dôvodov matky, pôrod mŕtveho dieťaťa a smrť dieťaťa vo včasnom popôrodnom období, pričom očakávanou reakciou matky (rodičov) je hlboký smútok a žiaľ (Gorrie et al., 1994, Urbanová, 2004).

Je všeobecne známe, že už počas tehotenstva dochádza k vytvoreniu silnej emocionálnej väzby medzi matkou a jej dieťaťom. Očakávanie narodenia dieťaťa formuje a pretvára rodinné vzťahy. Potratom, pôrodom mŕtveho dieťaťa či úmrtím dieťaťa vo včasnom popôrodnom období sa tieto novovytvorené vzťahy opätovne menia. Proces adaptácie na neúspešné tehotenstvo je obvykle dlhodobý a je podmienený multifaktoriálne.

V procese adaptácie ženy (rodiny) na neúspešné tehotenstvo môže dôjsť k zapojeniu efektívnych, ale aj menej efektívnych kopingových mechanizmov. Výsledkom je rozličný stupeň účinnosti vyrovnávania sa s neúspešným tehotenstvom.

Zapájanie neefektívnych stratégií kopingu spôsobuje maladaptáciu rodiča a problémy v rozličných oblastiach kvality života.

Zahraničné výskumy poukazujú na možnosť vzniku patologickej adaptácie na postabortívne respektíve postpartálne obdobie nielen u matky (postabortívny syndróm, perinatálna strata, akútna stresová porucha, post-traumatická stresová porucha, depresívne stavy ...) ale aj u ostatných členov rodiny (syndróm po prežití potratu, anniversary reaction...).

V našich podmienkach môžu byť sestry pri poskytovaní špecifických ošetrovateľských intervencií limitované zaužívanými postupmi na oddelení, ale aj odbornou nepripravenosťou (problematike adaptácie na neúspešné tehotenstvo je v rámci kvalifikačného štúdia sestier a pôrodných asistentiek venovaný minimálny priestor), čo môže iatrogénne viesť k nárastu maladaptačných porúch u žien so skúsenosťou neúspešného tehotenstva.

Pri ošetrovaní tejto špecifickej skupiny žien sa ošetrojúci personál môže dostať do situácií, kedy mravné normy prevyšujú právne a o ďalšom postupe musí rozhodovať individuálne (problém fetálnej bolesti, informovaného súhlasu...), na základe mravných, etických noriem a vlastného presvedčenia.

Cieľom štúdie bolo identifikovať najčastejšie pocity, potreby a skúsenosti žien s neúspešným tehotenstvom ako aj najčastejšie maladaptačné prejavy u jednotlivých typov straty. Naším cieľom bolo tiež zistiť mieru využívania špecifických ošetrovateľských intervencií, minimalizujúcich riziko vzniku maladaptačných reakcií.

Materiál a metodika

Výskumnú vzorku tvorili dva súbory respondentov:

Prvý súbor tvorilo 146 žien s anamnézou potratu a perinatálnej straty. Druhý súbor tvorilo 180 sestier a pôrodných asistentiek z 3 gynekologicko-pôrodných kliník (Martin, Prešov, Ružomberok) a 3 gynekologicko-pôrodných oddelení (Dolný Kubín, Komárno, Topoľčany) na Slovensku.

Na zber relevantných údajov a dosiahnutie stanoveného cieľa sme po schválení etickými komisiami (Etickou komisiou JLF UK v Martine, Etickou komisiou pri FNŠP J.A. Reimana v Prešove, EK pri ÚVN SNP FN v Ružomberku, EK pri Všeobecnej nemocnici v

Komárne a nemocnici v Topoľčanoch) použili empirickú metódu - dotazník pre oba sledované súbory.

Získané výsledky boli štatisticky spracované párovým a nepárovým Studentovým t-testom a testom proporcií. Vždy sa testovala tzv. nulová hypotéza, t.j. tvrdenie, že medzi porovnávanými veličinami *nie je* štatisticky významný rozdiel (*je nulový rozdiel*). Pri každom teste bola zvolená hladina významnosti 0,05 (5 %), ktorá predstavuje riziko (pravdepodobnosť), že bude zamietnutá hypotéza, ktorá v skutočnosti platí. O prijatí alebo zamietnutí hypotézy rozhodla tzv. P-hodnota, ktorá predstavuje kritickú hladinu významnosti. V prípadoch, keď je hodnota P menšia ako zvolená hladina významnosti 0,05, je nulová hypotéza zamietnutá, v ostatných prípadoch prijatá.

Výsledky

Zisťovali sme konkrétne prejavy postabortívneho syndrómu, perinatálnej straty, dysfunkčného smútku a ďalších maladaptívnych, prejavov (V Tabuľke vyjadrené číslami 1 - 16), pričom ide o tieto konkrétne prejavy: 1- premýšľam o stratenom dieťati, 2 - obávam sa, že sa strata zopakuje, 3 - cítim sa viac osamelá ako pred stratou, 4 - plačem pri spomienke na túto udalosť, 5 - nie som schopná v živote napredovať, 6 - obávam sa, že som počas tehotenstva nebola dostatočne opatrná, 7 - premýšľam prečo sa to stalo práve mne, 8 - myslím, že konanie iných prispelo k úmrtiu dieťaťa, 9 - som zarmútená, 10 - sníva sa mi o stratenom dieťati, 11- mávam pocity viny, 12 - som doslova zaujatá myšlienkami na dieťa, 13 - pri pohľade na iné deti sa v myšlienkach vraciam k tomu, o ktoré som prišla, 14 - nezaujímajú ma bežné denné činnosti, 15 - cítim sa bezmocná, 16 - rozmýšľam, aký by bol život keby dieťa žilo). Respondenti vyjadrovali mieru súhlasu s výskytom uvedených symptómov (1- takmer vždy, 2 - často, 3 - občas, 4 - skoro nikdy).

Tabuľka 1 Výskyt maladaptívnych symptómov súhrnné štatistiky

Súhrnné štatistiky	1	2	3	4	5	6	7	8
Rozsah	146	146	146	146	146	146	146	146
Aritmetický priemer	1,95	2,25	2,62	1,88	2,99	2,95	2,25	2,87
Medián	2	2	3	2	3	3	2	3
Smerodajná odchýlka	0,900	1,224	1,039	1,010	0,898	1,046	0,877	1,128

Súhrnné štatistiky	9	10	11	12	13	14	15	16
Rozsah	146	146	146	146	146	146	146	146
Aritmetický priemer	2,50	2,98	2,64	2,36	1,95	3,16	2,95	1,75
Medián	2,5	3	3	2	2	3	3	2
Smerodajná odchýlka	0,881	0,913	0,931	1,003	0,931	0,797	0,912	0,914

Vychádzalo sa zo zisteného priemerného skóre 2,50 (medián 3, smerodajná odchýlka 1,064) odpovedí 146 pacientok, ktoré sa porovnávalo so škálovou hodnotou 4 („skoro nikdy“), ktorá charakterizuje neprítomnosť uvedených symptómov.

Studentovým t-testom bol na hladine významnosti 0,05 (5 %) preukázaný štatisticky významný rozdiel medzi uvedeným priemerom 2,50 a hodnotou 4. P-hodnota je oveľa menšia ako 0,05. Teda *existuje súvislosť medzi neúspešným tehotenstvom a vznikom psychopatologickej symptomatológie*.

Porovnaním prejavov maladaptácie u žien s jednou, a u žien s opakovanými stratami sme zistili určitú zmenu charakteru maladaptčných prejavov, avšak priemerné skóre výskytu týchto symptómov je porovnateľné.

Alternatívne boli analyzované bezprostredné a dnešné pocity pacientok po strate dieťaťa.

Tabuľka 2 Bezprostredné a súčasné pocity vo vzťahu k strate

Reakcia	Tesne po strate		Dnešné	
	Početnosť		Početnosť	
	absolútna	relatívna [%]	absolútna	relatívna [%]
Traumatická	141	96,6	110	75,3
Neutrálna	5	3,4	36	24,7
Spolu	146	100	146	100

Ako traumatické odpovede boli vyhodnotené odpovede respondentiek, ktoré splňali kritériá pre ASD/PTSD (akútna stresová porucha/post-traumatická stresová porucha), alebo vykazovali 3 a viac symptómov postabortívneho syndrómu. Pod neutrálnu odpoveď sme zahrnuli nasledovné reakcie respondentiek: udalosť bola prijatá ako súčasť života, prevláda vyrovnanosť, pocit úľavy, že sa situácia vyriešila, pacientka nepopisuje výraznejšie problémy, odpoveď nespĺňa kritériá pre PAS (Postabortívny syndróm), ASD alebo PTSD.

V oboch prípadoch (bezprostredné i dnešné pocity) bol testom proporcií (relatívnych početností) preukázaný štatisticky významný vplyv straty dieťaťa na vznik pocitov vyjadrených traumatickými odpoveďami pacientok. V oboch prípadoch sú P-hodnoty oveľa menšie ako 0,05.

Podobné výsledky sme zistili aj u žien s anamnézou opakovaného neúspešného tehotenstva. Jednoznačne sa dá povedať, že dominantnou reakciou je traumatická odpoveď – 100 % pacientok tesne po strate a 86,7 % pacientok v súčasnosti.

Využívanie špecifických ošetrovateľských intervencií sme sledovali z pohľadu sestier (pôrodných asistentiek) a z pohľadu pacientok prostredníctvom komparácie korešpondujúcich bodov (uvádzaných v Tabuľke 3).

Položky boli u oboch súborov škálované. V položke IX (dotazník pre pacientky) zodpovedala maximálna škálová hodnota skóre 3 - *absolútne vystihuje* skúsenosť ženy so starostlivosťou zdravotníkov a v položke VII (dotazník pre sestry a pôrodné asistentky) bola maximálna škálová hodnota 4 - *takmer vždy* využívajú sestry a pôrodné asistentky uvedenú intervenciu.

Ďalej je v tabuľke uvedený percentuálny podiel (proporcia) priemerného skóre a maximálnej škálovej hodnoty (napr. $40,67 = 100 \cdot 1,22/3$ alebo $54,75 = 100 \cdot 2,19/4$).

Tabuľka 3 Miera uplatňovania vybraných ošetrovateľských intervencií z pohľadu sestier (pôrodných asistentiek) a z pohľadu pacientok

Pacientky Položka IX	Štatistika		SaPA Položka VII	Štatistika		P-hodnota
	Priemerné skóre	Podiel - proporcia		Priemerné skóre	Podiel - proporcia	
Bola som spokojná s informáciami, ktoré mi boli poskytnuté	1,93	64,33	Vedíme otvorený rozhovor o pôrode, potrate, dieťati	2,84	71,00	0,1992
Bol mi umožnený priamy kontakt s dieťaťom	1,22	40,67	Umožňujeme priamy kontakt rodičov s mŕtvym dieťaťom	2,19	54,75	0,0114*
Personál mi poskytol konkrétne spomienkové predmety	1,27	42,33	Poskytujeme rodičom konkrétne spomienky na dieťa...	1,76	44,00	0,7622
Maľa som dostatočne zabezpečené súkromie	1,90	63,33	Ženu umiestňujeme na izbu samotnú	2,47	61,75	0,7695
Bola som upozornená na možnosť vykonať smútočné obrady	1,41	47,00	Informujeme rodičov o možnosti pochovania potrateného a predčasne odňatého plodu	2,82	70,50	0,0000***
Bola som oboznámená s možnými podpornými zdrojmi	1,55	51,67	Zabezpečujeme kontakt so psychológom, resp. podpor. skupinami	2,29	57,25	0,3141
Maľa som zabezpečený neustály kontakt s rodinou	2,05	68,33	Umožňujeme neobmedzený kontakt s rodinou	3,68	92,00	0,0000***
Personál sa zaujímal o môj psychický stav	1,81	60,33	Pýtame sa ženy na jej pocity	2,99	74,86	0,0050**
Dostávala som lieky na upokojenie alebo na spanie	1,93	64,33	Podávame sedatíva, trankvilizéry alebo iné psychofarmaká	2,90	72,50	0,1132
Personál sa zaujímal ako situáciu zvládajú ostatní členovia rodiny	1,27	42,33	Všimame si ako situáciu zvládajú ostatní členovia rodiny	2,10	52,50	0,0676

Proporcie v prípade pacientok vyjadrujú ich percentuálnu spokojnosť s poskytovanými ošetrovateľskými intervenciami. V prípade sestier a pôrodných asistentiek vyjadrujú proporcie percentuálnu mieru využívania uvedených intervencií. Štatisticky významné rozdiely sú označené jednou, dvomi alebo tromi hviezdikami podľa stupňa významnosti.

Diskusia

Neúspešné tehotenstvo môže byť príčinou intenzívneho distresu pre ženu samotnú, ale aj pre jej partnera, či ostatných rodinných príslušníkov a vyžaduje si od zdravotníckych profesionálov vysoko senzitívny a na najnovších vedeckých poznatkoch založený prístup (Mansell, 2006).

V našej štúdii bol testom proporcií (relatívnych početností) preukázaný štatisticky významný vplyv straty dieťaťa na vznik pocitov vyjadrených traumatickými odpoveďami pacientok. V prípade tesne ako aj dva a pol roka po strate dieťaťa sú P-hodnoty oveľa menšie ako 0,05.

Aj v súbore žien s anamnézou opakovaného neúspešného tehotenstva sa dá jednoznačne povedať, že dominantnou reakciou je traumatická odpoveď – 100 % pacientok tesne po strate a 86,7 % pacientok v súčasnosti (priemerná doba od prvej straty predstavovala 8 rokov).

Podobné výsledky sme zaznamenali v roku 2004 kedy sme sledovali 60 žien s anamnézou abortu (umelého aj spontánneho). V bezprostrednom postabortívnom období vykazovalo traumatickú reakciu až 86 % žien po umelom prerušení tehotenstva a 93 % žien po spontánnom potrate. V neskoršom postabortívnom období (v priemere 2 roky od potratu) sme v tomto sledovanom súbore zaznamenali vzostup traumatických reakcií u žien s anamnézou umelého prerušenia tehotnosti na 93 %. U žien so skúsenosťou spontánneho potratu došlo síce k zníženiu počtu traumatických reakcií, ale ich výskyt bol aj naďalej pomerne vysoký (43 %); (Lehotská, 2004).

V kvalitatívnej štúdii v roku 2005 sme sledovali výskyt maladaptívnych prejavov u ženy s perinatálnou stratou v dôsledku intrauterinného odumretia plodu ako aj u ženy, ktorá podstúpila interrupciu v druhom trimestri tehotenstva z dôvodu vývojovej chyby plodu. U oboch sledovaných žien sme zaznamenali výskyt prejavov maladaptácie aj po 2 (pri intrauterinnom úmrtí plodu), aj po 5 rokoch (pri UPT v druhom trimestri tehotenstva), ktoré uplynuli od straty (Lehotská, 2005).

Podobne Urbanová (2004) zaznamenala prejavy maladaptácie u ženy, ktorá podstúpila interrupciu v druhom trimestri tehotenstva s odstupom dvoch rokov.

Podľa autorov: Lang, (2001), Bowles et al. (2000), Thompson (2001), Armstrong (2002), Adeyemmi (2008), Brownlee, Oikonen (2004), Mansell (2006), predstavuje neúspešné tehotenstvo psychotraumaticky pôsobiacu skúsenosť.

Jedným z cieľov našej práce bolo identifikovať najčastejšie maladaptívne prejavy, vyhodnotiť osobné pocity, skúsenosti a potreby žien s neúspešným tehotenstvom.

Najčastejšie odpovede žien na otázku pocitov vo vzťahu k neúspešnému tehotenstvu (položka V) boli nasledovné: „*vracajúce sa nutkavé myšlienky na potrat/pôrod, na dieťa aj napriek snahe vyhnúť sa im, pocity hanby, viny, prázdna, sklamania zo seba samej, osamelosti, depresie, obavy o priebeh nasledujúceho tehotenstva, žiaľ, obrovský smútok, ktorý pretrváva dodnes, plač.*“

Na splnenie stanoveného cieľa v oblasti maladaptívnych prejavov sme vychádzali aj zo štandardizovaných meracích a hodnotiacich nástrojov (Škála perinatálneho smútenia, Texaský zoznam prejavov smútku, Formulár rizikových faktorov komplikovaného smútku, Impact of Events Scale) a z diagnostických kritérií pre jednotlivé poruchy (PAS, PTSD, ASD), ktoré sme využili pri formulovaní jednotlivých položiek dotazníka.

Zistené priemerné skóre výskytu (pričom 1 = takmer vždy, 2 = často, 3 = občas, 4 = skoro nikdy) vybraných symptómov položky VI predstavuje 2,50 (medián 3, smerodajná odchýlka 1,064). To znamená, že frekvencia vybraných symptómov nedostatočnej adaptácie je medzi „občas“ a „často“.

Studentovým t-testom bol na hladine významnosti 0,05 (5 %) preukázaný štatisticky významný rozdiel medzi uvedeným priemerom 2,50 a ideálnym priemerom 4 („skoro nikdy“). Teda výskyt prejavov maladaptácie v našom sledovanom súbore môžeme zo štatistického pohľadu považovať za významný.

Na základe odpovedí respondentiek ako aj ich súhrnných štatistík konštatujeme, že k najfrekvencovanejším prejavom nedostatočnej adaptácie (medián 2 - často) patria nasledovné symptómy: rozmýšľam, aký bol život, keby dieťa žilo ($\bar{x} = 1,75$), plačem pri spomienke na túto udalosť ($\bar{x} = 1,88$), premýšľam o stratenom dieťati ($\bar{x} = 1,95$), pri pohľade na iné deti sa v myšlienkach vraciam k tomu, o ktoré som prišla ($\bar{x} = 1,95$), obávam sa, že sa strata zopakuje ($\bar{x} = 2,25$), premýšľam, prečo sa to stalo práve mne ($\bar{x} = 2,25$), som doslova zaujatá myšlienkami na dieťa ($\bar{x} = 2,36$).

Priemerné skóre viac ako 3,16 nebolo dosiahnuté v žiadnom prejave, rovnako ako ani medián 4 (skoro nikdy).

Ako uvádza Bowles (2000) jedným z diagnostických kritérií pre postraumatickú stresovú poruchu je, že traumatická udalosť je neustále sprítomňovaná opätovným navracaním sa k udalosti (vo forme pocitov, myšlienok alebo ilúzií).

U žien, ktoré majú v anamnéze neúspešné tehotenstvo sa veľmi často objavuje obava, že sa strata zopakuje.

Intenzívnu psychologickú úzkosť, depresívne prejavy, pocity viny, výrazné sebaobviňovanie a obavy o priebeh tehotenstva a vývoj plodu v čase nasledujúceho tehotenstva zaznamenali Klier et al. (2002).

Poruchy smútkového procesu vedú k mnohým variantom telesných a duševných ochorení. Narušená môže byť aj schopnosť organizovať vlastný život. Prejavy dysfunkčného smútku sú rôzne závažné, od úplne ľahkých až po extrémne ťažké. Niekedy, predovšetkým u ľahších porúch, môže byť problematické odlíšiť tieto prejavy od zdravého smútenia. V tejto situácii je potrebné o extrémnej forme smútenia uvažovať v prípade veľmi intenzívnych alebo dlhotrvajúcich emočných reakcií (Hašto, 2005). Napr. plač tesne po strate dieťaťa sa považuje za normálnu reakciu, dokonca jeho chýbanie v danej situácii by mohlo byť považované za patologické. Ak však žena reaguje plačom pri spomienke na neúspešné tehotenstvo aj s odstupom niekoľkých mesiacov, či dokonca rokov, ide už o prejav dysfunkčného smútenia.

Po strate dieťaťa sa často zisťujú maladaptívne reakcie. Prevládajú reakcie typu sebaobviňovania. Perinatálne úmrtie sa projikuje ako pocit okradnutia a opustenosti. Tieto pocity opustenosti, strachu a viny môžu prevládať dlhšiu dobu (Cisarík a kol., 1996).

Adeyemi (2008) sledoval výskyt depresívnych symptómov u žien s perinatálnou stratou pomocou EDPS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). V porovnaní s kontrolnou vzorkou, ženy s perinatálnou stratou vykazovali vysoké skóre depresívnej symptomatológie (52 % EDPS). Ako signifikantne asociačné faktory s uvedeným skóre stanovil nasledovné skutočnosti: anamnéza perinatálnej straty, nedostatok podpory v bezprostrednom období po strate ako aj výskyt antenatálnych komplikácií.

Existujú dôkazy pre to, že strata dieťaťa môže viesť k neskorším závažným problémom, ako pre rodičov samotných, zvlášť pre matku, tak aj pre žijúce deti rodičov. U matiek sa nezriedka objavujú ťažké psychiatrické poruchy, napr. záchvaty úzkosti, fobie, obsesie, hlboké depresie. Takéto problémy môžeme očakávať až u jednej tretiny matiek. Poruchy spomínaného charakteru majú neskôr nevyhnutne dopad aj na ďalšie deti (Hašto, 2005).

Podobný názor, že negatívna reprodukčná skúsenosť má dopad nielen na ženu, ale aj širšiu rodinu a preto podporné intervencie zdravotníckeho personálu by nemali smerovať len k samotnej žene, prezentovali na základe výsledkov výskumu viacerí autori Gold (2007), , Lang (2001).

Maladaptívne reakcie spočívajú v neschopnosti individua spracovať stratu spôsobom, ktorý interferuje s osobnou kapacitou sociálneho bytia a maximálne efektívnym spôsobom zvládnutia udalosti. Pod prejavy maladaptácie zahrňame: depresie, psychosomatické ochorenia, nevhodné správanie sa, neurotické a psychotické stavy (Clark, Affonso, 1976 in Capitulo, 2002).

Záver

Problematike neúspešného tehotenstva sa z pohľadu jeho psychologických dopadov venuje v našej odbornej literatúre málo priestoru, preto sa táto problematika stala v posledných rokoch predmetom nášho odborného záujmu.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. ADEYEMI, A. et al. 2008. Depressive Symptoms in a Sample Women Following Perinatal Loss. In *Journal of the National Medical Association*. ISSN 0027-9684, dec. 2008, vol. 100, no. 12, s. 1463-1468.
2. ARMSTRONG, D. S. 2002. Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. In *Journal of Nursing Scholarship*. [on line]. 2002, vol. 34, no. 4. [citované 10. decembra 2008] pp. 339-346, Databáza PROQUEST. ISSN 1527-6546
3. BOWLES S. V. et al. 2000. Acute and Post-traumatic Stress Disorder After Spontaneous Abortion. In *American family physician*. ISSN 0002-838X, Marec 2000, vol. 61, no. 6, p. 1689-1695.
4. BROWNLEE, K. - OIKONEN, J. 2004. Toward a Theoretical Framework for Perinatal Bereavement. In *British Journal of Social Work*. ISSN 0045-3102, 2004, vol. 34, no. 4. p. 517-529.
5. CAPITULO, K. M. L. 2002. *Etnography of perinatal grieving online*: dizertačná práca. New York : Columbia University. p. 185.
6. CISARIK, F. a kol. 1996. Genetická prognostika v gravidite. In *Praktická gynekológia*. ISSN 1335-4221, 1996, roč. 3, č. 1, s. 9-14.

7. GOLD, K. J. 2007. Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. In *Journal of Perinatology*. ISSN 0743-8346, 2007. vol. 27, Iss. 4, pp. 230-237.
8. GORRIE, T. M. et al. 1994. *Foundations of Maternal Newborn Nursing*. 1st ed. Philadelphia: Saunders Company, 1994. 1041 p. ISBN 0-7216-4033-8.
9. HAŠTO, J. 2005. *Vztáhová väzba*. 1. vyd. Trenčín: vydavateľstvo F, 2005. 300s. ISBN 80-88952-28-X.
10. KLIER, C. M. - GELLER, P. A. - RITSHER, J. B. 2002. Affective disorders in the aftermath of miscarriage: A comprehensive review. In *Archives of Women's Mental Health*. ISSN 1434-1816, oct. 2002, no.5, p. 129-149.
11. LANG, A. et al. 2001. Weathering the storm of perinatal bereavement via hardinewss. In *Death Studies*. ISSN 0748-1187, 2001, vol. 25, no.1, p. 497-511.
12. LEHOTSKÁ, M. 2004. *Postabortívny syndróm*: Diplomová práca. Martin: JLF UK. 2004. 74 s.
13. LEHOTSKÁ, M. 2005. *Perinatálna strata*: Rigorózna práca. Ružomberok: KU PF. 2005. 92 s.
14. MANSELL, A. 2006. Early pregnancy loss. In *Emergency Nurse*. ISSN 1354-5752, December 2006, vol. 14, Iss. 8, p. 26-28.
15. THOMPSON, S., J., P. 2001. Framing history: The meaning parents ascribe to bereavement photographs received following perinatal loss : dizertačná práca. □s.l.□ : Duquesne University, 2001.161p.
16. URBANOVÁ, E. 2004. *Etické problémy spojené s interrupciou v druhom trimestri tehotenstva*: dizertačná práca. Martin: JLF UK. 2004.

ETICKÉ POŽIADAVKY NA POVOLANIE V ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Peter Laca

Gréckokatolícka teologická fakulta, Prešovská univerzita

Súhrn

Etické požiadavky na povolanie v zdravotnej starostlivosti by mali vychádzať z uvedomenia si zmyslu života a zdravia jednotlivca, ale aj zmyslu fungovania celej ľudskej spoločnosti. V tomto príspevku sa snažíme poukázať na etické požiadavky v povolaní zdravotnej – ošetrovateľskej starostlivosti. Uplatňovanie etiky v zdravotnej starostlivosti by malo vychádzať predovšetkým z ochoty konať dobro, lebo dobro je jednou zo základných ľudských prirodzenosti a robí človeka človekom. Etická problematika vyrastá v zdravotnej starostlivosti z ľudského konania a konať dobro znamená konať podľa mravného a etického postoja, ktorý vyplýva z celkového ľudského postoja ku svetu blížnych.

Kľúčové slová: Človek. Ošetrovateľská starostlivosť. Zdravotná starostlivosť. Zodpovednosť.

Summary

Ethical requirements for the profession in health care should be based on an awareness of the meaning of life and health of individuals, but also a sense of the functioning of the entire human society. In this paper we highlight the ethical requirements in the health professions - nursing care. The application of ethics in health care should be based primarily on the willingness to do good because good is one of the basic human nature and makes man man. Ethical issues in health care grows out of human action and to do good is to act according to moral and ethical stance, which results from the overall attitude toward the world of human neighbors.

Key words: Man. Nursing care. Health care. Liability.

Úvod

Narastajúca potreba riešenia rôznych etických problémov a ich závažnosť v oblasti poskytovania zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti si vyžaduje vznik etických požiadaviek v zdravotníckej profesii. Ich hlavným poslaním je vo všeobecnosti ochrana ľudských práv a presadzovanie ľudskej dôstojnosti a osobnej integrity jednotlivých účastníkov zdravotníckej a ošetrovateľskej starostlivosti.

Etické aspekty v zdravotnej a ošetrovateľskej profesii

Zdravotná starostlivosť je fenomén, ktorý sa dotýka prevažnej väčšiny ľudí. Je predmetom pozornosti rôznych vedných odborov, z ktorých najbližšie k nej majú medicína a ošetrovateľstvo. Avšak týmto nechceme vymedziť tieto dve zložky za jediné a určiť tak ostré hranice medzi nimi a ostatnými vednými disciplínami podieľajúcimi sa na realizácii zdravotnej starostlivosti. Zdravotná starostlivosť má ako spoločenský jav korene vlastne už od prvých počiatkov utvárania sa človeka ako spoločenského činiteľa, jediného tvora s vyvíjajúcim sa intelektom. Človek vyniká hlavne v nevyhnutnosti sledovať vývoj poznania, premietaného do tak významnej ľudskej činnosti, akou je zdravotná starostlivosť a jej profesia. V problematike zdravotnej starostlivosti je ľudskou prirodzenosťou spoluurčovaný prostriedok, ktorým je udržiavanie zdravia, ako dobra či blaha, resp. minimalizácia prejavov choroby ako zla.

Svedomie by však malo byť osobným regulátorom správania sa a konania človeka. Ak je tento regulátor u človeka narušený, človek nie je schopný pevných ľudských vzťahov. Formovanie svedomia tvorí ťažisko formovania celej identity a integrity mravného človeka.

Túto problematiku formuloval Kant známou vetou: „Dve veci naplňajú myseľ stále novým a vzrastajúcim obdivom, čím častejšie a vytrvalejšie sa nimi premýšľanie zaoberá: hviezdne nebo nado mnou a mravný zákon vo mne.“² Kant vo svojej náuke o cnosti pojednáva o povinnostiach človeka k sebe samému a uvádza, že človek je na jednej strane bytosť zmyslová a na strane druhej rozumová, obdarená mravnou slobodou a ako mravne slobodný dáva zákon sám sebe ako bytosti zmyslovej. Túto povinnosť nazýva seba zachovaním, ale ďalej uvádza, že človek má k sebe povinnosti aj ako k morálnej bytosti a tými sú pravdivosť a sebaúcta. Za tretie má povinnosť k sebe ako k prirodzenému sudcovi, k vlastnému svedomiu. Základný príkaz všetkých povinností teda znie: *Poznaj sám seba!* Medzi povinnosťami k druhým ľuďom patrí predovšetkým povinnosť lásky, ku ktorej patrí

² KANT, I.: *Kritika praktického rozumu*. Praha : Svoboda, 1996, s. 174.

dobročinnosť, vďačnosť, angažovanosť. Ďalšou povinnosťou je povinnosť úcty, lebo byť človekom znamená samo osebe dôstojnosť. Láska a úcta sa spájajú do priateľstva. Medzi prídavky pre skutočné cnosti uvádza aj prístupnosť, komunikatívnosť, zdvorilosť či pohostinnosť, ktoré sú užitočné, lebo v nás prebúdzajú snahu priblížiť sa čo najviac k inému človeku a teda aj skutočnosť čo najviac sa priblížiť krásnej predstave.

V nadväznosti na stoikov a Epikura odporúča, aby „človek pri konaní svojich povinností bol smelý a radostnej mysle a tak svoju prácu vykonával s chuťou, čím dá vyniknúť jej vnútornej hodnote.“³ Tieto Kantove požiadavky sú svojím spôsobom formulované aj do etických požiadaviek na zdravotníckeho pracovníka v ošetrovateľstve a to vzhľadom na náročnosť a zodpovednosť tejto profesie.

Zdravotnícky pracovník by mal byť telesne a duševne zdravý. Túto požiadavku formuloval v lekárskej teda ošetrovateľskej profesii už aj Avicenna, či napr. Descartes, ktorý poukazuje na prepojenie duše a tela a na potrebu využitia potenciálu plynúceho so spojenia aktivity a schopnosti človeka ovládať vášne, ale o harmónii tela a duše pojednával aj Aristoteles ktorý hovorí o „harmónii duše a rozumu ako o predpokladoch rešpektovania etických princípov.“⁴ Telesný fond zdravotníckeho pracovníka by mal teda zodpovedať funkčnému zaťaženiu a preto je povinný myslieť aj na seba a starať sa o vlastné zdravie. Tomuto by mal zodpovedať aj jeho zovňajšok a životospráva a to práve preto, že jeho úlohou je aj byť vzorom v rámci starostlivosti o telesné a duševné zdravie. Je prinajmenšom nežiaduce, aby svoje osobné konflikty prenášal na svoje pracovisko, ale mal by mať určitý psychický a duchovný potenciál na vyhýbanie sa konfliktným situáciám, či na ich zvládanie. V praxi je však práve túto požiadavku dosť problematické uskutočňovať a tak ostáva táto potreba predovšetkým v rukách tých, ktorí pracovníkov na výkon zdravotného povolania pripravujú. Ďalšou požiadavkou je odborná a osobnostná zdatnosť, a tu by sa nemalo zabúdať aj na práva pacientov, ktoré by mali ovládať. Znova nás to posúva do oblasti vzdelávania a výchovy, pričom táto by nemala byť uskutočňovaná v procese prípravy na výkon povolania, ale mala by zastávať dôležitú funkciu v sústavnom celoživotnom procese zdokonaľovania sa človeka ako zdravotníka aj ako mravného subjektu.

Formu normy respektíve príkazu nadobúdajú až vtedy, keď sa táto stane vnútorným motívom samej konajúcej osoby, t.j. keď ju prijme a potvrdí svojím slobodným rozhodnutím. To znamená, že každý zdravotnícky pracovník, keď sa sám slobodne rozhodne pracovať vo sfére poskytovania zdravotnej „ošetrovateľskej“ starostlivosti, slobodne prijíma aj normy

³ STÖRIG, H. J.: *Malé dejiny filozofie*. Praha : Zvon, 1991, s. 297.

⁴ GLUCHMAN, V.: *Človek a morálka*. Prešov : LIM, 2005, s. 140.

obsiahnuté v kódexoch a svoje konanie im prispôsobí. Vonkajší príkaz sa stáva pre človeka vnútorne záväzným, subjektívne žiaducim vtedy, ak človek sám uskutočnil túto voľbu. Urobiť takéto rozhodnutie predpokladá v sebe celkovú pripravenosť človeka plniť požiadavky mravnosti. „Druhým predpokladom je mravný cit človeka, schopnosť vidieť a uznať vo vzniknutých okolnostiach tú nevyhnutnosť, ktorá ho vnútorne zaväzuje zvoliť si svoju vlastnú pozíciu.“⁵ A tak postupovať v súlade s ňou, niekedy si takáto voľba vyžaduje aj také riešenie, keď si človek považuje za povinnosť vykonať niečo, čo prekračuje hranice prijatej normy, inokedy zasa zdržanlivosť, obmedzenie svojich snažení vzhľadom na obmedzené osobné možnosti. Ďalším predpokladom je osobné presvedčenie o správnosti niečoho, čo sa u individua nemení automaticky na praktické činy. A v neposlednom rade je tu potreba či schopnosť uznávať a zvnútorňovať sa so sankciami, ktoré nastupujú po porušení príkazu, ako s pravdami, ktoré vyvstávajú pri hodnotení. Základom tohto subjektívneho aktu uznania pravdy pri hodnotení je, jednak jej odôvodnenosť a spravodlivosť a jednak vlastný vzťah človeka k svojim činom a konaniam. Aj toto je v istom zmysle voľba, ako schopnosť ľútosti, výčitiek svedomia, Schopnosť prežívať pocit hanby pri pokarhaní, alebo aj hrdosť a spokojnosť so sebou samým. „Toto závisí od celého mravného založenia vedomia mravného subjektu a od pozície, ktorú si zvolil. Nakoniec je potrebné uviesť, že dôležité je aj to aké konkrétne osobné motívy vedú mravný subjekt k jeho konaniu.“⁶

Zaujímavý je v tomto smere názor J. J. Rousseaua, ktorý vyjadruje, že človek vychádza z rúk prírody dobrý a až spoločnosť ho kazí a preto poukazuje na mimoriadnu dôležitosť výchovy, lebo človeka je potrebné chrániť pred pôsobením zlých vplyvov a je potrebné u neho rozvíjať prirodzený základ, ktorý je zásad ne v každom človeku. V zásade nadväzuje na Locka, ktorý v protiklade k Leibnizovi tvrdí, že „obsah nášho vedomia pochádza z vonkajšej a vnútornej skúsenosti, pričom vnútorná sa opäť odvodzuje z vonkajšej. Pri sprostredkovaní tejto skúsenosti hrá významnú úlohu práve výchova a to výchova dobrých ľudí, t.j. pestovanie postojov vedúcich k harmonickému spolužitiu.“⁷

Ak sme si predtým uviedli, že požiadavkou na zdravotného pracovníka je aj osobnostná zdatnosť, mali by sme ozrejmiť, čo je pod tým, vo vzťahu k výkonu zdravotníckej profesie, myslené. Jedným z aspektov je prosociálnosť, ktorá sa prejavuje sústredením sa na pomoc ľuďom bez rozdielu, čo by malo vychádzať z vnútornej potreby zdravotníka. Mal by vedieť prejavovať empatiu a súcť s tými, ktorí trpia. Mal by mať schopnosť prinášať isté obete

⁵ LACA, S.: *Etika života a interrupcia*. Prešov : Kušnir, 2008, s. 35.

⁶ DROBNICKIJ, O. G.: *Pojem morálky*. Bratislava : Pravda, 1980, s. 425.

⁷ STÖRIG, H. J.: *Malé dějiny filozofie*. Praha : Zvon, 1991, s. 253.

pre svoje povolanie a nemal by disponovať závisťou, či už v oblasti ekonomickej, v oblasti úspechov a pod., ale po vzore Sokratovej „autonómnej osobnosti, by to mal byť človek vnútorne slobodný, ktorý koná dobro pre dobro samo.“⁸ Z toho vyplýva, že zdravotnícky pracovník by sa mal snažiť o dosahovanie takých zdatností, ktoré sa skutočnými stávajú na základe poznania, tak ako o tom pojednáva Sokrates či Platón a Aristoteles.

Osobnostná zdatnosť zdravotníckeho pracovníka v ošetrovateľskej starostlivosti sa prejavuje aj v jeho zodpovednosti. K porušeniu etickej zodpovednosti patrí okrem iného aj povýšené konanie zdravotníkov, nedbalosť, porušenie lekárskeho tajomstva, ale aj podávanie takých informácií, ktoré síce nie sú priamo viazané lekársym tajomstvom, ale ich sprostredkovanie je nevhodné a narúša dôveru klienta k zdravotnému personálu. Patrí sem aj nerešpektovanie ľudskej dôstojnosti a ostýchavosti klienta, či podporovanie a krytie neoprávneného liečenia. Zodpovednosť človeku prináleží nie len za seba samého, ako to uvádza Sartre, ale je zodpovedný aj za druhých a druhým a to práve preto, že svet okolo nás máme vnímať ako svojbytnú prítomnosť druhého.

Zodpovednosť je do určitej miery ovplyvnená konkrétnou situáciou konajúceho mravného subjektu. Takáto zodpovednosť je najmä vyjadrením za prítomnosť, ale obsahuje aj rozmer zodpovednosti za budúcnosť. Pri zodpovednosti je potrebné uväzovať aj o bezprostrednej a sprostredkovanej zodpovednosti a tiež aj o retrospektívnej zodpovednosti. S týmto súvisí aj otázka princípu tolerancie, ktorý je podriadený princípu zdravotnej zodpovednosti. Nemenej dôležitou je aj požiadavka komunikatívnosti zdravotného pracovníka, ktorá predpokladá v sebe schopnosť nadviazať a viesť rozhovor, čo ma nemalú funkciu pri získavaní poznatkov o klientovi a o jeho problémoch či potrebách. Komunikatívnosť znamená aj vhodný prístup k spolupracovníkom. V problematike komunikácie môžeme vychádzať z Habermasovej univerzálnej požiadavky platnosti reči.

Zodpovednosť je prejavom humanistického ponímania sveta a vnímania hodnoty človeka. Otázka zodpovednosti sa spája s mravnou slobodou. Vo vzťahu k zodpovednosti je treba stanoviť priamu zodpovednosť mravného subjektu za dôsledky, ktoré bezprostredne vyplývajú z jeho konania. V tomto kontexte sa zodpovednosť a mravná sloboda vzťahujú hlavne k rešpektovaniu a realizácii ľudských práv a dôstojnosti človeka. Svoju rolu tu zohráva aj spravodlivosť. Zodpovedné konanie by malo byť zároveň aj spravodlivé a malo by byť v súlade s princípom humánnosti a deklaráciou ľudských práv. V. Gluchman vo svojej etike sociálnych dôsledkov uvádza, že „miera a rozsah zodpovednosti sa v priebehu vývoja ľudstva

⁸ GLUCHMAN, V.: *Človek a morálka*. Prešov : LIM, 2005, s. 140.

priamo úmerne rozširovali s uvedomovaním si chápania ľudských práv a ľudskej dôstojnosti.“⁹ V rámci etiky sociálnych dôsledkov vzťahuje zodpovednosť predovšetkým k rešpektovaniu a uskutočňovaniu ľudských práv a dôstojnosti človeka, teda k princípu humánnosti aj zo strany zdravotníckych pracovníkov aj v ošetrovateľskej starostlivosti. Pacient má teda právo na ohľaduplnú, humánnu, vysoko odbornú starostlivosť, poskytovanú s porozumením kvalifikovanými pracovníkmi.

Záver

Človek je ponímaný ako bytosť, ktorej podstata je tvorená v procese komunikácie, ako interakcie s inými mravnými subjektmi a okolitým svetom. „Na základe toho vo svojej diskurzívnej etike vyslovuje univerzálnu požiadavku platnosti reči a tou je: zrozumiteľnosť, pravdivosť, hodnovernosť a správnosť.“¹⁰ Prijatie týchto zásad komunikácie predpokladá, obdobne ako pri aktoch a činoch v morálnom konaní, prítomnosť určitej záväznosti, ktorou je morálna povinnosť a s ňou súvisiaca zodpovednosť. Nemôžeme sa spoliehať len na to, že každý je zodpovedný sám za seba, za vlastné zdravie a rozhodnutia s tým súvisiace, ale mali by sme mať na pamäti aj to, že rozhodnutia pacientov do značnej miery ovplyvňujú, či už vedome alebo nevedome, priamo alebo nepriamo zdravotnícky pracovníci pokiaľ, rodina sa podieľajú na realizácii zdravotnej starostlivosti.

Zoznam bibliografických odkazov

1. DROBNICKIJ, O. G.: *Pojem morálky*. Bratislava: Pravda, 1980, 491 s.
2. GLUCHMAN, V.: *Človek a morálka*. Brno: Doplněk, 1997, 204 s. ISBN 80-85765-95-0.
3. GLUCHMAN, V., DOKULIL, M.: *Teoretické otázky etiky*. Prešov : LIM, 2000, 163 s. ISBN 80-967778-7-4.
4. KANT, I.: *Kritika praktického rozumu*. Praha: Svoboda, 1996, 184 s. ISBN 80-218-0051-8.
5. LACA, S. 2008. *Etika života a interrupcia*, Prešov: Kušnir, 2008, s. 105, ISBN 978-80-969984-70.
6. STÖRIG, H. J.: *Malé dejiny filozofie*. Praha: Zvon, 1991, 510 s. ISBN 80-7113-041-9.

⁹ GLUCHMAN, V. - DOKULIL, M. (eds.): *Teoretické otázky etiky*. Prešov : LIM, 2000, s. 132.

¹⁰ GLUCHMAN, V. - DOKULIL, M. (eds.): *Súčasná etická teória*. Prešov : LIM, 2000, s. 113.

PROBLÉMY FARMAKOLOGICKEJ LIEČBY VO VYŠŠOM VEKU

Katarína Zrubáková¹, Anna Herinková²

¹Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

²Ústredná vojenská nemocnica SNP - Fakultná nemocnica, Ružomberok

Súhrn

Farmakologická liečba má pri komplexnej liečbe seniora veľký význam. Je však spojená s problémami ako: polypragmázia, zvýšené riziko liekových interakcií, nežiaducich účinkov liečiv, non compliance seniora a i. V príspevku sa zaoberáme realizáciou farmakoterapie v klinickej praxi- v domácnosti seniora a v ústavnom zariadení. A rozoberáme problémy zo strany pacienta, zdravotníckych pracovníkov a samotného liečiva.

Kľúčové slová: Senior. Farmakologická liečba. Problémy pri farmakoterapii.

Summary

Pharmacotherapy is very considerable for complex senior's treatment. It's indeed incidental with problems like: polymorbidity, high risk drugs interaction, non compliance senior and others. We discuss in contributions by realization of pharmacotherapy in clinical practice- in senior's familiar environs and resident equipment. And we analyze the problems from patient's side, medical employee and a medicine at all.

Key words: Senior. Pharmacotherapy. Problems by pharmacotherapy.

Úvod

Farmakologická liečba patrí medzi najčastejší spôsob liečby osôb vo vyššom veku, pretože s vekom seniora, stúpa počet zdravotných komplikácií a priamo úmerne i počet predpísaných liekov. Farmakologická liečba v starobe *„má však svoje zvláštnosti, ktoré vyplývajú z morfológických a funkčných odlišností, typických pre starnúci organizmus“* (Hegyí, Krajčík, 2004, s.42). Je jednou z najzložitejších kapitol geriatrickej, geriatrickej ošetrovateľstva a ostatných odborov zaoberajúcich sa starostlivosťou o starých ľudí. V príspevku sa preto zameriame na problémy, ktoré súvisia s ordinovaním, aplikáciou,

užívaním liekov a samotným liečivom. V závere sa venujeme i etickému problému, ktoré sa pri farmakoterapii môžu vyskytnúť.

Farmakoterapia v číslach

- starí ľudia patria medzi najväčších konzumentov liekov a ich spotreba stúpa s počtom diagnóz a vekom, (do 85 roku ↓).
- Krajčík 1992 (In Hegyi, Krajčík, 2004) zistil v súbore ľudí vo veku nad 60 rokov bývajúcich doma, že priemerný počet užívaných liekov bol 3,9. Bez liečby bolo 10,5 seniorov.
- V inej výskumnej práci (Topinková, 2005)- priemerný počet liekov- **4-6** v domácom prostredí, **5-8** v ústavnom zariadení.
- Zrubáková (2009)- priemerný počet 5, najväčší počet 14, nad 75 rokov 91-98 % osôb užíva pravidelne lieky.

Charakteristika farmakologickej liečby

Ako už bolo v úvode spomenuté, farmakoterapia v starobe má svoje osobitosti, ktoré sú:

- polypragmázia,
- prevaha symptomatickej liečby nad kauzálnou,
- vyšší výskyt nežiaducich účinkov liečiv a liekových interakcií,
- zhoršené compliance,
- zvláštnosti farmakokinetiky, farmakodynamiky (Kalvach, 2004),
- mnohé liečivá môžu zhoršiť základné ochorenie alebo prekryvať príznaky choroby,
- farmakoterapia môže znižovať kvalitu života,
- s rastúcim vekom chorého sa znižuje prospešnosť liečby a zvyšuje sa jej riziko (Malíková, 2006, Malíková, Kadučáková, 2007).

Úlohy zdravotníckych pracovníkov pri realizácii farmakologickej liečby seniora

Farmakoterapia v geriatrickej je účinná, ak je vykonávaná tímovo, do terapie je zapojený multidisciplinárny tím, ktorý najčastejšie tvoria:

- lekár- je zodpovedný za správnu ordináciu liečby a monitorovanie účinkov liečby-liekov,
- sestra- plní ordinácie lekára, realizuje výkony samostatne, v spolupráci s lekárom a zároveň kontroluje pacienta/rodinných príslušníkov v domácnostiach a v ústavnom zariadení,
- lekárničky/farmaceuti- mali by byť aktívnym poradcom pri vyberaní a kupovaní liekov,

- rodinní príslušníci alebo opatrovatel' - pri komplexnej starostlivosti o seniora, napríklad aplikujú, pripravujú lieky v domácom prostredí, respektíve kontrolujú pravidelné užívanie liekov, alebo dodržiavanie iných spôsobov liečby (nefarmakologické liečebné postupy) prípadne všímajú si zmeny v zdravotnom stave pacienta,
- pacient- spolupracuje pri farmakologickej a nefarmakologickej liečbe - dodržiava ordinácie lekára, prípadne inštrukcie sestry a lekárnika (Zrubáková, 2009).

Kvalitná a koordinovaná tímová práca vedie ku:

- zvýšeniu informovanosti,
- zvýšeniu compliance,
- terapeutickému monitorovaniu pacienta,
- vyhodnocovaniu nežiaducich účinkov liekov,
- zlepšeniu komunikácie,
- odstráneniu komplikácii v súvislosti s liečbou,
- zvýšeniu kvality života seniora.

Problémy farmakoterapie v domácej a ústavnej starostlivosti

V domácnosti seniora a v ústavnom zariadení sa pri realizácii farmakologickej liečby vyskytujú tri okruhy problémov (Dúbrava, 2006).

1. problémy týkajúce sa pacienta,
2. problémy týkajúce sa predpisujúceho lekára a zdravotníckych pracovníkov,
3. problémy týkajúce sa samotných liečiv.

V druhom okruhu sa často okrem klinických problémov stretávame i s etickými problémami/dilemami.

Ad 1 Problémy zo strany pacienta

- nedostatočná spolupráca pri liečbe,
- samo medikácia liečiv,
- neinformovanie zdravotníckych pracovníkov o užívaní liekov,
- chyby pri užívaní liekov, úprava dávkovania, zámerné neužívanie liekov...(Hegyí, 2005)

Ad 2 Problémy zo strany zdravotníckych pracovníkov

- nespolupráca pri realizácii farmakologickej liečby,
- predpisovanie rizikových a nevhodných liekov,
- nedodržiavanie zásad racionálnej farmakoterapie,
- podcenenie pacienta.

Ad 3 Problémy spôsobené samotným liečivom

- nežiaduce účinky liečiva/liečiv- anorexia, psychický útlm, inkontinencia, hypomobilita...,
- podieľajú sa na úmrtnosti krehkých seniorov,
- skresľujú klinický obraz chorôb (Topinková, 2005).

Problémy sa odlišujú aj od miesta poskytovanej starostlivosti- domácnosť seniora, ambulancia praktického lekára alebo špecialistu, ústavné zariadenie.

Problémy farmakoterapie v jednotlivých typoch zariadení poskytujúcich starostlivosť seniorom

Domáce prostredie

- nedostatočná koordinácia starostlivosti,
- stúpa počet hospitalizácií a rehospitalizácií v súvislosti s polyfarmáciou a nevhodnou farmakoterapiou (Dúbrava, 2006),
- nedostatok odborného personálu,
- **podcenenie vzhľadom k veku,**
- seniori nemajú dostatočné vedomosti o užívaní liekov a s tým súvisiacich problémoch- samo medikácia, samovoľné neužívanie liekov, nežiaduce účinky liekov,
- problémy s uskladnením liekov- kvapky, masti, tabletky,
- nedostatočné využívanie pomôcok- liekovky, dávkovač liekov, liekový kalendár, karta,
- non compliance.

Ambulantné zariadenia

- nedostatok času,
- nedostatočná koordinácia spolupráce lekár- lekár špecialista,
- nedostatočná edukácia, absencia písomných metód, pomôcok,
- nevhodná aplikácia liekov.

Ústavné zariadenia

- nežiaduce účinky liečiv, liekové interakcie,
- **poškodenie pacienta, iatrogénna trauma,**
- **podcenenie kontroly liečby,**
- nedostatočná edukácia,
- non compliance (Krajčík a kol 2008).

Etické problémy farmakologickej liečby vo vyššom veku

Etické problémy priamo úmerne súvisia s vekom a postihnutím seniora.

Najčastejšie sa týkajú dodržiavania základných etických princípov:

1. **prospešnosť** (salus aegroti suprema lex)- lekár i sestra musia konať v prospech pacienta a hľadať pre neho najlepší postup liečby, najlepšie riešenie starostlivosti.
 - z hľadiska farmakoterapie to však môže byť problém a to: predpis lieku vzhľadom na ochorenie, nie na vek- liek je nevhodný pre seniora, nesprávne dávkovanie, liekové interakcie.
2. **nikdy neškodiť** (primum non nocere) – zvážiť škodlivé následky, ktoré by mohlo mať konanie vo vzťahu k pacientovi
 - veľký počet liečiv,
 - vedľajšie účinky liečby.
3. **autonómia** (voluntas aegroti suprema lex)- pacient má právo na sebaurčenie, zasahuje do procesu liečby.
 - pri farmakoterapii nezasahuje pacient do liečby,
 - nedostatočná informovanosť.
4. **spravodlivosť** (iustitia)- spravodlivosť v rozdeľovaní nedostatkových materiálov, komu bude poskytnutý osobitný druh liečby. (Németh, 2009)
 - podcenenie v súvislosti s vekom a zdravotným stavom.

Všeobecné zásady prístupu k pacientovi pri farmakologickej liečbe z pohľadu etiky

Počas realizácie farmakologickej liečby by mali zdravotnícki pracovníci dodržiavať všeobecné zásady prístupu k starostlivosti a to:

- starostlivosť o pacienta povýšiť na prvoradý záujem,
- jednať s pacientom zdvorilo a ohľaduplne,
- rešpektovať pacientovu dôstojnosť a súkromie,
- počúvať pacienta a rešpektovať jeho názory,
- poskytnúť pacientovi informácie v zrozumiteľnej forme,
- rešpektovať právo pacienta 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 pacienta (Nemčeková, 2008).

Často však vzhľadom na vek pacienta, zníženú úroveň kognitívnych funkcií a zhoršený zdravotný stav bývajú porušené. Prístup môže narušiť aj prostredie starostlivosti, v ústavnom a sociálnom zariadení je úzky súvis s počtom personálu a jeho preťažovaním, v ambulanciách veľký počet pacientov na lekára a sestru, v domácnosti seniora- nevyhovujúce podmienky v domácnosti, neohodnotenie výkonov.

Záver

Farmakoterapia je významnou súčasťou liečby seniora. Má svoje výhody- zmiernenie symptómov, vyliečenie akútneho ochorenia, ale často aj nevýhody spojené so zvýšeným rizikom nežiaducich účinkov liekov, polypragmáziou a zmenami v súvislosti s procesom starnutia.

Úlohou zdravotníckych pracovníkov je účelnou farmakoterapiou dosiahnutie, čo možno najvyššej kvality života pacienta. Nie je to možné bez jeho aktívneho zapojenia a spolupráce.

Pozitívny prístup možno získať primeranou edukáciou, komunikáciou a starostlivosťou o pacienta, interdisciplinárnou spoluprácou a dodržiavaním etických princípov.

Zoznam použitej literatúry:

1. DÚBRAVA, M. 2006. Účinná a bezpečná farmakoterapia seniorov. In *Via practica*. 2006. č.7-8. s. 327-332.
2. HEGYI, L. 2005. Compliance vo vyššom veku. In *Geriatrics*. 2005, č. 2, s. 78.
3. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2004. *Geriatrics pre praktického lekára*. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2004, 298 s., ISBN 80-89171-06-0
4. KALVACH, Z., ZADÁK, Z. JIRÁK, J. a kol. 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1 vyd. Praha: Grada, 2004, s. 864, ISBN: 80-247-0548-6 X
5. KRAJČÍK, Š., BARTOŠOVIČ, I., HEGYI, L., WAWRUCH, M. 2008. Farmakoterapia u hospitalizovaných geriatrických pacientov. In *Lekársky obzor*. 2008, č. 2, s. 58-62
6. MALÍKOVÁ, K. 2006. Edukácia pri farmakoterapii seniorov. In: *Sestra a lekár v praxi*, 11-12 2006, s. 29-31. ISSN 1335-9444
7. MALÍKOVÁ, K., KADUČÁKOVÁ, H. 2007. Farmakoterapia geriatrického pacienta z pohľadu sestry. In: *Nové poznatky v oblasti medicíny a ošetrovateľstva*. Ružomberské zdravotnícke dni. Ružomberok FZ KU v Ružomberku, 2007, s. 216-

226. ISBN 978-80-8084-126-3

8. MALÍKOVÁ, K., MAGERČIAKOVÁ, M. 2008. Farmakologická liečba seniorov z pohľadu komunitného ošetrovateľstva. In: *Ošetrovateľstvo a zdravie*. Trenčín: Fakulta zdravotníctva. Ed. POLIAKOVÁ, N., ČERVEŇANOVÁ, E., GERLICOVÁ, K., GRABCZAK, P. 2008, s.194-208. ISBN 978-80-8075-322-1
9. NEMČEKOVÁ, M. a kol. 2008. *Etika v ošetrovateľstve*. Prešov: FF- Prešovská univerzita, 2008. ISBN 978-80-8068-812-7
10. NEMETH, F. a kol. 2009. *GeriatRIA a geriatrické ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2009. 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1
11. TOPINKOVÁ, E. 2005. *GeriatRIe pro praxi*. Praha: Galen, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6
12. ZRUBÁKOVÁ, K. *Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o geriatrického pacienta v komunite*- dizertačná práca. Trnava: Trnavská univerzita, 2009. 201 s.

OD ETIKY PRINCIPŮ K ETICE ODPOVĚDNOSTI

Jana Heřmanová, Marie Zvoníčková, Hana Svobodová

Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství

Súhrn

Jedním ze zásadních témat, kterými se při výuce etiky ve zdravotnických oborech zabýváme, jsou principy, ať již jde o principy zakotvené v Hippokratově přísaze, křesťanské principy, či principy lékařské etiky, které formulovali Beuchamp a Childress. Přes velký význam, který etika založená na principech zcela jistě má, se však v praxi ukazuje, že jak studenti, tak mnozí zdravotníci ji vnímají jako těžko uchopitelnou teorii, kterou nedokážou ve své práci uplatnit. Od druhé poloviny minulého století, zejména pak od osmdesátých let, se rozvíjejí směry etiky, které zdůrazňují význam charakterových vlastností morálního jedince, úlohu pečování/starosti o druhého a důležitost dobrých mezilidských vztahů, jež vytvářejí rámec ošetrovatelské péče. Obsah přednášky vychází ze soudobé ošetrovatelské literatury a vlastního výzkumu autorek.

Klíčová slova: Etika. Principy. Ctnosti. Pečování. Odpovědnost.

Summary

Hippocratic, Christian, and biomedical principles have traditionally been taught as one of the main topics of ethics courses in healthcare educational programmes. Although principle based ethics has played an important role in the development of bioethics the practice has shown that many students as well as healthcare workers perceive it as a highly theoretical concept that is difficult to implement. Since the middle of the last century and even more since the 80's new theories of ethics have been developing which stress the importance of the character traits of the moral agent, the role of caring and necessity of good relationships within which healthcare is provided. The lecture is based on the current literature and own research findings.

Key words: Ethics. Principles. Virtues. Caring. Responsibility.

Úvod

Většina sester, které vystudovaly v období od roku 1952 – do počátku 90. let minulého století, neprošla systematickou výukou etiky. Nelze však říci, že by se alespoň útržkovitě neseznamovaly s prvky ošetrovatelské etiky. V předmětech péče o nemocné, teorie ošetrování a psychologie se studentky učily o tom, jaká vlastnosti (ctnosti) má být dobrá sestra, jak se chovat k pacientům, aby v nich budila důvěru a naději v uzdravení, a samozřejmě i to, že musí dodržovat „lékařské tajemství“, dnešním jazykem mlčenlivost a ochranu soukromí pacienta.

V souvislosti s politickými změnami po roce 1989 se na českých lékařských fakultách přednášet lékařská etika nejen posluchačům lékařských oborů, ale i studentům nově vznikajících bakalářských programů ošetrovatelství. Na 3.LF UK byla výuka etiky do programu sester poprvé zařazena v roce 1992. Doc. Jiří Šimek, který studentky ošetrovatelství donedávna vyučoval, vzpomíná, že jim přednášel „stejná témata jako medikům, ale postupně jsem sestry vybízel k tomu, aby samy říkaly, co je v této oblasti zajímavé, co vlastně pro ně znamená etika v ošetrovatelství“. Stručná anotace předmětu z roku 2000 uvádí tato témata: základy etiky a lékařské etiky, metody morálního rozvažování, problém respektu k autonomii nemocného, etické aspekty onkologické péče, terminální péče, práva pacientů, etické aspekty asistované reprodukce, etika klinického výzkumu a etika financování zdravotnictví. Počet témat odpovídal počtu alokovaných hodin, z dnešního pohledu však nepokrývají šířeji problematiku etiky v ošetrovatelství tak, jak se dnes jeví v praxi i v ošetrovatelské literatuře, zejména pak zahraniční. Současní vyučující etiky v ošetrovatelství se proto začali zabývat otázkou, z čeho by měla náplň předmětu vycházet a kam by měla v budoucnu směřovat. Začaly se tedy více zabývat problematikou etiky ctností, etiky pečování a etiky odpovědnosti.

Metodika

Ke zpracování tématu využily zejména studium zahraniční literatury, která je velmi bohatým zdrojem poznatků o rozvoji etiky v ošetrovatelství v posledních třiceti letech. Dalším zdrojem byly seminární práce studentů prezenční i kombinované formy studia ošetrovatelství 3. lékařské fakulty UK a spolupracujících institucí, individuální rozhovory se zdravotnickými pracovníky i ohniskové skupiny. Zajímavé poznatky přinesl rovněž pilotní výzkum zaměřený na charakteristiku pečující sestry z pohledu pacientů i sester samotných. Tento příspěvek přináší pouze vybranou část dané problematiky

Směřování etiky v ošetrovatelství

Letný pohled na množství titulů, které vychází v anglickém jazyce, ukazuje, že etika v ošetrovatelství doznala velkého rozmachu zejména v posledních třiceti letech, kdy se také začala rozvíjet feministická etika a etika ctností. Impulsem pro uvedené směry bylo nejen zjištění Carol Gilliganové, že se ženy při morálním rozvažování řídí jinými kritérii než muži (vztahy a city na straně jedné a obecné principy a pravidla na straně druhé), ale i to, že ani formulování a zdůrazňování principů etiky a lékařské etiky, nevede nutně k poskytování morálně správné lékařské a ošetrovatelské péče. Začalo se mluvit o tom, jaký má být člověk, který poskytuje zdravotní péči a v jakých souvislostech interakce mezi jednotlivými aktéry probíhají.

Carol Gilligan poprvé použila termín etika pečování (ethic of caring). Její teorii o způsobu morálního rozvažování žen dále rozpracovala Nel Noddings a postupně se jí nechali inspirovat mnozí autoři v oblasti etiky v ošetrovatelství. Za třicet let rozvoje prošla etika pečování různými fázemi, našla své zastánce i kritiky. V současné době se rozlišuje několik koncepcí.

Podle behaviorální koncepce se pečování projevuje především v chování, činech a aktivitách, které vedou k uspokojování potřeb druhého člověka (pacienta). Praktickým dopadem je poskytování (ošetrovatelské péče). Je to však dostačující k posouzení toho, zda je zdravotník opravdu pečující, zda má o pacienty starost, vnímá jejich utrpení? Pokud budeme posuzovat pouze behaviorální projevy, to co je vidět navenek, nepostihneme pečování v celé šíři.

Emocionální koncepce zdůrazňuje soucit, schopnost cítit s druhým člověkem, mít určité pocity při pohledu na trpícího člověka. Sestra je motivovaná pomoci člověku, který má nějakou potřebu, je schopná hovořit laskavě k pacientovi, který je úzkostlivý nebo osamělý. Tato koncepce sice napovídá, jak vypadá psychické rozpoložení sestry, ale neříká, co ji motivuje, neprozrazuje nic o pečování jako vnitřním, subjektivním prvku. Pečování se nedá vyjádřit ani pouze jako psychický stav nebo emoce. Obsah pojmu by tak mohl být příliš vágní. Takto pojaté pečování navíc může být idealizované, romantizující. Mnohé sestry se při svém pracovním zařazení k pacientům buď nedostanou, nebo, jako například na operačním sále, s nimi vůbec nekomunikují. Nedokážou si tedy vytvořit vztah s pacientem, nebo k tomu nemají dostatek prostoru a času.

Caritative caring je koncepce, která vyzdvihuje lásku k sobě a druhému člověku. Ta je pro pečování samozřejmě velmi důležitým předpokladem, ale i v tomto případě je nutné si přiznat, že může být velmi těžké milovat každého pacienta podle křesťanských principů.

Koncepcie, ktorá spojuje jak behaviorálnu tak emocionálnu složku pečování, spadá do oblasti etiky ctností. Pečování tak můžeme pojímat jako holistickou ctnost. Podle van Hoofta je pečování část mé osobnosti, která je zaměřená na ostatní s cílem zlepšení jejich života. Ti druzí mohou být moji blízcí, jsem vůči nim odpovědná; pacienti, za něž jsem zodpovědná (profesionální vztah), nebo lidé, s kterými se identifikuji, protože nás spojuje národnost, náboženství, nebo prostě lidská rasa. (Tschudin, 2003, str. 8) Inherentním cílem se myslí to, že má vlastní existence se naplňuje nebo zlepšuje podle toho, jakým způsobem pečuji o druhé. Blaho ostatních bude v mnoha případech externí cíl, ale jsem-li pečující osoba, bude tento cíl korespondovat s mým vnitřním cílem. Naplnění tohoto vnitřního cíle se potom podílí na mé cestě k eudaimonii (blaženosti). Pečování je tedy v tomto smyslu ctnost, která vede k dobrému jednání. Jde o ctnost obecnou, vlastní všem lidem. V ošetrovatelství potom jde o specifickou ctnost, která vyplývá z odpovědnosti sestry vůči jí svěřeným pacientům. Sestra celou svou bytostí směřuje k naplnění inherentního cíle, jímž je zdraví pacienta. Základní kameny pečování jsou podle van Hoofta blízkost (intimacy), profesionální odpovědnost a empatie (sympathy and identification). Přestože mnohé směry etiky pečování zdůrazňují právě emocionální složku a úlohu lásky ve vztahu k druhému člověku, van Hooft zdůrazňuje zodpovědnost jako primární předpoklad pečování v ošetrovatelství. Ne vždy je sympatie a blízkost reálná nebo nutná, bez zodpovědnosti však ošetrovatelskou péči bezpečně poskytovat nelze. (Tschudin, 2003, str. 8)

Těmto názorům se ostatně blíží i odpovědi sester ve zkoumaném vzorku. Ačkoli považují za důležitý atribut pečování to, že sestra s pacienty mluví, přikládají větší význam praktickým dovednostem a schopnosti rozpoznat, kdy upozornit lékaře na stav pacienta.

Vzhledem k tomu, že naším cílem je dobro pacienta, měly bychom se zabývat tím, co je pro pacienty z hlediska pečování důležité. Dosavadní výsledky našeho zkoumání ukazují, že naši pacienti sice ocení sestru, která je vyslechne a je přívětivá, za nejdůležitější však označují takové atributy jako je šikovnost (zručnost), dobře poskytovaná základní péče a schopnost sestry včas rozpoznat, kdy je nutné zavolat lékaře. V době, kdy se tolik zdůrazňuje individualizovaná péče a hovoří se o tom, že sestry by měly poznat životní příběh pacienta, jeho hodnoty a cíle, je velice zajímavé zjištění, že pacienti nepovažují za důležité to, že pečující sestra chce poznat pacienta jako individuální osobnost. Otázkou je, zda takto odpovídají z dlouhodobě zažitě (a v naší společnosti rozšířené) neochoty svěřovat se a snahy uchovat si své soukromí, či proto, že jim nedokážeme dostatečně vysvětlit podstatu individualizované péče, či tak neumíme pracovat.

Závěr

Etika pečování a ctností vnesla do ošetrovatelství velmi cenné podněty, které jsou sestrám blízké a dobře srozumitelné. Je však nutné vyvarovat se romantickému pojetí ošetrovatelského povolání a najít rovnováhu mezi vysokou mírou empatie a citového zaujetí na straně jedné a neosobním poskytováním precizní ošetrovatelské péče na straně druhé. Etika odpovědnosti by nás měla vrátit „zpět ke kořenům“, tedy k výchově zdravotnických pracovníků, kteří budou nejen umět naslouchat a snad i hledat stopy lidství a spirituality v každém pacientovi, ale budou především zdatnými odborníky, což jim umožní poskytovat morálně správnou a bezpečnou péči.

Zpracováno s finanční podporou grantu IGA MZ ČR NS9968-3/2008 219088

Seznam bibliografických odkazů:

1. HAVE, H, ten., Clark,D. *The Ethics of Palliative Care: European Perspectives*. 1. Vyd. Buckingham: Open University Press, 2002. 257 s. ISBN 0-335-21140-2
2. JOHNSON, O, A. 1994. *Ethics: Selections from Classical and Contemporary Writers*. 7. vyd. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers. 1994. 483 s. ISBN 0-15-500380-1
3. TSCHUDIN, V. 2004. *Approaches to Ethics: Nursing Beyond Boundaries*. 1. vyd. Edinburgh: Butterworth Heinemann, 2003. 138 s. ISBN 0-7506-5326-4.

ETICKÉ DILEMY UMELEJ HYDRATÁCIE A VÝŽIVY V ZÁVERE ŽIVOTA

Anna Herinková¹, Katarína Zrubáková², Renata Darmošová¹

¹Ústredná vojenská nemocnica SNP – Fakultná nemocnica, Ružomberok

²Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

Súhrn

V závere života sa pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti stretávame s viacerými etickými dilemami a problémami, ktoré sa môžu týkať samotného pacienta, ale aj jeho príbuzného. Medzi najčastejšie z nich radíme problémy výživy a hydratácie. V príspevku sa preto zaoberáme výživou, hydratáciou a ich indikáciou v terminálnom štádiu ochorenia. Rozoberáme argumenty pre a proti výžive a hydratácii, ako aj najčastejšie etické problémy s nimi súvisiace. Ponúkame stanoviská a vyjadrenia profesijných organizácií a katolíckej cirkvi, ktoré môžu čiastočne ovplyvniť postup liečby. Na konci príspevku sa venujeme aj samotnému pacientovi, ktorého rozhodnutie a názor by mal byť akceptovaný.

Kľúčové slová: Výživa. Hydratácia. Záver života. Etické dilemy. Terminálna starostlivosť.

Summary

At the end of life when providing health care we encounter more ethical dilemmas and problems that may relate to the patient, but also his relative. The most common of these problems are nutrition and hydration. In this article, we therefore deal with nutrition, hydration and the indication of end-stage disease. We Discuss the arguments for and against the nutrition and hydration, and the most ethical issues related. We offer opinions of professional organizations and the Catholic Church, which may partly affect the treatment process. The end of the article is devoted to the patient himself, whose decisions and views should be accepted.

Key words: Nutrition. Hydration. End of life. Ethical dilemmas. Terminal care.

Úvod

Umieranie, záver života, posledná fáza, terminálne štádium.... Nech akokoľvek nazveme túto poslednú etapu života, vždy ide o ohraničenú dobu niekoľkých hodín, dní, prejavujúcu sa

postupným a nezvratným zlyhávaním životne dôležitých funkcií orgánov s následnou smrťou jedinca. Cieľom starostlivosti je minimalizovanie dyskomfortu, nepredlžovanie procesu umierania a maximálny rešpekt k jedinečnosti konca každého ľudského života.

Etické problémy v závere života

V súčasnej dobe pokrok v biomedicínskom výskume umožňuje liečiť a vyliečiť ochorenia, predĺžiť prežívanie s primeranou kvalitou života, ale vďaka modernej medicíne vystupujú do popredia aj mnohé etické problémy týkajúce sa ukončenia liečby, ukončenia umelej hydratácie a vyživovania. Naším hlavným cieľom má byť zabezpečenie dôstojného umierania. Umierajúceho nie „nechať zomrieť“, ale „dovoliť zomrieť“.

Všetci, ktorí sa staráme o chorých sme povinní dodržiavať **etické zásady**:

- 1. Beneficiencie- konať vždy v záujme pacienta,**
- 2. Non- maleficiencie- neškodiť,**
- 3. Autonómie,**
- 4. Spravodlivosti.**

V praxi však môže nastať situácia, kedy vznikne konflikt medzi jednotlivými etickými zásadami. Vtedy je potrebné po dôkladnom zhodnotení dať prednosť tomu, čo je v záujme pacienta a zvážiť možné výhody proti prípadným nežiaducim účinkom navrhovanej liečby.

V priebehu umierania príde doba, kedy pacient začne strácať záujem o každodenné aktivity, ale aj o jedlo a tekutiny. V tejto fáze začína byť jedlo pre pacienta záťažou. Umelé vyživovanie a hydratácia patria k jedným z mnohých otázok týkajúcich sa etického rozhodovania v závere života. Rozhodnutie nie tak o začatí, ale najmä o ukončení. Všetci, ktorí sa starajú o pacienta musia mať jasne stanovené ciele. Je dôležité, aby vedeli odlišiť malnutríciu a dehydratáciu od hladu a smädu. Tento rozdiel definuje Hastings Center V New Yorku (1987) takto: „*Lekárske intervencie pre podávanie výživy a tekutín liečia malnutríciu a dehydratáciu; môžu ale nemusia zmierniť hlad a smäd. Hlad a smäd môžeme na druhej strane riešiť bez použitia lekárskeho metód, aj keď by sme nevyhnutne neupravili dehydratáciu a podvýživu.*“

Zaistenie dostatočného príjmu tekutín býva všeobecne považované za súčasť bazálnej starostlivosti. Medzi klinickými pracovníkmi a etikmi nie je jednotný názor, či je neoddeliteľnou súčasťou bazálnej terapie „umelá hydratácia a výživa (podávaná sondou alebo parenterálne). Väčšina považuje umelú hydratáciu a výživu“ za špecifickú liečebnú modalitu, ktorá má svoje indikácie a kontraindikácie a nie sú teda súčasťou bazálnej liečby. Ak je teda umelá hydratácia a vyživovanie (UH a V) považovaná za lekárskeho výkon, a budeme

rešpektovať autonómiu pacienta, tak má pacient právo prijať, ale aj odmietnuť UH a V.

Rodinní príslušníci a zdravotníci často cítia bezmocnosť pri konfrontácii tvárou v tvár s rakovinou a umieraním. Ich odpoveďou na tento pocit je obhajoba pre umelú výživu a hydratáciu. Umierajúceho práve kvôli zaisteniu „dostatočnej“ hydratácie často hospitalizujú, a to aj napriek tomu, že jeho želanie bolo prežiť záver života doma. Často je takýto pacient umiestnený do nemocnice na pranie rodiny, lebo je potrebné „urobiť ešte niečo“. Mnohí umierajúci a ich príbuzní očakávajú až do úplného konca zázrak. A tak lekári bojujú, intervenujú a zaťažujú umierajúceho liečbou, ktorá už prináša viac bolesti ako je očakávaný prínos.

Ideálna situácia nastane, ak pacient už dlho predtým oznámil, čo si praje, bol pri jasnom vedomí a schopný rozhodovania. Rodina bola funkčná, medzi jednotlivými členmi bola zhoda a neexistoval konflikt hodnôt.

Katastrofická situácia nastane, ak nie sú známe pacientove prania týkajúce sa záveru života. Existuje napätie medzi rodinnými príslušníkmi. Zdravotníci a rodina nedokážu komunikovať alebo vôbec nekomunikujú. Existuje boj o moc medzi zdravotníkmi, ktorí nedokážu dôjsť ku konsenzu, lebo neexistujú zásady a postupy, o ktoré by sa mohli oprieť.

Dilemy UH a V

Vo všetkých fázach ochorenia je našim cieľom zaistenie čo najvyššej možnej kvality života. A aj keď môžeme umele udržiavať človeka pri živote, raz aj tak zomrie a UV a H môže smrť iba oddialiť a to spôsobom, ktorý nie je vždy pre pacienta dôstojný. V praxi sa riešia dilemy:

- Pokračovať v UH a UV?
- Ak nebola podávaná UH a V, treba s ňou začať?
- Kedy ukončiť podávanie UH a V?
- Zlepší podávanie UH a V komfort zomierajúceho?
- Pomáha UH a V umierajúcemu alebo mu škodí?
- Kto má právo rozhodnúť v prípade, ak sa pacient nemôže sám rozhodnúť, že ďalšie predlžovanie života nie je pre neho prospešné? Lekár? Rodina?
- Môžeme resp. musíme akceptovať rozhodnutie pacienta súvisiace s UH a V vykonané za plného vedomia, ak máme iný názor?
- Kto bude hájiť záujmy umierajúceho?
- Kde je hranica medzi predlžovaním života (žiaduci cieľ) a predlžovaním umierania (nežiaduci cieľ)?

Argumenty UH

V zariadeniach paliatívnej starostlivosti, kde majú bohaté skúsenosti s umierajúcimi, sa dehydratácia krátko pred smrťou nepovažuje za negatívny jav. Napriek tomu existujú v otázkach UH argumenty pre a proti:

Argumenty PROTI:

- Komatózni pacienti nepocitujú bolesť, smäd, hlad...
- Podávanie tekutín môže predĺžiť proces umierania.
- Menej moču znamená menšiu spotrebu plienok, posteľného a osobného oblečenia, eliminuje nutnosť zavedenia PMK, použitie podložnej misy, či riziko narušenia integrity kože v dôsledku inkontinencie...
- Menšie množstvo tekutín v GIT eliminuje nutnosť odsávania a znižuje riziko vracania.
- Znížená sekrécia v dýchacích cestách znižuje úsilie spojené s vykašliavaním a uľahčuje dýchanie, znižuje riziko aspirácie hlienu a nutnosť tracheálneho odsávania.
- Minimalizovanie opuchov a ascitu.
- Menej tekutín a elektrolytov pôsobí ako prírodné anestetikum pre CNS, dochádza k uvoľňovaniu endorfínov, a to znamená znížená úroveň vedomia a zníženie utrpenia.

Bolo vykonaných niekoľko štúdií, ktoré potvrdili, že parenterálna liečba môže byť v závere života zaťažujúca (House, 1992; Smith, 1995 & 1997, Sullivan, 1993; Zerwekh, 1983 & 1997, In. [www. findarticles.com](http://www.findarticles.com))

Tieto procesy a symptómy zhrnuli nasledovne:

- Preťaženie tekutinou inhibuje uvoľňovanie antidiuretického hormónu a môže mať za následok zvýšenie produkcie moču, následnú inkontinenciu, alebo prípadnú potrebu katetrizácie.
- Zvýšenie extracelulárnej tekutiny spôsobí:
 - a) periférne opuchy, ktoré môžu viesť k zníženiu mobility, narušeniu integrity kože, a nepríjemnému až bolestivému tlaku,
 - b) pľúcny edém a následné zlyhanie srdca, ktoré je často sprevádzané kašľom a dýchavičnosťou,
 - c) edém mozgu môže viesť k duševnej poruche, kŕčom, kóme, zášklbom...
 - d) zvýšená sekrécia v tráviacom trakte, môže viesť k nevoľnosti, vracaniu a bolesti.

Argumenty PRE:

- Pacient umiera pokojnejšie, ak dostane zodpovedajúcu hydratáciu.
- Neexistuje žiaden dôkaz, že príjem tekutín predĺži život.
- Dehydratácia a zníženie elektrolytov môže spôsobiť zmätok, nepokoj, podráždenosť...
- Ak sa podáva tekutina umierajúcim, ktorí sa sťažujú na smäd, tak prečo ju nedat' parenterálne?
- Parenterálna hydratácia je minimálny štandard.

Etické dilemy v otázkach UV

V otázkach UV tiež existujú určité dilemy, ktoré je potrebné riešiť. Umierajúci zvyčajne nepociťujú hlad ani smäd. Pokiaľ by takéto pocity mali, je našou povinnosťou podľa ich prania im tekutiny aj stravu zabezpečiť. UH a V je tradične indikovaná na splnenie niekoľkých terapeutických cieľov:

1. predĺženie života,
2. zabránenie aspirácie,
3. zachovanie nezávislosti,
4. zmiernenie utrpenie a dyskomfortu.

Pri terminálne chorých často nie je možné zaistiť dostatočný príjem potravy per os. Príčiny môžu byť rôzne:

- Celkový stav chorého (somnolencia, sopor, kóma, ťažké delírium, depresia).
- Neurologická alebo mechanická prekážka prehĺtania (bulbárny sy. pri demencii alebo po CMP, tumory ORL, kompletná stenóza pažeráka).
- Pacientovo vedomé odmietanie potravy a tekutín (chorý chce zomrieť).

Z etického hľadiska je potrebné u konkrétneho pacienta pri zvažovaní optimálnych postupov pri indikácii UV a H zohľadniť:

- Predpokladanú prognózu ochorenia z hľadiska dĺžky prežívania.
- Ciele liečby (Dôstojné umieranie? Predĺženie života v prijateľnej kvalite?...).
- Príčinu nedostatočného perorálneho príjmu a možnosti kauzálneho riešenia (napr. výživa sondou u pacientov s mechanickou stenózou...).
- Prianie a názor pacienta na enterálnu a parenterálnu výživu.
- Prianie a názor pacientovej rodiny na enterálnu a parenterálnu výživu.
- Prítomnosť symptómov súvisiacich s dehydratáciou- vplyv dehydratácie na kvalitu života.

Ak je u pacienta indikovaná parenterálna hydratácia, môže byť aplikovaná intravenózne alebo subkutánne (hypodermoklýza). Musíme si však uvedomiť, že kanyla a opakované vpichy ihlí predstávajú pre chorého záťaž a dyskomfort.

Pokiaľ nie je u pacienta indikovaná UH, o to väčšiu pozornosť je potrebné venovať starostlivosti o DÚ, pretože sliznice majú tendenciu vysychať. Príčinou býva dýchanie ústami, podávanie Morfinu a pod. Pravidelné zvlhčovanie a toaleta DÚ (odstraňovanie hlienu, vyplachovanie vodou, čajom, cmúľanie kociek ľadu, s prímiesou ananásového džúsu...) patria medzi najdôležitejšie paliatívne opatrenia u umierajúcich

Stanovisko profesijných organizácií k otázkam UH a V

Použitím UH a V sa zaoberali aj profesijne organizácie a vydali všeobecné zásady týkajúce sa použitia UH a V u pacientov s terminálnym ochorením, v trvalom bezvedomí a s trvalým ochrnutím:

- **Americká dietetická asociácia** (ADA, 1992) vydala písomné stanovisko potvrdzujúce právo pacienta odmietnuť lekársku starostlivosť, vrátane UH. Nutričná podpora je charakterizovaná ako akékoľvek iné lekárske ošetrovanie, čo znamená, že môže byť zamietnutá alebo pozastavená za určitých okolností. Pokiaľ ide o nevyliciteľne chorých, dokument ADA uznal, že UH môže byť zbytočná a zhoršiť proces samotného umierania.
- **Americká asociácia sestier** (ANA, 1992) vydala dokument o UH. V tomto dokumente, je zníženie chuti k jedlu vnímané ako normálna súčasť procesu umierania. Ale ANA rozlišuje medzi potravinami a vodou, ktorá je prijímaná ústami (bežné prostriedky) a umelo vytvorenými (mimoriadne prostriedky). Napriek tomu, že u pacienta nie je indikovaná UH, sestra pokračuje v poskytovaní starostlivosti zameranej na minimalizáciu nepohodlia, podporu pacientovej dôstojnosti, poskytuje podporu a vzdeláva rodinných príslušníkov.
- **Americká lekárska asociácia** (AMA) vydala a ratifikovala vyhlásenie, že lekári môžu zastaviť alebo neindikovať terapeutické postupy, vrátane UH, z humánnych dôvodov a s informovaným súhlasom (AMA, 1986). AMA sa domnieva, že UH vyžaduje rovnakú kontrolu ako iné druhy liečby. Lekár musí zvážiť, čo je prínosom a čo predstavuje záťaž pre pacienta. Rozhodnutia musia akceptovať aj názory pacienta a rodiny. Intervencie sú zamerané najmä na zmiernenie bolesti a utrpenia, a udržiavanie dôstojnosti pacienta.

Etické dilemy z pohľadu náboženstva

V priebehu nevyliciteľného ochorenia alebo závere života dochádza k posilneniu náboženských praktík.

- Život- je u väčšiny náboženstiev najvyššia hodnota.
- Takmer všetky náboženstvá, až na niektoré ortodoxné, sa zhodujú v tom, že UH je lekárska starostlivosť, ktorá môže byť nezahájená alebo ukončená v prípade nevyliciteľne chorých, ak jej záťaž prevyšuje výhody, a ak pacient o to požiada (ich názory sú však rôzne pokiaľ ide o trvalé bezvedomie).

Rímsko-katolícka cirkev

- Vyhlásenie Vatikánu o eutanázii z roku 1980 a učenia pápeža Pia XII výslovne uvádzajú, že takéto odoprenie alebo ukončenie UH nie je samovraždu, alebo vraždou, ale mali by byť považované za prijatie celkového stavu a jednoducho to nechať prirodzenému vývoju (Texas biskupi, 1990).
- Podľa McCartneyho (1986), to znamená, že vyživovanie môže byť zamietnuté alebo pozastavené, ak je tento zásah fyzicky, psychicky, ekonomicky, citovo, alebo duchovne príliš ťažko zniesiteľný, či už pre pacienta alebo iné osoby.
- Ján Pavol II- *„V prípadoch, kedy nastáva očakávaná smrť a nedá sa jej vyhnúť, je možné v súlade so svedomím vykonať rozhodnutie a odmietnuť liečenie, ktoré nedokáže spôsobiť nič iné ako predĺženie obmedzeného a strastiplného života, avšak pri zachovaní náležitej starostlivosti, ktorá v podobných prípadoch chorému patrí.“* Zároveň Ján Pavol II odlišuje eutanáziu od tzv. úpornej terapie, ktorá nie je úmerná reálnej situácii chorého, ako aj od tzv. paliatívnej terapie na zmiernenie utrpenia pacienta v konečnom štádiu choroby, pri ktorej možno použiť i prostriedky spojené s rizikom skrátenia života. Pripomína však, že „netreba bez vážneho dôvodu zbavovať zomierajúceho vedomia“. Rovnako má byť pacientovi umožnené splniť si záväzky vyplývajúce z jeho stavu a najmä pripraviť sa na konečné stretnutie s Bohom.

Záver

Pretože neexistujú univerzálne závery, pri každom umierajúcom je potrebný individuálny prístup. Etické princípy dobročinnosti, non- maleficiencie, autonómie a spravodlivosti nám majú pomôcť zistiť, či sú UV a H vhodné alebo nevhodné lekárske intervencie. Pokiaľ ide o náboženské a duchovné presvedčenia, mali by byť rešpektované. V súlade s autonómiou majú pacienti právo odmietnuť všetky spôsoby navrhovanej liečby a lekári majú povinnosť poskytnúť presné informácie o možných následkoch ich rozhodnutia. Všetci si však musíme byť vedomí zodpovednosti za svoje rozhodnutia.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. Artificial Nutrition and Hydration.2010. [online] [cit. 12.09.2010]. Dostupné na internete: <<http://dying.about.com/od/lifesupport/a/artificialfeed.htm> >
2. Emanuel, L., Ferris, F., D., Von Gunten, CH., F.,et al. 2010. End-of-Life Care in the Setting of Cancer: Withdrawing Nutrition and Hydration [online]. [cit.17.03.2010]. Dostupné na internete: < <http://www.medscape.com/viewarticle/718573> >
3. End-of-life hydration--benefit of burden? 2003. [online]. [cit. 11.09.2010]. Dostupné na internete: < http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3689/is_200302/ai_n9194989/ >
4. Guidelines and position papers from the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism [online]. [cit.15.09.2010]. Dostupné na internete: < <http://www.espen.org/espenguidelines.html>>
5. HPNA Position Statement Artificial Nutrition and Hydration in End-of-Life Care. [online]. [cit. 12.09.2010]. Dostupné na internete: < http://www.hpna.org/pdf/Artificial_Nutrition_and_Hydration_PDF.pdf >
6. Christine, K., Cassel and Kathleen M. Foley. 1999. Principles for Care of Patients at the End of Life: An Emerging Consensus among the Specialties of Medicine [online]. [cit. 10.09.2010]. Dostupné na internete: < <http://www.milbank.org/endoflife/> >
7. MacDonald, N., Ethical Issues in Hydration and Nutrition [online]. [cit. 11.09.2010]. Dostupné na internete:< <http://www.hospicecare.com/Ethics/MacDoc.htm> >
8. O'Connor, M., Aranda, S. 2003. Paliativní péče pro sestry všech oborů. Praha: Grada, 2003. 324 s. ISBN 80-247-1295-4
9. Skála, B., Sláma, O., Vorlíček, J., Misconiová, B. 2010. Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci [online]. [cit. 22.09.2010]. Dostupné na internete: <<http://www.svl.cz>>
10. Smith,S.,A., Anderws, M., 2000. Artificial Nutrition and Hydration at the End of Life, oktober 2000, [online][cit. 13.09.2010]. Dostupné na internete: <http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_5_9/ai_n18610527/>
11. [Some Facts About Artificial Nutrition and Hydration. 2010 \[online\]. \[cit. 02.09.2010\]. Dostupné na internete: <http://endoflifecare.tripod.com/Caregiving/id90.html>](http://endoflifecare.tripod.com/Caregiving/id90.html)
12. The IAHPC Manual of Palliative Care. 2nd Edition. Ethical Issues. [online]. [cit. 10.09.2010]. Dostupné na internete: <<http://www.hospicecare.com/manual/ethical-main.html>>
13. Vorlíček, J., a kol. 2003. Obecná onkologie a podpůrna léčba. Praha: Grada Publishing, 2003. 788 s. ISBN 80-247-0677-6

Register autorov

A

Andrási Imrich, 66

B

Blažková Markéta, 27

Boroňová Jana, 61

Brázdilová Dana, 83

C

Cichá Martina, 47, 122

Č

Červeňanová Eva, 117

D

Darmošová Renata, 180

Dębska Grażyna, 38, 104

E

Eliášová Anna, 151

H

Haluzíková Jana, 148

Herinková Anna, 168,
180

Heřmanová Jana, 175

Hudáková Zuzana, 5, 98,
141

C

Chrásková Jana, 13, 61

K

Kalitowska Ewa Kurlito,
38, 104

Kopáčiková Mária, 18

Krátká Anna, 27, 130

Kuberová Helena, 32

Kutnohorská Jana, 47

L

Laca Peter, 162

Laca Slavomír, 54

Lamková Ivana, 61

Lehotská Mária, 151

Littva Vladimír, 66

M

Magerčiaková Mariana,
75

Mankovecká Monika, 83

Moravčíková Dagmar,
110

Muszala Andrzej, 90

N

Novysedláková Mária, 5,
98

P

Pawelczyk Grażyna
Rogala, 38, 104

R

Reslerová Ludmila, 110

S

Simočková Viera, 134

Snopek Petr, 27, 117, 130

Stančiak Jaroslav, 18

Svobodová Hana, 175

Š

Štecová Monika, 122

T

Treterová Silvie, 117, 130

V

Volfová Ivana, 148

Vránová Věra, 13

W

Wadas Tadeusz, 38

Z

Zrubáková Katarína, 168,
180

Zvoníčková Marie, 175

Ž

Žigo Imrich, 151

Názov : Zborník z 2. medzinárodnej konferencie
**ETICKÉ ASPEKTY OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI
V TEÓRII A PRAXI**

Recenzenti : PhDr. Marcela Ižová, PhD.
PhDr. Mária Novysedláková
PhDr. Mária Lehotská
PhDr. Eva Moraučíková
PhDr. Michaela Vicáňová

Editor: PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.
PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
doc. PhDr. Helena Kadučáková, PhD.

Vydalo : VERBUM - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku
Počet strán : 189
Náklad : 150 výtlačkov
Vydanie : prvé
Formát : A 4
Vydané : 2010

Uverejnené články neprešli jazykovou korektúrou. Za jazykovú stránku zodpovedajú v plnom rozsahu autori článkov.

ISBN 978-80-8084-616-9