VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE
SV. ALŽBETY BRATISLAVA
Detašované pracovisko Kráľovnej Pokoja z Medžugoria Bardejov

Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie

SPOLUPRÁCA POMÁHAJÚCICH PROFESIÍ V PALIATÍVNEJ A HOSPICOVEJ STAROSTLIVOSTI



Slavomír Laca, Pavol Dancák, Peter Laca

Bardejov 2011

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE SV. ALŽBETY BRATISLAVA
Detašované pracovisko Kráľovnej Pokoja z Medžugoria Bardejov

HOSPIC MATKY TEREZY BARDEJOV
Občianske združenie hospic Božieho milosrdenstva

© Editori
PaedDr. Slavomír Laca, PhD.
Prof. PhDr. Pavol Dancák, PhD.
ThLic. Peter Laca

Názov
Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie
Spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej a hospicovej starostlivosti

Recenzenti
Prof. MUDr. Vladimír Krčméry, DrSc., Dr.h.c.
VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava, Slovenská republika
Prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, PhD.
Institut mezioborových studií, Brno, Česká republika
Doc. PhDr. Darina Wiczmándyová, PhD.
FZaSP Trnavská univerzita, Trnava, Slovenská republika
Doc. PaedDr. Marek Storoška, PhD.
Vysoká škola medzinárodného podnikania ISM, Prešov, Slovenská republika

Jazyková úprava
Texty neprešli jazykovou úpravou. Za jazykovú a obsahovú stránku sú zodpovední autori jednotlivých príspevkov.

Vydavateľ: VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava
Rok vydania: 2011
Počet strán: 316
Tlač: Tlaciaren svidnicka, s.r.o.
ISBN: 978-80-8132-016-3
EAN: 9788081320163

OBSAH

Paliatívna a hospicová starostlivosť v minulosti a v „procese víťaznej medicíny" 16
Andrejiová Lucia, Magurová Dagmar
Aspekty ošetrovateľskej starostlivosti o zomierajúceho novorodenca..... 26
Baňasová Vlasta
Duchovnosť a paliatívna medicína 36
Belovičová Mária, Belovičová Liliana, Kuľková Adriana
Typy zariadení hospicovej starostlivosti a možnosti ich financovania v SR..... 40
Bugri Štefan, Pribišová Emília, Žák Silvester
Etické aspekty hospicovej starostlivosti 48
Bujdová Nataša
Nová metóda vzduchovej dezinfekcie prostredia INOV 8 54
Brezovský Milan
Paliatívna a hospicová starostlivosť ako odpoveď na čin eutanázie... 59
Černá Ľubica, Laca Peter, Zubal Pavol, Laca Slavomír
Úloha kňaza v hospicovej starostlivosti..... 70
Černý Maroš
Dôstojnosť chorého človeka..... 79
Dancák Pavol
Prevencia stresu u zdravotníkov v hospicovej a paliatívnej starostlivosti..... 89
Dobríková Patricia, Pčolková Dušana
Umírání, smrt a pohřební rituály očima současného člověka 96
Dorková Zlatica, Preissová Krejčí Andrea, Cichá Martina
Koncepcia hospicovej a paliatívnej starostlivosti na Slovensku..... 106
Hudáková Zuzana
Výhrada vo svedomí v zdravotníctve 118
Koleják Martin
Sociálna práca ako pomáhajúca profesia v paliatívnej starostlivosti 131
Kollárčiková Jana
15 let zkušeností prvního českého hospice v Červeném Kostelci..... 138
Král Ján

Sociálna práca a paliatívna starostlivosť 143
Kuffová Janka
Spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej starostlivosti v inštitucionálnom zariadení sociálnych služieb 150
Kurnát Anton, Kurnátová Eva
Quo vadis ošetrovateľstvo? 153
Kolivošková Anna, Tardová Lenka, Goliašová Mária
Z histórie prvého slovenského hospicu,Hospicu Matky Terezy v Bardejove 157
Krajči Jozef, Proněková Martina
Syndróm vyhorenia u ľudí pracujúcich v oblasti opatrovateľskej starostlivosti 162
Laca Peter
Paliatívna a hospicová starostlivosť v kontexte eticko a náboženských aspektov 173
Laca Slavomír
Úloha sociálneho pracovníka v hospicovej starostlivosti 185
Micheľ Radoslav
Význam efektívnej komunikácie s hospicovým pacientom 194
Michňová Anna, Veselská Magdaléna
Posúdenie spirituálnych potrieb sestrou 201
Novysedláková Mária, Hudáková Zuzana
Etické aspekty starostlivosti o ťažko chorých a zomierajúcich 210
Peřinová Nadežda
Finansowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej 218
Połomska Renata
Klient paliatívnej starostlivostia bezpečnosť práv pacienta 223
Pribišová Emília, Žák Silvester, Bugri Štefan
Možnosti poskytovania sociálno-zdravotnej starostlivosti zomierajúcim – pomoc v zomieraní a pomoc zomrieť 230
Sedlárová Katarína
Riziko „pásové výroby“ sociálních služeb 241
Smutek Martin
Stan opieki paliatywnej i hospicyjnejW Polsce w 2011 roku 248
Stokłosa Jolanta

Ľudská dôstojnosť v kontexte paliatívnej starostlivosti 253
Marek Storoška
Spirituálne potreby v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti z pohľadu sestry..... 264
Sušinková Jana, Sováriová-Soósová Mária, Schafout Renáta
Vôľa pacienta vyjadrená v inštitúte informovaného súhlasu ako dôležitá súčasť paliatívnej a hospicovej starostlivosti..... 273
Szaniszló Inocent-Mária
Spiritualita pacienta – opomenutá dimenzia? 282
Jana Trizuljaková
Duchovná služba v paliatívnej a hospicovej starostlivosti..... 291
Vansač Peter
Terminálna starostlivosť v pomáhajúcich profesiách..... 300
Wiczmándyová Darina, Murgová Anna
Ekonomické východiská financovania sociálnych opatrení v hospicovej a paliatívnej starostlivosti odkázaných občanov..... 308
Žák Silvester, Bugri Štefan, Pribišová Emília

PREDHOVOR

Milí účastníci konferencie, vážení čitatelia!

V mene organizátorov tejto konferencie prijmite srdečné pozdravenie a úprimne privítanie v mene organizátorov so žičením úspešného, príjemného a vo väčšine aj pracovného pobytu v našom nádhernom meste. Prečo práve Bardejove?

Hlavným organizátorom tejto konferencie je VŠ ZaSP sv. Alžbety Bratislava, DP Bardejov, ktorá si už od svojho vzniku okrem svojho pedagogicko-výchovného poslania stanovila viaceré ďalšie priority vrátane organizovania rôznych odborno-vedeckých konferencií v spolupráci s ďalšími významnými inštitúciami. Ich základným cieľom je odovzdať nadobudnuté a v dnešnej dobe tak prepotrebné bohaté poznatky a skúsenosti ďalším, v tomto prípade najmä odbornému auditóriu.

V tomto roku v dôsledku sústavnému pribúdaniu prestarlých a chorých sa s ohľadom na tento fenomén prezieravo rozhodli usporiadať túto konferenciu, ktorej účastníci nielenže poukážu na súčasný žalostný stav v tejto oblasti, ale možno navrhnú aj cestu či opatrenia ako ďalej. Z tohto dôvodu oslovili vedenie prvého slovenského Hospicu Matky Terezy v Bardejove, aby ju v úzkej spolupráci s nimi pripravili. Spoločne oslovili viaceré významné osobnosti, ktoré sa s touto problematikou zaoberajú a majú s ňou aj mnohé skúsenosti. Preto sme veľmi radi, že sa na nej zúčastňujú okrem slovenskej špičky vrátane Ministerstva zdravotníctvo SR aj špecialisti z Česka, Poľska i Ukrajiny i vedúci predstavitelia slovenského kléru. Nemalým prínosom je tiež, že sú na nej (i aktívne) prítomní aj zástupcovia renomovaných firiem dodávajúcich zdravotnícke prístroje a pomôcky. Veľmi si vážime ich seriózny prístup a záujem o spoluprácu s nimi sa črtá aj do budúcna. Dôležitým faktorom konferencie je, že sú na nej nastolené otázky nielen medicínske, teologické, ekonomické, ale aj z ďalších spoločenských sfér a i preto veríme, že toto naše stretnutie prinesie všetkým očakávaný úžitok.

Stretávame sa vo vyše 33 tisícovom Bardejove, ležiacom v malebnom prostredí obklopenom vencami lesov a hôr. Okolitá príroda i ľudia v ňom žijúci mu vtlačili pečať nevšednej krásy a bohatej histórie. Bol mu dopriaty lesk a sláva stredoveku, ktorý sa odzrkadlil v hrdom názve „slobodné kráľovské mesto“ (1376). Je mu dopriaty obdiv a úcta súčasníkov. Je to mesto, ktoré si vždy vážilo vzácnych, múdrych a vzdelaných ľudí, lebo aj z jeho radov vzišli viacerí osvietenci a významní myslitelia, ktorí ovplyvňovali dianie vtedajšej spoločnosti (kňaz Ján Andraščík, kúpeľný lekár Mikuláš Atlas, hudobník Jozef Grešák, kníhtlačiar Dávid Gutgesel, hudobníci Július a Oldřich Hemerkovci, rezbár Moric Holzer, hudobník Béla Kéler, historik Viktor Miskovszký, pedagóg Leonard St“ockel, teológ a richtár Gejza Žebrácky a ďalší). Prvá písomná zmienka o Bardejove je z roku 1241, teda pred 770 rokmi. Prežilo napredovanie i slávu, rozmach i úpadky, prosperitu i tragédie (požiare, mórové epidémie, vojny a iné nešťastia), ale nikdy nepadlo na kolená. A vďaka už spomínaným múdrym ľuďom – richtárom, učencom, vedátorom, humanistom, filozofom a iným osvietencom ako aj súcim obchodníkom a rúčim remeselníkom (bolo v ňom vyše 50 cechov) sa vždy dokázalo povzniesť a zachovať na významnej úrovni. My Bardejovčania, sme nesmierne hrdí a pyšní na svojich predkov, ktorí dokázali vytvoriť nevyčísliteľné kultúrne hodnoty, o ktoré sa môžu v súčasnosti podeliť s každým čo túži po poznaní a objavovaní. Dnes možno s radosťou konštatovať, že ich dedičstvo sa mestu podarilo zachovať, pamiatkové skvosty rekonštrukciou zachrániť a uviesť ho na duchovný a kultúrnospoločenský piedestál a výslnie Slovenska i strednej Európy. Svedčí o tom aj Európska zlatá medaila „Za záchranu a zveľaďovanie pamiatok“ (UNESCO 1986), povýšenie gotického chrámu sv. Egídia na baziliku minor ako aj zápis historickej časti so židovským suburbiom do Zoznamu svetového dedičstva (obidve udalosti sa udiali v jubilejnom roku 2000). Prispeli k tomu viaceré pamätihodnosti (spomínaná bazilika s 11 pôvodnými oltármi, fortifikačné hradobné opevnenie s baštami a barbakánmi, námestie s goticko-renesančnou radnicou,

humanistické gymnázium, prvá slovenská expozícia ikon, prvý slovenský skanzen, ako aj ďalšie expozície v Šarišskom múzeu, historicky vzácne dokumenty v OŠ archíve a iné pamätihodnosti, ktoré sa oddá vidieť.

V neposlednej miere je to aj náš prvý slovenský hospic, Hospic Matky Terezy v Bardejovskej Novej Vsi. Napokon sú to tieto prekrásne a ľuďom prinavracajúce zdravie s 13 prameňmi, Bardejovské Kúpele, kde okrem spomínaného skanzenu sa nachádza aj prvý Stĺp mieru na Slovensku, nádherná socha cisárovnej Alžbety/Sisi a pod.. Sami vidíte nádhernú prírodu i prostredie, v ktorom sa snúbi vzácna a ideálna symbióza liečivých minerálnych prameňov s priaznivou klímou a ešte lepšou medicínskou a ľudskou starostlivosťou.

Také je teda naše mesto, v ktorom vás srdečne vítame. Pobyt v ňom predstavuje istú oázu ticha a pokoja, balzam na ubolenú dušu. Stretáva sa v ňom akýsi priesečník troch svetov, troch kultúr. Rustikálnosť strieda vznešenosť a naopak. A nad všetkým tróni skúsenosť s múdrosťou i majestátom všadeprítomného posolstva minulosti pre súčasné i budúce generácie. Toto je dnešný Bardejov.

Veríme, že aj tieto aspekty sa podpíšu na úspešnosti tejto medzinárodnej konferencie a prispejú k tomu, aby ste sa na tejto konferencii navzájom podelili so svojimi bohatými vedomosťami a skúsenosťami na úžitok tým, ktorí to najviac potrebujú, teda pacientom odkázaným na vašu múdrosť a profesionalitu. Budeme veľmi radi, keď sa nám tento zámer podarí a zanechá pekné odborné i spoločenské spomienky a toto je predovšetkým našim cieľom a konferencie vôbec.

Milí účastníci a čitatelia tohto zborníka, verím, že táto naša konferencia plnou mierom naplní svoje poslanie a informácie, poznatky a vedomostí prinesú úspech , a odzrkadlia sa v našej ďalšej nesmierne náročnej práci v celom jej kontexte.

Tak teda vítajte a dobre sa v Bardejove cíťte milí účastníci konferencie!

Mgr. Ing. Jozef Krajči

Príhovor Ivana Uhliarika Ministera zdravotníctva

Vážené dámy, vážení páni,

dovoľte, aby som Vám poďakoval za pozvanie na medzinárodnú konferenciu, ktorá je venovaná problematike hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Ide o tematiku, ktorá je mimoriadne aktuálna a potrebná, žiaľ, neodkladné povinnosti mi nedovoľujú prísť medzi Vás, preto sa Vám prihováram prostredníctvom môjho zástupcu – pána štátneho tajomníka Ministerstva zdravotníctva SR.

Zabezpečenie kvalitnej zdravotnej starostlivosti je aktuálna výzva, ku ktorej sme sa zaviazali v programovom vyhlásení vlády a k jeho napĺňaniu postupne smerujú zmeny, ktoré na MZ SR pripravujeme aj realizujeme. Priemerný vek obyvateľov sa postupne predlžuje a možno očakávať, že počet starých ľudí sa v prvej polovici 21. storočia zvýši viac ako dvojnásobne. Starnutie a úbytok obyvateľstva prinášajú so sebou závažné ekonomické, sociálne aj zdravotné dôsledky. Ľudia nad 65 rokov tvoria na Slovensku viac ako 12 % obyvateľov a okruh najčastejších ochorení je široký – od kardiovaskulárnych, onkologických, až po choroby pohybového aparátu, metabolizmu, postihnutia reči, sluchu a mentálne ochorenia ... Treba konštatovať, že zdravotný stav seniorov nie je dobrý a v mortalite aj morbidite dominujú kardiovaskulárne ochorenia, nasledujú onkologické ochorenia a 6 % obyvateľov trpí diabetom. Preto sa aj gerontologický a geriatrický výskum zameriava na mnohé oblasti, medzi prioritné patrí zhoršovanie kognitívnych funkcií, depresia, pohyblivosť, výživa, zraniteľnosť, kardiovaskulárne ochorenia, imunita, predĺženie života a ďalšie. Chronické ochorenia si vyžadujú aj primeranú pripravenosť, pričom zdravotná starostlivosť o seniorov musí rešpektovať zvláštnosti vyššieho veku, ktoré vyplývajú zo zmien v ľudskom organizme, pokročilosti ochorení a multimorbidity, ako aj zo sociálnej situácie seniorov. Starostlivosť o tento typ pacientov je náročná; chronické ochorenia zasahujú aj psychiku pacientov a ovplyvňujú ich sociálne vzťahy. V našich zdravotníckych zariadeniach

postupne pribúdajú moderné diagnostické a terapeutické prístroje, technika prináša novú kvalitu, zdokonaľujú sa zdravotnícke pomôcky, k dispozícii sú nové, účinné lieky – dôležitým a prioritným článkom starostlivosti však naďalej zostávajú lekári a zdravotnícki pracovníci. Celkom osobitnú úlohu však plní hospicová starostlivosť. Základnými princípmi v našom zdravotníckom systéme je solidarita a zodpovednosť – spolu so zachovaním dostupnosti a rovnosti prístupu k zdravotnej starostlivosti pre každého. Tieto hodnoty možno označiť za piliere zdravotnej politiky, ktorá je založená na hlbokom rešpekte voči každej ľudskej bytosti a jej dôstojnosti, s dôslednou ochranou život až po prirodzenú smrť človeka, popri dodržiavaní etických princípov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Ministerstvo zdravotníctva považuje komplexnú zdravotnú starostlivosť o seniorov v zmysle primeranej dostupnosti a kvality za jednu zo svojich dôležitých úloh a patrí medzi ne aj hospicová a paliatívna starostlivosť. V súčasnosti platná „Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína, vrátane hospicovej starostlivosti“ definuje hospicovú starostlivosť ako paliatívnu starostlivosť poskytovanú pacientom s nevyliečiteľným ochorením a zomierajúcim pacientom hospicom, ako samostatným zdravotníckym zariadením. Neoddeliteľnou súčasťou hospicovej starostlivosti je teda aj paliatívna starostlivosť. Pojem paliatívna starostlivosť sa prvýkrát objavil v zákone č. 277/1994 o zdravotnej starostlivosti. Súčasná Koncepcia ju definuje ako prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín zoči-voči život ohrozujúcemu ochoreniu tak, že včas identifikuje, neodkladne diagnostikuje a lieči bolesť a iné fyzické, psychosociálne a duchovné problémy, tým predchádza utrpeniu a zmierňuje ho. Podmienky a rozsah poskytovania starostlivosti v zdravotníckom zariadení „hospic“ a „mobilný hospic“ aktuálne upravujú všeobecne záväzné právne predpisy Slovenskej republiky, ktoré odzrkadľujú Koncepciu zdravotnej starostlivosti v tomto odbore (prijatá bola vládou v roku 2006).

Paliatívna starostlivosť nie je zameraná na špecifické ochorenie a zahrňuje obdobie od diagnostikovania pokročilého ochorenia až po smrť; toto obdobie môže trvať roky, týždne a niekedy len dni. Nie je synonymom pre terminálnu starostlivosť, ale zahŕňa ju. Organizácia paliatívnej starostlivosti musí byť založená na hodnotách predložených Radou Európy: ľudské práva a práva pacientov, ľudská dôstojnosť, sociálna súdržnosť, demokracia, rovnosť, solidarita, rovnaké rodové možnosti, participácia a sloboda výberu.

Ústrednými rysmi paliatívnej starostlivosti sú: symptomatická liečba, psychologická, spirituálna a emocionálna podpora, podpora rodiny, podpora pri smútení.

Mnohé výskumy, ktoré zisťovali údaje v 35 – tich krajinách Európy, zdôraznili rozdiely medzi krajinami týkajúce sa paliatívnej starostlivosti: rozdiely v platbách, organizácii zdravotníckeho systému a mieste paliatívnej starostlivosti v ňom; rozdielne etické a kultúrne faktory; úlohy národných organizácií a medzinárodnej spolupráce v rozvoji paliatívnej starostlivosti; dostupnosť opioidov; otázky výučby a rozvoja pracovníkov a paliatívnej starostlivosti. Riešenie hospicovej starostlivosti patrí medzi aktuálne témy, ktoré má Ministerstvo zdravotníctva SR snahu riešiť. Počas tohto roka sa na MZ SR uskutočňujú intenzívne rokovania s cieľom hľadať optimálne riešenie poskytovania a financovania hospicovej starostlivosti na Slovensku. Stále pretrváva hranica medzi rozsahom poskytovania zdravotnej starostlivosti verzus sociálnej starostlivosti, zámerom rokovaní je nájsť v zdravotníckom aj sociálnom rezorte konsenzus spolupráce pre rozvoj poskytovania hospicovej starostlivosti. Ministerstvo zdravotníctva aktuálne vytvára pracovnú skupinu, ktorá sa bude komplexne zaoberať riešením problematiky a vypracovaním primeraných postupov poskytovania hospicovej a paliatívnej starostlivosti v SR so zreteľom, že paliatívna starostlivosť podobne ako všetka medicínska starostlivosť musí byť orientovaná na pacienta, vedená potrebami pacienta a musí brať do úvahy jeho hodnoty

a preferencie. Jedným zo zásadných posolstiev by malo byť, že dôstojnosť a autonómia sú pre pacientov prioritou.

Vážené dámy, vážení páni,

Aj keď je smrť prirodzenou súčasťou života, ešte pre mnohých ľudí zostáva tabu a myšlienka na umieranie prirodzene vyvoláva v pocitoch strach a s ním spojené emócie. Práca v hospici je náročná, psychicky aj fyzicky, od lekárov, sestier a celého multidisciplinárneho tímu zdravotníckych pracovníkov si vyžaduje vysokú profesionálnosť, veľkú dávku empatie aj psychickú odolnosť. V poslednom čase sa veľa hovorí o dobrovoľníctve, nazdávam sa, že práve dobrovoľníci sú dôležitou súčasťou pracovných tímov v hospicoch, pretože sú ochotní svoj voľný čas venovať nezištnej pomoci druhým.

Dovoľte, aby som pri tejto príležitosti poďakoval všetkým, ktorí svoje vedomosti, skúsenosti, štúdium aj čas venujú práci v hospicoch. Vašej odbornej konferencii želám úspešný priebeh, podnetnú diskusiu a hodnotné príspevky.

Ivan Uhliarik
Minister zdravotníctva
Slovenskej republiky

Príhovor Borisa Hanuščaka primátora mesta Bardejov

Ľudský život je hodný obdivu a ochrany po celý čas jeho trvania. Kým sme mladí a plní síl, neuvedomujeme si tak nástojčivo jeho pominuteľnosť – s pribúdajúcim vekom sa však toto vedomie hlási čoraz nástojčivejšie. Nikto z nás nevie, ako budú vyzerať jeho posledné chvíle, ale dúfa, že budú dôstojné.

Hospicová a paliatívna starostlivosť je istou zárukou, že tomu tak naozaj bude.

V roku 2003 bol do prevádzky uvedený prvý Hospic na Slovensku, práve v Bardejove: Hospic Matky Terezy.

Prvé zdravotnícke zariadenie tohto typu vzniklo z nevyhnutnej potreby pomáhať nevyliečiteľne chorým ľuďom v posledných chvíľach ich života, vytvoriť im atmosféru lásky, pokoja, radosti a nádeje. Je len samozrejmé, že jeho poslaním je aj nepripustiť, aby chorý trpel neznesiteľnou bolesťou, zmierňovať mu ťažkosti i dosiahnuť maximálnu možnú kvalitu života, ktorý ešte trvá.

Ale najmä a v prvom rade: aby chorý človek nebol v posledných okamihoch svojej pozemskej púte osamelý, aby bol tam, kde je pokoj, zmierenie, oslobodenie a odpúšťanie takou samozrejmosťou ako vzduch, ktorý dýchame.

Som nesmierne rád, že Hospic Matky Terezy v Bardejovskej Novej Vsi takým miestom naozaj je.

Vážený pán štátny tajomník ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, vážený pán rektor Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Vaša Excelencia Monsigneur košický arcibiskup – metropolita, Vaša Excelencia Monsigneur Spišský diecézny biskup a prezident Slovenskej katolíckej charity, ctení hostia, dámy a páni, vážení prítomní!

Ušľachtilosť má mnoho podôb a keby nebolo tejto ľudskej vlastnosti a ľudí, pre ktorých sa stala zmyslom a náplňou života, bol by náš život určite trpkejší a smutnejší.

Je krásne, ak patrí medzi priority spoločnosti: je však určite ocenenia hodné, ak to nie je celkom tak, a aj napriek tomuto neradostnému konštatovaniu sa nájdu ľudia, ktorí ušľachtilosť povýšili na spôsob existencie.

Som preto veľmi rád, že dnes pred sebou takýchto ľudí vidím práve v našom prekrásnom historickom Bardejove v rámci VI. – tej Medzinárodnej vedeckej konferencie zameranej na Spoluprácu pomáhajúcich profesií v paliatívnej a hospicovej starostlivosti.

Každý z nás je akýmsi pútnikom na ceste životom. Niekedy sa zastavíme, odpočinieme si a uvažujeme nad tým, čo všetko sme urobili, prežili, čo sme mohli, alebo mali urobiť inak – premýšľame nad tým, akým náš život bol ... Objavíme na svojej prejdenej ceste krásne chvíle, radosti z dobre vykonanej práce, udalosti a zážitky plné silných dojmov, milých spomienok a stretnutí. Chvíľky, ktoré nevymeníme za nič, ale skôr ako náruč rozkvitnutých kvetov ich chceme rozdať svojim najbližším, aby sme sa spolu s nimi tešili zo svojich veľkých i malých, často neviditeľných úspechov, ktoré s odstupom času vnímame ako veľké, osobné víťazstvá. Je preto šťastím, ak tak môžeme urobiť, ale nie každý však takéto šťastie má a kto iný, ak nie vy to viete najlepšie ...

Vážení účastníci konferencie!

Počas najbližších hodín a dní budete hovoriť aj o tom, ako môžu príbuzné profesie spolupracovať v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Budete hovoriť o súčasnom stave i o perspektívach a nových výzvach v tejto starostlivosti, preto mi dovoľte, aby som tejto Medzinárodnej konferencii zaželal jej úspešný priebeh, množstvo podnetných diskusií a poznatkov, ale aj spokojnosť s jej výsledkami, ktoré – a v to pevne verím – pomôžu ešte viac skvalitniť Vašu prácu a tým aj kvalitu života pre tých, ktorí sa na Vás v posledných chvíľach svojho života obracajú.

Prajem Vám príjemný pobyt v našom meste a zároveň chcem vyjadriť nádej, že Bardejov bude dôstojným hostiteľom tejto prestížnej konferencie.

Boris Hanuščak
Primátor mesta Bardejov

Príhovor arcibiskupa Mons. Bernarda Bobera

Vážení hostia, garanti konferencie, členovia predsedníctva konferencie, členovia vedeckého a organizačného výboru.

Ako napovedá názov tejto konferencie „spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej a hospicovej starostlivosti“, cieľom tohto nášho stretnutia je zvýrazniť okrem zdravotníckeho aspektu aj všetky ostatné služby ako jeden komplex služieb ľuďom v našich hospicoch, ktorí sa nachádzajú v poslednej fáze života. Nejde tu teda len o akési dožitie, či čakanie na ukončenie biologických procesov, ale predovšetkým o dôstojné sprevádzanie zomierajúcej ľudskej bytosti a o jej duchovnú prípravu na prekročenie prahu večnosti.

Takže okrem zdravotných služieb sú to aj služby sociálne, duchovné a psychologické. Je to proces komplexného prístupu, kde s má pracovať nielen s pacientom, ale veľkú úlohu zohráva aj pomoc a spolupráca s rodinnými príslušníkmi. V hospicoch sa má vytvoriť prostredie, v ktorom človek v poslednom štádiu života odchádza do večnosti dôstojne a podľa možnosti pokojne. Pobyt v hospici má opodstatnenie tam, kde sa už v domácom prostredí príbuzní nemôžu postarať o svojho otca, mamu, dieťa alebo iného príbuzného. Dôstojný odchod znamená odchod, pokiaľ je to možné v spoločenstve svojich rodinných príslušníkov, ktorí sú pri zomierajúcom. Keďže je to pre každú rodinu mimoriadna udalosť, veľmi dôležité je byť pri zomierajúcom. Na chvíľu odchodu sa musia pripraviť všetci, odchádzajúci, ale aj jeho rodinní príslušníci. Nie je to a nikdy nebude jednoduché.

Personál hospicov musí zvládať okrem úloh zdravotníckych aj pomoc v oblasti sprevádzania chorého aj príbuzných. Tento seminár by sa mal niesť v duchu týchto otázok. Želám všetkým účastníkom otvorené uši aj srdcia. Nech rozdiskutované témy pomôžu skvalitniť a zlepšiť kvalitu práce v hospicoch tak, aby boli mierom odovzdávania lásky tým, ktorí ju najviac potrebujú.

Mons. Bernard Bober
arcibiskup Košickej arcidiecézy

Paliatívna a hospicová starostlivosť v minulosti a v „procese víťaznej medicíny"

Andrejiová Lucia, Magurová Dagmar

Abstrakt: Otázka smrti a umierania nie je pre mnohých ľudí niečím mimoriadnym, ale je skôr bolestivou, nepríjemnou témou, ktorú si ľudia spájajú výhradne s bolesťou a utrpením. Problematika paliatívnej a hospicovej starostlivosti je v mnohých nevyspelých krajinách iba na počiatku, ale stále viac si spoločnosť uvedomuje jej potrebu vo vzťahu k poznatku, že celková svetová populácia starne. V súčasnosti problematika paliatívnej starostlivosti je diametrálne odlišná či ide o jej uplatnenie v krajinách rozvinutých alebo rozvojových. Svetové štatistické ukazovatele hovoria o tom, že takmer 80 % z celkovej ročnej svetovej úmrtnosti tvorí práve úmrtnosť v rozvojových krajinách, kde žije až ¾ svetovej populácie. Jednou z príčin je fakt, že životná úroveň v týchto krajinách je nízka, často ide o aj o nedostupnosť v oblastí zdravotnej starostlivosti, či o nedostatok vo sfére technologickej alebo aj v oblastí vzdelávania. Nakoľko každý človek je jedinečnou bytosťou zaslúži si dôstojné umieranie, čo je podstatou filozofie paliatívnej a hospicovej starostlivosti.

Kľúčové slová: História, Hospicová starostlivosť, Potreby, Smrť, Umieranie.

Palliative and hospice care in the past and "the process of winning medicine"

Abstract: The issue of death and dying is not for many people, something extraordinary, but it is rather painful, unpleasant theme that people associate exclusively with the pain and suffering. The issue of palliative and hospice care in many countries, only immature in the beginning, but increasingly the company is aware of its need in relation to the finding that the total world population is aging. Currently, the issue of palliative care is vastly different whether its application in developed and developing countries. World´s statistical indicators say that almost 80 % of the total

annual global mortality rate is made up of mortality in developing countries, where you live to the world's population. One reason is that living in these countries is low, and often the unavailability of health-care, or the lack of technology in the field or even in education. Since each person is unique creature deserves a dignified dying, which is the essence of philosophy of palliative and hospice care.

Keywords: History, Hospice care, Needs, Death, Dying.

Si dôležitý, pretože si to Ty! Si dôležitý do poslednej chvíle svojho života a my urobíme všetko, čo len môžeme, aby sme Ti pomohli nie iba v pokoji umrieť, ale žiť dovtedy, kým neumrieš.

Cecily Saunders, MD

Úvod

Otázka starostlivosti o zomierajúcich sa v súčasnosti dostáva stále viac do popredia. Vo svete je jednou z najmodernejších a najrýchlejšie sa rozvíjajúcou formou starostlivosti. Veľký podiel na tomto rozvoji má vedecko-technický rozvoj, vďaka ktorému v posledných desaťročiach ľudstvo dokázalo vyvinúť moderné zariadenia zachraňujúce, ľudské životy po celom svete. Ide napr. o umelú ventiláciu, dyalizačné zariadenia, transplantáciu orgánov a mnoho ďalších výdobytkov, vďaka ktorým človek dokáže prežiť veľa ďalších rokov i keď v mnohých prípadoch s istými obmedzeniami, ktoré sú následne príčinou menšej kvality ich života v budúcností. Odvrátenou stranou tejto dnešnej pretechnizovanej „víťaznej" medicíny je v niektorých prípadoch udržiavanie umierajúceho samostatne života neschopného človeka.–„*Žijeme však v dobe, keď sa dominantným cieľom lekárov stalo predlžovať a udržovať život za každú cenu, i keď sa smrť pokladá za nepatričnú prehru.*" [1]

V súčasnosti veľmi aktuálnou témou je samotné umieranie človeka. Dôležitú úlohu tu zohráva v mnohých prípadoch aj samotná kultúra a spoločnosť v danej krajine. V niektorých

[1]VORLÍČEK, J.: *Paliativní medicina.* Praha: Grada Publishing, 1998. s. 90.

štátoch, napr. v USA, ale taktiež v Kanade, či vo Veľkej Británii majú umierajúci možnosť vytvoriť si svoj vlastný „závet pre spôsob úmrtia“ – advance directives, kde presne zadefinujú svoje priania, akú liečbu sú ochotní podstúpiť, či chcú aby boli oživovaní, alebo aký postup zaujať v prípade, že upadnú do kómy. Takisto v niektorých štátoch eutanázia povolená a je legislatívne zadefinovaná, napr. v Holandsku je legálna takisto aj u detí od 12 rokov. Na Slovensku ako aj v iných krajinách, kde eutanázia nie je povolená je tento akt nelegálny.-Eutanázia je vo svete veľmi diskutovanou témou. Dnes pod pojmom eutanázia rozumieme: „*Konanie zdravotníka, ktorého cieľom je spôsobiť alebo urýchliť smrť ťažko chorého človeka na jeho žiadosť (tzv. dobrovoľná eutanázia), alebo na žiadosť príbuzných, alebo na základe predpokladu, že by si to prial“*[2]

Zástancovia eutanázie vychádzajú z myšlienky, že každý človek má možnosť rozhodnúť sa ako naloží so svojím životom a nesie zodpovednosť za svoje rozhodnutie. Je nutné sa taktiež pozrieť na eutanáziu z opačného pohľadu a to, ako zlegalizovanie tejto formy umierania môže ovplyvniť celú spoločnosť.

Ako uvádza Dobríková (2011) eutanázia verzus paliatívna starostlivosť by znamenala, že:

- existuje hrozba, aby sa aplikácia eutanázie nerozšírila aj na postihnuté a choré osoby, ktoré sami veľmi netrpia, ale sú skôr bremenom pre spoločnosť,
- chudobní a nepoistení ľudia by mohli byť do eutanázie tlačení, keďže zdravotná starostlivosť je finančne náročná,
- zomierajúcim by sa venovala menšia starostlivosť, pretože by sa smrtiaci liek používal na akýkoľvek problém a chorobu.
- Zanikla by dôvera pacienta voči lekárovi, pretože lekár by už nebol len v úlohe, keď lieči, ale aj „zabíja“.[3]

História paliatívnej a hospicovej starostlivosti

[2]ŠOLTÉS, L.: *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Trnava: Trnavská univerzita Fakulta ošetrovateľstva a sociálnej práce, 1996. s. 8.
[3]DOBRÍKOVÁ, P.: *Eutanázia verzus paliatívna starostlivosť*, 26.1.2011, http://www.pravo-medicina.sk/detail-aktuality?new_id=0332d0a7ee9260f5bcit. 18.9.2011

História paliatívnej a hospicovej starostlivosti, ako starostlivosti o človeka počas jeho umierania je tak stará, ako je ľudstvo samé. Na počiatku táto činnosť prebiehala neorganizovane, náhodne a neuvedomelo. Starostlivosť o zomierajúcich v tejto dobe úzko súvisela s kresťanstvom, kedy začali vznikať rôzne útulky, spoločenstvá pre chorých, chudobných, opustených alebo deti.

„Začiatky hospicov ako útulkov pre chorých a opustených možno datovať do obdobia Stredoveku.“[4] Počiatky paliatívnej starostlivosti siahajú až do dávnej minulosti. Prvým evidovaným záznamom bol ten, keď vládca Indie v roku 238 pred Kristom založil vo Varani útulok pre tulákov, opustených ľudí, ktorí prichádzali do tohto útulku prežiť svoje posledné obdobie života. Po ich smrti boli zomretí vysypaní do posvätnej rieky Gangy.

Istý spôsob starostlivosti o zomierajúcich je známy už z obdobia starého Egypta, ktorí ako prví sa zaoberali problematikou smrti ešte počas života. Svedčia o tom poznatky o mumifikovaní mŕtvych, chrámy s bohatou výzdobou, obrovské chrámy a hrobky. Gréci sa svojimi poznatkami a učením snažili o zmiernenie utrpenia umierajúceho a zbavenie sa hrôzy zo smrti. O smrti hovorili ako o večnom pokoji. Dejiny organizovanej paliatívnej starostlivosti nemajú ďaleké korene. Pomyselné druhy hospicov už existovali v čase križiackych výprav a boli súčasťou rôznych kláštorov. Už vtedy boli určené nie len chorým ľuďom, ale takisto aj chudobným, pútnikom, ženám, deťom, malomocným alebo tehotným ženám. V tomto období poslaním hospicov nebola liečba, alebo pomáhanie pri umieraní, ale ich poslaním bola akási pohostinnosť, v podobe ochrany, zabezpečenia základných potrieb, porozumenia a priateľstva. Až v roku 1878 bola v Londýne založená kongregácia Sestry lásky, a jej poslaním bolo práve sprevádzanie chorých pri umieraní. Táto

[4]DOBRÍKOVÁ-PORUBČANOVÁ, P. et al.: *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti, význam paliatívnej starostlivosti.* Trnava: Spolok Svätého Vojtecha, 2005. s.280.

komunita založila niekoľko hospicov. V jednom z nich pracovala aj priekopníčka v tejto problematike Cicely Saundersová.

Práve Cicely Saundersová založila prvý moderný hospic sv. Krištofa (St. Christopher´s Hospice) a v roku 1967 v Anglicku v Sydenhame. Od tejto doby začali vznikať podobné zariadenia po celom svete. Vo svojich tridsiatich deviatich rokoch získala doktorát medicíny a stala sa celosvetovo uznávanou osobnosťou v oblasti paliatívnej starostlivosti. Bola ortodoxnou kresťankou, s čím súvisel aj jej odmietajúci postoj k eutanázii. Do hospicovej starostlivosti zaradila takisto aj rodinu a blízkych zomierajúceho. Jej prvý hospic, sa stal akýmsi centrom pre rozvoj, metodickým centrom, v ktorom si záujemcovia mohli prejsť tzv. „výcvikom" pre poskytovanie paliatívnej starostlivosti. Za svoju prácu tak v oblastí sociálnej, ako aj zdravotníckej a náboženskej si vyslúžila množstvo ocenení. V roku 1981 získala Templetonovu cenu a v roku 2001 tiež najprestížnejšie ocenenie humanitného smeru, Humanitárnu cenu Condrada N. Hiltona. Zomrela na onkologické ochorenie v jednom zo svojich hospicov.[5]

Po roku 1967 nastal veľký rozvoj v oblasti paliatívnej starostlivosti. Postupne v celom svete začali vznikať nové moderné hospice, ktoré pomáhali chorým počas procesu zomierania. Už v roku 2004 ich bolo vo svete 7000, ktoré pôsobili vo viac ako 90 krajinách.

V roku 1999 bolo v Európe Parlamentným zhromaždením Rady Európy kodifikované právo pacienta na komplexnú paliatívnu starostlivosť v dokumente číslo 1418, ktorí sa nazýva „Ochrana ľudských práv a dôstojnosti nevyliečiteľne chorých", taktiež nazývaná aj „Charta práv umierajúcich". Neskôr v roku 2003 bola na zhromaždení dvadsiatich štyroch ministrov členských štátov Rady Európy založená Organizácia paliatívnej starostlivosti.[6]

[5]VORLÍČEK, J. – ADAM, Z. et al. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 1998. s.480.
[6]ŠPINKOVÁ, M. a kol.: *Na cestách domů, paliativní péče a dobré umírání*. Praha: Cesta domů, 2006. s.46.

Paliatívna starostlivosť v súčasnosti na Slovensku

Filozofia hospicovej starostlivosti sa na Slovensku pomaly dostáva do povedomia. Stáva sa momentálne akousi módnou záležitosťou, ale zároveň sa prezentuje aj ako niečo, čo tu už dávno je a v zahraničných krajinách má už dlhšiu tradíciu. Na Slovensku paliatívna a hospicová starostlivosť neustále „bojuje" s problémami týkajúcimi sa nedostatku finančných zdrojov, ale taktiež v niektorých prípadoch prameniaci aj z nedôvery zo strany odbornej alebo laickej verejnosti. I napriek tomu, že spoločnosť na Slovensku postupne starne a zvyšuje sa počet obyvateľov v poproduktívnom veku, sa tomuto problému venuje stále málo pozornosti. Podľa mnohých odborníkov je predpoklad do budúcna zvyšovanie dopytu po službách, ktoré takéto hospicové zariadenia poskytujú.

Počiatky paliatívnej starostlivosti siahajú do roku 1989 kedy začínajú prvé snaženia o vznik hospicov zamerané na starostlivosť o nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich. Jedným z prvých hospicov na Slovensku bol Hospice v Martine, ktorý vznikol ako občianske združenie. V roku 2000 vznikla na Slovensku Asociácia hospicovej starostlivosti. V súčasnosti u nás existuje približne 40 špecializovaných zariadení, ktoré sú zamerané na paliatívnu starostlivosť a niektoré z nich sú združené práve v Asociácii hospicovej starostlivosti. Neskôr v roku 2006 sa začali organizovať dobrovoľnícke združenia pre paliatívnu starostlivosť.

V roku 2002 Arcidiecézna charita v Košiciach otvorila Hospic Matky Terézie v Bardejovskej Novej Vsi, ako prvý hospic na Slovensku, ktorý poskytoval lôžkovú hospicovú starostlivosť. Ďalšie z diecéznych charít sú v Nitre, Bratislave a v Banskej Bystrici, ktoré sa zamerali práve na rozvoj mobilnej hospicovej starostlivosti. Medzi ďalšie organizácie, ktoré poskytujú hospicovú starostlivosť sú: Hospic sv. Alžbety v Ľubici, Hospic Milosrdných sestier v Trenčíne, Hospic Trstice a služby sociálnej starostlivosti, Mobilný hospic sv. Kataríny Labouré v Bratislave, Hospic Milosrdných sestier v Trenčíne, Mobilné hospice charitas,

Diakonické združenie Betánia v Bratislave, ktoré sú charitatívnym typom starostlivosti[7].

Na Slovensku je hospicové hnutie ešte stále v počiatočnom štádiu, ktoré sa snaží o poskytovanie starostlivosti hlavne umierajúcim, ktorí si vyžadujú každodennú starostlivosť, či už lekársku alebo ošetrovateľskú s adekvátnou liečbou, ktorá smeruje k tomu, aby umieranie bolo dôstojné, bez somatických ťažkostí. Oddelenia tejto starostlivosti, či už v nemocniciach alebo v jednotlivých hospicoch sa stávajú akýmsi prostredníkom medzi oddeleniami medicíny a domácim prostredím.

Laická verejnosť často mylne považuje hospice, za akési zariadenia smrti. Práca v hospicoch však nie je jednoduchá, zahrňuje celkovú starostlivosť o človeka z hľadiska biologických, psychologických a sociálnych potrieb. Z biologického hľadiska ide o uspokojovanie bežných základných potrieb človeka, čiže príjem potravy, základné hygienické potreby, zabezpečenie spánku, snaha o zabránenie fyzickej bolesti. Z hľadiska psychologického ide o zabezpečenie úplného rešpektovania osobnosti človeka, udržiavanie komunikácie s okolím, snaha o zabezpečenie dôvery a takisto pocitu bezpečia. Veľmi vhodne psychologické potreby opisuje Andrášiová a kol.[8]:Uvádza nasledovné*: „Človek nie je iba množina orgánov podopieraná kosťou a obalená v koži. Je jedinečnou, neopakovateľnou bytosťou so svojim nenahraditeľným poslaním“*. Sociálne hľadisko sa zameriava aj na komunikáciu človeka, pretože v tomto štádiu sa často vynárajú otázky o zmysle života, alebo takisto o veciach viery, pretože často krát aj človek, ktorý bol celý život neveriacim sa v tomto štádiu obracia na vieru a Boha, v čom mu dopomáhajú duchovní, ako aj sociálni pracovníci, ktorých je v súčasne už existujúcich zariadeniach paliatívnej a hospicovej starostlivosti stále sporadicky. Hospicová starostlivosť vníma

[7]hospice.sk- [online] [cit. 2011-09-19]. Dostupné na<http://www.hospice.sk/hospice1/org.php>.
[8]ANDRAŠIOVÁ, M., BODNÁR, O. M., GAJDOVÁ, M.,KRIŽANOVÁ: *Hospic a paliatívna starostlivosť- príručka pre dobrovoľníkov*. Bratislava: Oto Németh, 2002. s. 54.

každého človeka individuálne s jeho špecifickými potrebami. V hospicoch pracuje multidisciplnárny tím zložený z lekárov, sestier, fyzioterapeutov, psychológov, sociálnych pracovníkov, duchovných a dobrovoľníkov. Súčasťou tímu sú aj rodinní príslušníci. Podľa Štefka[9](2003) je hospic hnutím, ktorého základná myšlienka vychádza z celkovej úcty k životu a takisto k človeku, ako jedinečnej a neopakovateľnej bytosti. Hospicová starostlivosť je služba človeku, ktorý to potrebuje často v najťažšom období svojho života.

A čo na záver?

Možno sa nám vynára otázka: „čo je príčinou toho, že hospicová starostlivosť na Slovensku nemá ešte stále miesto, ktoré si zaslúži?“ Ako uvádza Magurová[10,11] (2007,2008) k možným príčinám môžeme napr. zaradiť nasledovné: zle pochopená filozofia hospicovej starostlivosti; zlá, nedostatočná informovanosť samotných zdravotníckych pracovníkov, nepochopenie súvislosti medzi filozofiou hospicu a paliatívnej medicíny; nedostatok špecializovaných odborníkov; nedostatok skúsenosti s hospicovou starostlivosťou; nepripravenosť zdravotníkov na terminálnu starostlivosť; klasická výučba orientovaná na prinavrátenie zdravia a liečbu; dobrovoľníci- zatiaľ je spolupráca sporadická, chýba špeciálna príprava, ako aj slabá mediálna podpora.

Úplne na záver, snáď slová Williama Saroyana: *„Mať rád a mať porozumenie, znamená byť mŕtvy zaživa. Mať rád a porozumieť je poklad, ktorý je potrebné pestovať a opatrovať*

---

[9]ŠTEFKO, A.: *Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a zomieraní*. Trnava: Dobrá kniha, 2003. s.145.

[10]MAGUROVÁ D.: Hospic- model a filozofia starostlivosti o chorých. In: *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. roč. V, 2007, č. 6, s. 4-6.

[11]MAGUROVÁ D., CIBRÍKOVÁ S., LENGYELOVÁ A.: Dôstojné umieranie v podmienkach zdravotníckych a sociálnych zariadení. In: *Sborník kongresu XII. gerontologické dny* Ostrava. Ostrava : DTO CZ, 2008, s. 84-87.

ako najcennejší šperk. Kto tento šperk v živote má, má nádej, že ho i na sklonku jeho životných ciest bude sprevádzať porozumenie, ktoré profesionálnej starostlivosti dodá dimenziu láskavého doprovodu".

Literatúra:

ANDRAŠIOVÁ, M., BODNÁR, O. M., GAJDOVÁ, M.,KRIŽANOVÁ: *Hospic a paliatívna starostlivosť- príručka pre dobrovoľníkov.* Bratislava: Oto Németh, 2002. 54 s. ISBN 80-968416-0-2.

DOBRÍKOVÁ, P.: *Eutanázia verzus paliatívna starostlivosť*, 26.1.2011, http://www.pravo-medicina.sk/detail, cit. 18.9.2011

DOBRÍKOVÁ-PORUBČANOVÁ, P. et al.: *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti, význam paliatívnej starostlivosti.* Trnava: Spolok Svätého Vojtecha, 2005. 280 s. ISBN 80- 7162-581-7.

MAGUROVÁ D.: Hospic- model a filozofia starostlivosti o chorých. In: *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. roč. V, 2007, č. 6, s. 4-6. ISSN 1336-183X.

MAGUROVÁ D., CIBRÍKOVÁ S., LENGYELOVÁ A.: Dôstojné umieranie v podmienkach zdravotníckych a sociálnych zariadení. In: *Sborník kongresu XII. gerontologické dny* Ostrava. Ostrava : DTO CZ, 2008, s. 84-87. ISBN 978-80-02-02077-6.

ŠPINKOVÁ, M. a kol.: *Na cestách dom*ů, *paliativní péče a dobré umírání*. Praha: Cesta domů, 2006. 46 s.

hospice.sk- [online] [cit. 2011-09-19]. Dostupné na<http://www.hospice.sk/hospice1/org.php>.

ŠTEFKO, A.: *Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a zomieraní*. Trnava: Dobrá kniha, 2003. 145s. ISBN 80-7141-429-8.

VORLÍČEK, J.: *Paliativní medicina.* Praha: Grada Publishing, 1998. 423s. ISBN 80-7169-437-1.

ŠOLTÉS, L.: *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky.* Trnava: Trnavská univerzita Fakulta ošetrovateľstva a sociálnej práce, 1996. 108s. ISBN 80-85665-74-3.

VORLÍČEK, J. – ADAM, Z. et al. *Paliativní medicína.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 1998. 480 s. ISBN 80-7169-437-1.

Kontakt:

Ing. Lucia Andrejiová
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava
Palackého 1, 810 00 Bratislava

landrejiova@gmail.com

PhDr. Dagmar Magurová, PhD.
Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita
Partizánska 1, 080 01 Prešov
dagmar.magurova@unipo.sk

Aspekty ošetrovateľskej starostlivosti o zomierajúceho novorodenca

Baňasová Vlasta

Abstrakt: Problematika poskytovania komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti novorodencom v terminálnom štádiu svojho ochorenia v podmienkach JIRS[10] o novorodencov je zložitá. Jednou z úloh ošetrovateľstva je aj pomoc pri dôstojnom umieraní a smrti. Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti o zomierajúceho novorodenca poukazujeme na prostredie, v ktorom je nevyhnutné vytvoriť pre rodičov súkromie, komunikáciu s rodičmi a na sestry ošetrujúce zomierajúceho novorodenca.
Kľúčové slova: Ošetrovateľská starostlivosť, Sestra, Podpora rodiny, Úmrtie novorodenca.

Aspects of nursing care the dying newborn

Abstract: The issue of providing comprehensive nursing care to neonates in the terminal stage of their illness in terms of neonatal Jirsa is difficult. One of the tasks of nursing is the support of a dignified death and dying. In providing nursing care for the dying infant we refer to the environment in which it is necessary for parents to create privacy, communication with parents and nurses caring for dying newborn.
Keywords: Nursing care, Nurse, family support, Neonatal deaths.

Ošetrovateľstvo zabezpečuje starostlivosť o človeka od počatia až po smrť v zdraví aj v chorobe. Etické princípy ošetrovateľstva vyplývajú nielen zo všeobecne platných etických noriem, ale aj z konkrétnych situácií a činov vzhľadom na ich následky, ku ktorým vedú. Osobitný zreteľ si zasluhujú etické aspekty pri ošetrovaní detí, dlhodobo chorých a umierajúcich. Tieto stavy a s nimi spojené etické aspekty predpokladajú veľmi

[10]Jednotkách intenzívnej a resuscitačnej starostlivosti o novorodencov

citlivý a profesionálne náročný prístup k ošetrovaniu, ale i opačne oni ovplyvňujú osobnosť ošetrujúcich.[11]

Vývoj paliatívnej starostlivosti u detí ešte stále výrazne zaostáva za vývojom paliatívnej starostlivosti u dospelých pacientov. Bariéry spomaľujúce vývoj paliatívnej starostlivosti o deti môžeme nájsť na strane zdravotníkov a aj na strane rodičov.[12] Preto nás zaujalo samostatné vymedzenie úloh starostlivosti sestry a rodiny o umierajúce dieťa.

Podľa Lacu „bez ohľadu na to, kde je hospicová alebo paliatívna starostlivosť poskytovaná, vždy je dôležité, aby starostlivosť bola komplexná, aby boli uspokojované všetky potreby klienta. Túto komplexnú starostlivosť nie je možné poskytovať bez uplatňovania tzv. holistického prístupu. Ide o filozofiu, ktorá je uplatňovaná v starostlivosti o zomierajúceho človeka v paliatívnej starostlivosti. Jedná sa o komplexnú starostlivosť o človeka v chápaní jeho bio-psycho-sociálnej jednoty. Táto starostlivosť nezahŕňa iba starostlivosť o pacienta, ale aj o jeho rodinu, ich vzájomné vzťahy, potreby a problémy.“[13]

Novorodencov, u ktorých môžeme predpokladať prechod zo život podporujúcej liečby na paliatívnu starostlivosť, môžeme rozdeliť do nasledovných kategórií:
1. novorodenci na hranici viability, s extrémne nízkou pôrodnou hmotnosťou a gestačným vekom, 2. novorodenci s komplexnými a mnohopočetnými vrodenými anomáliami nezlučiteľnými so životom, 3.novorodenci s ťažkým ochorením nereagujúci na kuratívnu liečbu, u ktorých pokračovanie v liečbe môže predlžovať utrpenie.[14]

[11]VACHOVÁ, M. *Akceptácia myšlienok Hospice v prostredí novorodeneckých JIRS v SR.* s. 14.
[12]ZANOVITOVÁ, M. – OVŠONKOVÁ, A. *Prvky paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti v neonatológii.* 2010, s. 62.
[13]LACA, S. *Paliatívna a hospicová starostlivosť ako súčasť etiky života.* 2010, s. 222.
[14]ZANOVITOVÁ, M. – OVŠONKOVÁ, A. *Prvky paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti v neonatológii*. 2010, s.61.

Prostredie – Súkromie - Komunikácia - Informácie

Budúci rodičia očakávajú, že ich tehotenstvo bude ukončené narodením zdravého a krásneho dieťaťa. Náhle a neočakávané úmrtie dieťaťa je jednou z najhorších skúseností, ktorú môže rodina prežiť. Ocitá sa v šoku a hlbokom zármutku a očakáva pomoc a radu od zdravotníckeho personálu.[15]

Prostredie je na bežných úsekoch JIRS až nepriateľské k psychike rodičov. Veľké množstvo prístrojov, rôzne alarmy, príliš veľa rôznych snímačov u dieťaťa. Dôležité je vysvetliť rodičom funkciu prístrojov, prečo sú pre dieťa potrebné. Prostredie je možné doplniť plyšovými hračkami, drobnými predmetmi, fotografiami rodiny, či kresbou od súrodenca[16,17]..

V našom príspevku chceme poukázať na starostlivosť o ťažko chorých novorodencov a podporu rodiny. Sestra sa často stáva dôverníkom medzi rodičom a dieťaťom. Práve sestra z ošetrujúceho tímu je k dieťaťu najbližšie. Sestra pri ošetrovaní dieťaťa často ostáva s rodičmi sama. Rodičia a rodinní príslušníci kladú otázky, na ktoré sa niekedy veľmi ťažko odpovedá. Rozhovory o zomieraní a smrti vyžaduje od sestier mimoriadné komunikačné schopnosti. Od sestry sa žiada vysoká odborná profesionálna zrelosť a majstrovstvo v komunikácii. Rozhovor s rodinou umierajúceho novorodenca nie je len výmenou slov a gest. Je to proces medzi umierajúcim dieťaťom a rodinou – lekárom - sestrou a personálom.

Rodinní príslušníci potrebujú od sestier a ďalších zdravotníckych pracovníkov dostatok informácií, ktoré im pomôžu pri rozhodovaní o liečbe, umožnia im reálne zhodnotiť situáciu a pripraviť sa na budúcnosť.[18] Rodičia nadobúdajú s aktívnou pomocou sestry zručnosti pri starostlivosti o dieťa. V tomto období rodičia starajúci sa o choré dieťa si preto zasluhujú

[15]FENDRYCHOVÁ, J. - KLIMOVIČ, M. et al. *Péče o kriticky nemocné dítě.* 2005, s. 164.
[16] MAGYAROVÁ, G. *Etické aspekty umierania v neonatológii*, 2005, s. 791.
[17]MAGYAROVÁ, G. et al. *Etické prístupy k rodičom novorodencov v kritickom zdravotnom stave*, 1998, s. 78.
[18]ŠČÍBRÁNYIOVÁ, H. *Etické problémy v neonatológii.*1997, s. 15.

zvýšenú pozornosť.[19] Utrpenie a umieranie môže meniť aj ostatných členov rodiny a dáva priestor na hlbšie premýšľanie o zmysle ich života.[20]

Veľmi významné pre rodičov je pripraviť priestor na rozlúčku s dieťaťom s minimálnym rušením a so zabezpečením ich súkromia (zástena pri lôžku dieťaťa / prázdna izba pre matky alebo novorodencov alebo samostatná miestnosť). Pre malé priestory väčšinou ide o problémy so zabezpečením vhodného prostredia pre umierajúceho novorodenca a jeho rodinu.

Stres - Emocionálne vplyvy – Sestra ošetrujúca umierajúceho novorodenca

Problematikou pracovnej záťaže sestier a vyhoreniu sa venuje veľa výskumníkov. Pri práci v ošetrovateľskej starostlivosti sa často stretávame s rôznymi záťažovými situáciami. Medzi tieto situácie sestry zaraďujeme aj starostlivosť o zomierajúce dieťa, komunikáciu s rodičmi, hlavne matkou. Vyrovnanie sa personálu so stresom pri úmrtí dieťaťa nie je jednoduché. Situácie, kde je nutné zvládanie ťažkosti s veľkým emocionálnym nasadením a získanými prežitky môžu sestru vyčerpať a viesť k iným činnostiam a situáciám, v ktorých priznávajú neprispôsobenie sa na záťaž.

Okrem ošetrovateľskej starostlivosti u dieťaťa pri zabezpečovaní biologických potrieb - hygieny, aplikácii infúzií, injekcií a pod. sestry poskytujú pri starostlivosti dieťaťu a rodine hlavne podporu fyzickej pohody a uspokojenie duševných, sociálnych a spirituálnych potrieb. Pri poskytovaní pomoci smútiacim rodičom sa i personál naučí vyrovnávať so záťažovými situáciami a spracovať ich. Okrem holistického prístupu k človeku paliatívna starostlivosť vyžaduje interdisciplinárny prístup k pacientovi a ten potom logicky vyžaduje určitý konsenzus medzi lekármi z rôznych odborov, ale aj dieťaťom, respektíve rodičmi dieťaťa.[21]

[19]FENDRYCHOVÁ, J. - KLIMOVIČ, M. et al. *Péče o kriticky nemocné dítě.* 2005, s. 164.
[20]UHLÍKOVÁ, Z. *Etické dilemy v detskej paliatívnej starostlivosti*. 2009, s. 40.
[21]UHLÍKOVÁ, Z. *Etické dilemy v detskej paliatívnej starostlivosti*. 2009, s. 44.

Medzi faktory, ktoré vplývajú na smútok rodičov:
-neskorý gestačný vek nenarodeného plodu,
-krátka doba medzi stratou nenarodeného dieťaťa a ďalším počatím,
-dlhšie obdobie života novorodenca, ktorého rodičia nakoniec stratili,
-rodičia nemajú ďalšie deti,
-kongenitálne anomálie novorodenca,
-viac nenarodených detí v predchádzajúcom období,
-manželské problémy,
-opakované prezeranie sonografického zobrazenia plodu, ktorý rodičia stratili.[22]

Podpora rodiny

Veľmi náročná je ošetrovateľská starostlivosť a podpora matky (rodičov) počas umierania a smrti novorodenca. Novorodenec si sám nedokáže uvedomiť umieranie ani smrť, pretože nie je dokončený proces dozrievania mozgu. Isté však je, že novorodenec získava pocit istoty a bezpečia (alebo pocity diskomfortu) v interakcii s matkou.[23] Ošetrujúci personál si musí uvedomiť, že ide o obrovský šok a tragédiu a oznamovanie okolností vážneho zdravotného stavu a hroziacej smrti je pre matku a rodinu ťažko prijateľné. Matka dieťaťa potrebuje cítiť, že sestra a ostatní členovia ošetrovateľského tímu majú záujem o jej fyzické a emocionálne potreby. Preto je veľmi dôležitý prístup k rodičom, ktorí potrebujú komunikovať s empatickým personálom.

Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti o zomierajúceho novorodenca v podmienkach neonatologických pracovísk je:
- podpora fyziologického procesu smútenia v rodine zomretého novorodenca,
- akceptácia a realizácia procesov podporujúcich fyziologické smútenie,

[22]MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménach.* 2006. s. 189.
[23]MIKITOVÁ, T. – KANTÁROVÁ, M. – ZANOVITOVÁ, M. Možnosti podpory matky kriticky chorého novorodenca, 2009, s.71.

- akceptácia a dodržanie práv rodičov a dieťaťa pri zomieraní,
- vytvorenie adekvátnych psychických a fyzických podmienok rodičom pre rozlúčku s dieťaťom,
- organizačné a personálne zabezpečenie empatického prístupu k rodičom zomierajúceho dieťaťa na neonatologických pracoviskách.[24]

Stáva sa, že rodičia majú väčší strach a obavy s umieraním, boja sa, že nezvládnu stáť tvárou v tvár dieťaťu, ktoré strácajú pred očami. Môžu sa nevedome vyhýbať kontaktu a pobytu s ním. Musíme sa vcítiť a pochopiť, ako ťažko je vyrovnať sa so smrťou svojho dieťaťa. Ideálna situácia je, keď novorodenec umiera v náručí matky alebo v inkubátore za prítomnosti matky. Ak matka nechce byť pri svojom dieťati, vyjdeme jej v ústrety a rešpektujeme jej prianie. Keď má záujem o kontakt s ním, tak ju v tom podporíme, umožníme jej to, motivujeme a stimulujeme ju k spolupráci, aby umierajúcemu novorodencovi boli umožnené pocity pokoja a bezpečia z jej prítomnosti.[25,26]

Ak dieťa ešte nemá meno, malo by sa mu dať. Pomenovanie, event. pokrstenie dieťaťa pomôže rodičom i ostatným členom rodiny uvedomiť si, že sa narodilo a zomrelo, aj keď bol jeho život tak krátky.[27]

Etický prístup k rodičom a dieťaťu

Rešpektovať práva rodičov pri úmrtí dieťaťa:
- vidieť, dotýkať sa, držať svoje dieťa kedykoľvek pred i po smrti,
- mať spomienkové predmety a fotografiu dieťaťa,
- mať súkromie s dieťaťom,
-očakávať pomoc a porozumenie v smútení, komunikovať s empatickým personálom,

[24]SEKCIA SESTIER PRACUJÚCICH v NEONATOLÓGII. *Zoznam ošetrovateľských štandardov v neonatológii.* Ošetrovateľský štandard č. 171 podpora rodičov pri úmrtí novorodenca. 2003.
[25]MIKITOVÁ, T. – KANTÁROVÁ, M. – ZANOVITOVÁ, M. Možnosti podpory matky kriticky chorého novorodenca, 2009, s. 71.
[26]MAGYAROVÁ, G. et al. Etické prístupy k rodičom novorodencov v kritickom zdravotnom stave. 1998, s. 72-85.
[27]FENDRYCHOVÁ, J. - KLIMOVIČ, M. et al. *Péče o kriticky nemocné dítě.* 2005, s. 164.

- podieľať sa na rozhodovaní o pitve,
- mať zrozumiteľné informácie,
- realizovať svoje kultúrne, či náboženské zvyky,
- mať pomoc pri plánovaní pohrebného obradu,
- mať informácie o podporných aktivitách.

Rešpektovať práva zomretého dieťaťa:
- byť považovaný za osobu, ktorá sa narodila, žila a zomrela,
- mať meno,
- byť videný a držaný svojou rodinou,
- mať smútočné oznámenie,
- byť s úctou pochovaný.

Ošetrovateľské diagnózy – k zvládaniu záťaže u rodičov[28,29]

Doména 9: ZVLÁDANIE ZÁŤAŽE Trieda 2: REAKCIE NA ZVLÁDANIE ZÁŤAŽE Ošetrovateľská diagnóza: 00136 Anticipačný smútok (1980, 1996, 2006, LOE 2.1) Definícia: Normálny zložitý proces, ktorý obsahuje emočné, fyzické, spirituálne, sociálne a intelektuálne reakcie a správanie, ktorým jedinci, rodiny a komunity začleňujú aktuálnu a očakávanú alebo vnímanú stratu do ich každodenného života.
Doména 9:ZVLÁDANIE Z´ÁŤAŽE Trieda 2: REAKCIE NA ZVLÁDANIE ZÁŤAŽE Ošetrovateľská diagnóza: 00155Dysfunkčný smútok (1980, 1986, 2004, 2006 LOE 2.1) Definícia: Porucha, ktorá sa prihodí po smrti blízkej osoby, u ktorej bolestný zážitok doprevádzajúci nedostatok neodpovedá normálnemu očakávaniu a prejavuje sa zhoršením funkcií.

Vzdelávanie sestier v starostlivosti o umierajúceho – Ošetrovateľská starostlivosť - Programy

[28]NANDA International. 2010. *Ošetřovatelské diagnózy. Definíce a klasifikace 2009 – 2011*. 2010. s. 254, 256.
[29]MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménach.* 2006. s. 188,189.

Hovoriť o umieraní a smrti nie je v dnešnej spoločnosti bežné a zvyčajne sa o tejto problematike nehovorí ľahko ani sestrám. Sú situácie, na ktoré sestry, ale aj lekári musia byť pripravení oveľa hlbšie a efektívnejšie, aby tzv. dôstojné umieranie nezostalo len na obyčajných vyjadreniach. Starostlivosť o umierajúcich býva zaraďovaná medzi najťažšie činnosti v práci sestier.

Aj napriek tomu, že sestry pracujúce na jednotkách intenzívno-resuscitačnej starostlivosti o novorodencov uplatňujú pri svojej práci niektoré prvky paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti, nemajú dostatočné vedomosti a zručnosti v tejto oblasti a tým vzniká aj nejednotnosť postupov pri poskytovaní paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti v neonatológii.30

Ak zoberieme v úvahu, že starostlivosť o zomierajúceho novorodenca prebieha v nemocnici, tak zavedenie myšlienok hospice na novorodeneckých pracoviskách je nápomocné ako pre rodičov, tak i pre ich deti a personál zabezpečujúci zdravotnícku starostlivosť.31

Dôležitý je názor a postoj rodičov k tejto problematike, ako aj samostatnej spoločnosti. Nevyhnutná je potreba skvalitnenia starostlivosti o zomierajúcich v pediatrii v úzkej spolupráci s ich rodinami v zdravotníckych zariadeniach ako aj v domácom prostredí.

Literatúra:

FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. et al.: *Péče o kriticky nemocné dítě.* 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelekářských zdravotnických oborů, 2005, s. 164. 414 s. ISBN 80-7013-427-5.

LACA, S.: *Paliatívna a hospicová starostlivosť ako súčasť etiky života.* In: MÁTEL, A. – SCHAVEL, M. – MÜHLPACHR, P. – ROMAN, T.: Aplikovaná etika v sociálne práci a ďalších pomáhajúcich profesiách. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety. s. 222. 413 s. ISBN 978-80-89271-89-4. Dostupné na: http://www.prohuman.sk/socialna-praca/paliativna-a-hospicova-starostlivost-ako-sucast-etiky-zivota

[30] ZANOVITOVÁ, M. – OVŠONKOVÁ, A. 2010, s. 62.
[31] VACHOVÁ, M. 2003, s. 15.

MAGYAROVÁ, G., VACHOVÁ, M.: *Etické aspekty umierania v neonatológii.* In: Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve. 1. vyd. Martin : 2005. Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva. s. 786-794. ISBN 80-88866-32-4.

MAGYAROVÁ, G.: *Podpora rodičov pri úmrtí novorodenca – naše skúsenosti s aplikáciou štandardu*. In: Sborník V. Mezinárodní sympozium ošetrovatelství. Ostrava, 2006, s. 140-147. [online]. [cit. 2008-11-06]. Dostupné na internete: <http://www.osu.cz/fzs/dokumenty/sbornik -5_4_2006.doc>.

MAGYAROVÁ, G. et al.: *Etické prístupy k rodičom novorodencov v kritickom zdravotnom stave*. In: Neonatologické zvesti, 1998, roč. 2, s. 72-85. ISSN 1336-5606.

MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménach.* Praha : Grada, 2006. s. 188-191. 264s. ISBN 80-247-1399-3.

MIKITOVÁ, T., KANTÁROVÁ, M., ZANOVITOVÁ, M.: *Možnosti podpory matky kriticky chorého novorodenca.* In: Zborník I. Perinatologický deň. [CD-ROM]. Ed. Baňasová, V., Peřinová, N., Prešov: FNsP J.A.Reimana v Prešove, 2009, s. 67-72. 222s. ISBN 978-80-970103-5-5.

NANDA International: *Ošetřovatelské diagnózy*. Definíce a klasifikace 2009 – 2011. Praha : Grada Publishing, 2010. s. 254, 256. ISBN 978-80-247-3423-1.

SEKCIA SESTIER PRACUJÚCICH v NEONATOLÓGII. 2003. Zoznam ošetrovateľských štandardov v neonatológii [online]. [cit. 2009-01-02]. Dostupné na internete: <http://www.neonatologickasestra.sk/standardy.html>.

ŠČIBRÁNYIOVÁ, H.: *Etické problémy v neonatológii.* Postgraduálny vzdelávací program Subkatedry neonatológie IVZ a Neonatologickej sekcie SPS v intermediárnej starostlivosti o novorodencov. 1997. Bratislava, s. 15.

UHLÍKOVÁ, Z.: *Etické dilemy v detskej paliatívnej starostlivosti*. UK V BRATISLAVE, EBF. Katedra systematickej teológie. 2009, s. 40, 44. Diplomová práca.

VACHOVÁ, M.: *Akceptácia myšlienok Hospice v prostredí novorodeneckých JIRS v SR*. In: Neonatologické zvesti, 2003, roč. 7., č.1, s. 14 – 19. ISSN 1335-2504.

ZANOVITOVÁ, M., OVŠONKOVÁ, A.: *Prvky paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti v neonatológii.* In: Ošetřovatelství a porodní asistence. Recenzovaný odborní a vědecký časopis, roč. 1, č.

2/2010. ISSN 1804-2740. Dostupné na: http://periodika.osu.czosetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-02/11_zanovitova.pdf.

Kontakt:

PhDr. Vlasta Baňasová, PhD.
FNsP J.A.R., Hollého 14, 080 01 Prešov
banasova@fnsppresov.sk

Duchovnosť a paliatívna medicína

Belovičová Mária, Belovičová Liliana, Kuľková Adriana

Abstrakt: Záujem o duchovnosť narastá vo všetkých oblastiach ľudskej činnosti. Duchovnosť - základný a jediný garant zachovania zdravia nielen jednotlivcov, ale aj zdravia celého ľudstva. Medicína 21. storočia čoraz viac uplatňuje holistický, ale aj multidisciplinárny prístup pri poskytovaní paliatívnej pomoci. Aspekt duchovnosti je v súčasnosti už neoddeliteľnou súčasťou modernej medicíny.
Kľúčové slová: Duchovnosť, Hospic, Paliatívna medicína.

Spirituality and Palliative Medicine

Abstract: Interest to the spirituality grows in all areas of human activities. Spirituality - base and the only garant of maintance of health not only of individuals but of the whole universe. The medicine of the 21th century has a holistic and multidisciplinary approach in paliative care. The aspect of spirituality is recently inseparable part of modern medicine.
Key words: Spirituality, Hospice, Paliative medicine.

Duchovnosť a paliatívna medicína

Téma duchovnosti a zdravia sa v poslednom čase stáva stále viac aktuálna. Zaujíma nielen predstaviteľov duchovenstva, ale aj samotných lekárov, nehovoriac o pacientoch. Záujem o ňu začal narastať prakticky vo všetkých oblastiach ľudskej činnosti: od umenia až po vedu a medicínu. Usporadúvajú sa dokonca medzinárodné konferencie s problematikou duchovnosti v medicíne.

V čom teda spočíva príčina natoľko výrazného obratu v medicíne smerom k duchovnosti?

Domnievame sa, že odpoveď na túto otázku treba hľadať dokonca nie medzi problémami medicíny ako takej, ale v tých nebezpečných trendoch, ktoré narastajú a prejavujú sa v poslednom čase na celom svete. Ide o metaglobalizáciu a vplyv vedecko-technického pokroku na celé ľudstvo a taktiež aj

informačných- a biotechnológií, ktoré veľmi negatívne vplývajú na duchovné, psychické a fyzické zdravie obrovského počtu ľudí. V súvislosti s týmto sa na celom svete prudko zvyšuje úloha duchovnosti ako základného a jediného garanta zachovania zdravia nielen jednotlivcov, ale aj zdravia celého ľudstva.

Žiaľ, v súčasnosti pozorujeme postupné zničenie harmonického priebehu života a agresívne uplatňovanie sa modelu „rýchleho úspechu“, za ktorým nestojí duchovná evolúcia s hierarchiou hodnôt, ale len holý ľudský egoizmus, ktorý podlieha vypočítavému, chladnokrvnému a pritom úplne bezduchému úsudku.

Táto tendencia stále viac znepokojuje všetkých skutočne duchovných ľudí, nakoľko jej výsledkom sú napríklad: nárast onkologických a kardiovaskulárnych ochorení; vznik nových a doteraz neznámych (orphan) chorôb; celkový nárast psychickej záťaže a vznik syndrómov emočného vyhorenia a chronickej únavy; nárast počtu psychických ochorení; nárast pacientov s Alzheimerovou chorobou, Parkinsonovou ch., multiplexnou sklerózou; nárast počtu samovrážd; zhoršenie kvality života a smrti a taktiež aj oslabenie každého druhu zdravia u obrovského počtu ľudí, ktorí sa stávajú „zajatcami“ výdobytkov vedecko-technického pokroku.

Každý lekár vie, že skutočne zdravý človek - predovšetkým morálne a duchovne zdravý človek, ktorého „netrhajú na časti“ vnútorné stresy, problémy a protirečenia. Zdravý človek - človek radostný, vo všetkom harmonický, t.j. taký, ktorý vie vytvoriť a zachovať si harmóniu ako vonkajšiu tak aj vnútornú. A tento stav radosti a harmónie dosahuje nie natoľko s pomocou psychológie, nakoľko s pomocou duchovnosti ako väčšej a všetkoobjímajúcej kategórie, za ktorou stojí najvyšší morálny princíp a Boží zákon.

Jedine duchovnosť hovorí človeku o tom, že žije na zemi pre spoznanie a vypestovanie v sebe lásky a že so smrťou človeka sa nekončí absolútne všetko. Jedine duchovnosť hovorí človeku o tom, že po smrti telesnej človek dostáva unikátnu možnosť pokračovať vo svojom bytí v duchovnej forme, zachovávajúc si

pritom vďaka svojej viere a láske aj svoju dušu a uvedomenie si seba. Jedine duchovnosť hovorí človeku o tom, že život v duchovnom stave je tiež životom, hoci aj úplne iným, ale absolútne reálnym a naplneným hlbokým zmyslom a pocitmi, ktoré môžu byť ako radostné tak aj veľmi zarmucujúce. Jedine duchovnosť hovorí človeku o tom, že práve svojím životom na zemi, jeho správnosťou, morálnosťou a čistotou sa určuje to, čo bude človeka, a presnejšie jeho dušu, čakať po smrti: večná radosť alebo večný žiaľ. A pravdaže, jedine duchovnosť hovorí človeku o tom, že Boh miluje človeka vždy a všade a chce v ňom vidieť nie Svojho otroka, ale Svojho syna.

Keď hovoríme o modernej medicíne, začína sa v nej čoraz viac uplatňovať holistický prístup - vníma človeka ako celok. Na druhej strane sa v medicíne 21. storočia stále viac uplatňuje multidisciplinárny prístup k niektorým chorobám: napr. aj pri poskytovaní paliatívnej pomoci.

Rozvoj takých multidisciplinárnych smerov v medicíne ako sú paliatívna medicína a hospice, kde už nejde o uzdravenie tela, ale všetko úsilie je nasmerované na kvalitu života (aj smrti), dáva medicíne stále väčšie oprávnenie hovoriť o dôležitosti duchovného zdravia ako o samostatnej kategórii zdravia človeka. Je to spojené vo významnej miere s tým, že práve duchovnosť človeka určuje jeho vzťah k vlastnej smrti, t.j. určuje celý jeho duchovný a emočne-psychologický stav počas záverečnej fázy života.

V hospicoch kňazi a sestry milosrdenstva pracujú v tandeme so zdravotníckym personálom a pritom je pacientami duchovná pomoc niekedy žiadaná možno aj viac ako zdravotnícka. Podľa výsledkov radu výskumov, ktoré sa realizovali v hospicoch, sa zistilo, že kvalita života človeka súvisí so zdravotníckou pomocou v 10-15%, zatiaľčo všetky ostatné aspekty, vrátane psychologicko-sociálnych a duchovných, tvorili 85-90%.

V ešte väčšej miere úloha duchovnosti narastá vo finálnom štádiu života (End-of-Life Care), stáva sa dominantným aspektom, ktorý určuje kvalitu nie už samotného života, ale smrti. Význam aspektu duchovnosti v celom systéme zdravotnícko-

sociálnej, psychologickej a duchovnej pomoci sa prejavuje v najplnšej miere práve v záverečnom období života človeka. Samotná duchovnosť sa prejavuje v živote človeka podľa miery jeho dospievania a dozrievania ako to, čo v nás v priamom zmysle tohto slova „dozrieva“ ako neviditeľný plod, ktorý má byť niekým nakoniec odtrhnutý. Pre veriacich je zrejmé, že týmto „Niekým“, pre koho dozrieva v našom tele a vedomí naša duchovnosť, je samozrejme Samotný náš Stvoriteľ - Boh.

Aspekt duchovnosti je v súčasnosti neoddeliteľnou súčasťou modernej medicíny. Každý človek: či už zdravý alebo chorý, musí pre seba odhaliť fakt svojej vlastnej duchovnosti preto, aby s plným vedomím a zodpovednosťou kráčal životom morálne a duchovne zdravý - pod vedením morálneho zákona, ktorý dostal od Boha, a nie pod vplyvom hriešnych vášní, ktoré v nás „pestuje“ egoimus a ktoré nás nakoniec privádzajú k chorobám a utrpeniam ako v tomto živote, tak aj v živote večnom.

Kontak:

Doc. MUDr. Mária Belovičová, PhD.
Interná ambulancia so zameraním na choroby pečene
086 31 Bardejovské Kúpele
mriab9@gmail.com,

Doc. PhDr. Liliana Belovičová, CSc. mim. prof.,
mbelovicova@kupele-bj.sk

Typy zariadení hospicovej starostlivosti a možnosti ich financovania v SR

Bugri Štefan, Pribišová Emília, Žák Silvester

Abstrakt: Vývoj sociálnej starostlivosti v ľudskej spoločnosti podmieňuje zakladanie a obnovu hospicovej a paliatívnej služby odkázaným občanom v Slovenskej republike po roku 1993. Hospic a paliatívna medicína reaguje na výzvu o vysoko humánnej potrebe starostlivosti, o dožitie bez bolestí a primeranú kvalitu života nevyliečiteľne chorých ľudí, ktorí nevyhnutne v krátkom čase smerujú k smrti. Vysoko ľudský postoj k životu neodvratne zomierajúcich sa v súčasnosti dopracoval k formám pomoci: lôžková hospicová starostlivosť, stacionárna hospicová starostlivosť, mobilný hospic, čiže hospicová starostlivosť v domácom prostredí a forma ambulantnej hospicovej starostlivosti. Nevyhnutnou súčasťou hospicovej a paliatívnej starostlivosti je systematické a kontinuálne finančné zabezpečenie ako integrálna súčasť uskutočňovania komplexnej dennej starostlivosti. Finančné zabezpečenie sa vyvíja od roku 1993 a v súčasnosti obsahuje tieto typy financovania: zdroje z verejného zdravotného poistenia, priame platby od klientov a ich rodinných príslušníkov, platby štátu, príspevky obcí a VÚC, dobrovoľné príspevky fyzických a právnických osôb, finančné zdroje charity a alokované dane.

Kľúčové slová: Vývoj hospicej a paliatívnej starostlivosti, odkázaní občania, kvalita života, zdroje financovania, efektivita a zmena modelu starostlivosti

Types of hospice care facilities and their funding opportunities in Slovakia

Abstract: Social welfare development in human society makes the creation and restoration of hospice and palliative services for dependent people in the Slovak Republic after 1993. Hospice and palliative medicine responds to the call of human need for high care, the endowment with no pain and adequate quality of life of terminally ill people who are necessarily in the short term aim to

death. High human attitude towards life is inevitably dying now came to the forms of assistance: bedded hospice care, hospice care stationary, mobile hospice, or hospice care at home and form of outpatient hospice care. Essential part of hospice and palliative care is the systematic and continuous financial security as an integral part of the implementation of a comprehensive day care. Financial security is evolving since 1993 and currently contains these types of financing: sources of public health insurance, direct payments from clients and their family members, payment of state contributions of municipalities and higher territorial units, voluntary contributions from individuals and legal entities, charities and financial resources allocated to tax. Realization of the complex tasks of hospice and palliative care requires the current needs of dependent persons extensive application of compulsory model structure and physical security personnel, which show a concerning lack of available financial resources, and also reveals the uncoordinated approach in their use of the various entities that services are provided.
Key words: Development of hospice and palliative care, dependent people, quality of life, efficiency and changing models of care

Zmena politického systému nám po roku 1989 priniesla so sebou veľa pozitívneho, ale dovolím si povedať, že aj mnoho negatívneho. Celá spoločnosť prešla mnohými zmenami, na ktoré sme v predchádzajúcom období neboli zvyknutí a neboli sme na to ani pripravení. Mnohí ľudia sa dostávajú aj niekoľko krát počas svojho života do neriešiteľných situácií, z ktorých si nevedia sami pomôcť.

Žijeme v dobe s rýchlymi zmenami a neustálym naháňaním sa za svetskými potrebami. Akosi pritom všetkom nám málo času zostáva pre samých seba a pre našich najbližších, ktorí sú odkázaní na pomoc iných nielen v rámci rodiny, ale aj pri poskytovaní zdravotnej a sociálnej starostlivosti. V minulosti bolo úplne samozrejmé, že starí rodičia bývali so svojimi deťmi a tí sa o nich v starobe alebo chorobe postarali. Hlavným dôvodov toho

bol aj fakt, že inštitucionálna hospicová starostlivosť v tejto dobe najmä z finančných dôvodov bežnému občanovi nebola dostupná.

Ak chceme poznať vznik a existenciu hospicov, je potrebné poznať históriu, ktorá sa zaoberala danou problematikou. Zákony, ktoré boli v dejinách ľudstva prijímané, sú z hľadiska výskumu sociálnych služieb výnimočné. V Mezopotámii bolo prvýkrát kodifikované právo. Ich zákony sú pre nás jedinečným prameňom, z ktorého sa dá usúdiť „spoločenský étos i na princípe toho, čo dnes nazývame sociálnou starostlivosťou“. Za najstarší doposiaľ známy zákonník sa považuje Sumerský zákonník vladára mesta Uru, ktorý sa volal Urnammu (vládol asi 2111 – 2093 p. n. l.). Tento zákonník upravuje presnú mieru a váhu brania i zneužívania úradnej moci a stará sa o „siroty, aby sa nestali korisťou bohatých a vdova korisťou mocného.

Podobné časti obsahuje aj Zákonník dobyvateľa Babylonu kráľa Chammurabiho (1728 - 1686 p. n. l.), ktorý obsahuje pozoruhodné ustanovenia, týkajúce sa niektorých ohrozených skupín. Ustanovuje napríklad právo vdovy po vojakovi na tretinu vojenského prídelu, ale len v prípade, ak zostal po zomrelom vojakovi neplnoletý syn. Vojnový veteráni dostávali prídavky pôdy, aby boli zaistení v starobe. „Aby silný neubližoval slabšiemu, aby sa sirote a vdove dostalo právo.“ Najstaršie štátne podpory boli teda vyhradené ľudom, o ktorých sa štát opieral – vojakom.

Vznik prvých foriem organizovanej starostlivosti o obyvateľov miest bol vždy spojený s nariadeniami, prikázaniami, právnymi predpismi, zákonmi. Stav právneho prostredia odrážal a určoval stav kultúry a služieb a opačne, stav úrovne služieb bol známkou právneho prostredia, v ktorom boli poskytované.

Hospicová a paliatívna starostlivosť je v našich podmienkach stále pomerne novým pojmom. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie je paliatívna starostlivosť aktívna, celková starostlivosť o pacientov v čase, keď ich choroba už neodpovedá na kauzálnu liečbu a kontrola bolesti alebo iných symptómov

a psychologických a sociálnych problémov je prvoradá. Celkovým cieľom paliatívnej starostlivosti je najvyššia možná kvalita života pacienta a jeho rodiny.

Paliatívna medicína je špecializačný odbor, ktorý sa zaoberá diagnostikou a liečbou pacientov s chronickou nevyliečiteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním. Paliatívna starostlivosť potvrdzuje život a chápe umieranie ako prirodzený proces. Paliatívna starostlivosť sa poskytuje na špecializovaných oddeleniach a klinikách, stacionároch, ambulanciách a v hospicoch.

Hospic sa špecializuje na poskytovanie paliatívnej starostlivosti, ktorá sa zameriava na kvalitu života zomierajúcich, na úľavu od bolesti a iných príznakov, ako aj na psychologické, sociálne a spirituálne potreby chorých a podporu zomierajúcemu i jeho rodine. Myšlienka hospicu vychádza z úcty k životu a z úcty k človeku, ktorý je jedinečnou a neopakovateľnou bytosťou. Hospic je určitá organizačná štruktúra s programom starostlivosti o chorých. Základné formy poskytovania hospicovej starostlivosti sú nasledovné:

- Lôžková hospicová starostlivosť
- Stacionárna hospicová starostlivosť
- Hospicová starostlivosť v domácom prostredí klienta, tzv. mobilný hospic
- Ambulancie hospicovej starostlivosti.

Pojem paliatívna starostlivosť sa prvý raz objavil v zákone NR SR č. 277/1994 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov, ktorý bol v rámci reformy zdravotníctva nahradený šesticou nových zákonných úprav, konkrétne v tomto prípade zákonom NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov a súčasne zákonom NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. V zmysle § 7 zákona NR SR č. 578/2004 je mobilný hospic zariadením ambulantnej zdravotnej starostlivosti a hospic

zariadením ústavnej zdravotnej starostlivosti. Vyhláška MZ SR č. 770/2004 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zariadení, je mobilným hospicom domáca starostlivosť vykonávaná pracovníkom hospicu (§ 8). V hospici ako v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti sa poskytuje zdravotná starostlivosť osobám s nevyliečiteľnou a zároveň pokročilou chorobou, ktorá spravidla vedie k smrti. Cieľom zdravotnej starostlivosti poskytovanej v hospici je zlepšenie kvality života, zmiernenie utrpenia týchto osôb a stabilizácia ich zdravotného stavu. Súčasťou hospicu môže byť aj poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach, ambulantnej zdravotnej starostlivosti vrátane domácej starostlivosti v byte chorého (§ 13).

Z pohľadu poskytovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti v oblasti paliatívnej starostlivosti bola Ministerstvom zdravotníctva SR s účinnosťou od 1.7.2006 prijatá *Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti.*

Typy finančného zabezpečenia hospicov v súčasnej dobe pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti v SR vychádzajú z využívania získaných zdrojov na úhradu nákladov hospicovej a paliatívnej starostlivosti:

1. zdroje získané z verejného zdravotného poistenia,
2. priame platby od klientov a ich rodinných príslušníkov,
3. platby štátu,
4. príspevky od VÚC a obcí,
5. dobrovoľné príspevky fyzických a právnických osôb,
6. zdroje charity,
7. alokované dane.

Funkčnosť hospicov v plnej miere súvisí so získavaním zdrojov na ich financovanie, prevádzkovanie, investičnými zdrojmi, možnosťami platieb od zdravotných poisťovní, podielom štátu a podielom tretieho sektoru. Pre realizáciu týchto činností a služieb pri fungovaní hospicov v SR musíme hľadať pomoc aj v odbornej praxi v zahraničí, kde táto oblasť je úspešnejšie

riešená ako na Slovensku (napr. Česko, Poľsko, Rakúsko, Veľká Británia).

Model financovania založený len na charitatívnych aktivitách bez účasti štátu je v našich podmienkach nemožný. Ako optimálny sa javí model viaczdrojového financovania. Oddelenia paliatívnej starostlivosti, keďže sú zaradené v SR do sústavy zdravotníckych zariadení, je možné ich financovanie zabezpečiť hlavne zo zdrojov zdravotného poistenia. Avšak aj v tejto oblasti nie všetky a nie v každom prípade zdravotné poisťovne s uvedenými poskytovateľmi uzatvárajú zmluvy na poskytovanie takýchto služieb a zároveň na ich financovanie.

Okrem zdravotných poisťovní a ďalších vyššie uvedených zdrojov by bolo vhodné získavať finančné prostriedky aj z Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR a z ďalších zdrojov, ako sú napr. granty, podnikateľské aktivity, sponzorské dary, 2 % z daní, ap. Investície a príspevky od štátu však musia byť v dostatočne vysokom objeme. Je dôležité, aby platby zdravotných poisťovní boli presne vymedzené a aby ich čerpanie bolo prehľadné pre všetky zúčastnené subjekty.

Už spomínaná Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti určuje personálne zabezpečenie jednotlivých foriem paliatívnej medicíny:

1.ambulancia paliatívnej medicíny
a.lekár 1
b.sestra 1
2.mobilný hospic
a.lekár 1 na 25 dospelých pacientov a 1 lekár na 10 detských pacientov
b.sestra 3
c.klinický psychológ 1
d.špeciálny pedagóg / liečebný pedagóg u detského mobilného hospicu 1
3.hospic a oddelenie paliatívnej starostlivosti (na 20 postelí)
a.lekár 3
b.sestry 15

c.zdravotnícki asistenti 5
d.klinický psychológ 1
e.špeciálny pedagóg / liečebný pedagóg 1 u detí
f.sociálny pracovník 1
g.duchovný
h.dobrovoľníci – podľa potreby.

Keďže vo väčšine prípadov ide o vysokokvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov, značné finančné prostriedky sú v hospicoch vynakladané práve z dôvodu ich personálneho vybavenia, zamestnávania týchto zamestnancov, ich odmeňovania, ako aj ďalšieho vzdelávania v rámci príslušného špecializačného odboru.

Cena zdravia musí byť zahrnutá do ekonomických kalkulácií všetkých rezortov a na všetkých úrovniach zdravia. Všetci si musia uvedomiť, že prostriedky vynaložené na podporu a ochranu zdravia sú racionálnou investíciou pre jednotlivca i spoločnosť, ktorá sa v konečnom dôsledku odrazí ako ekonomický prínos.

Vzorový model financovania a prevádzkovania hospicov z nášho pohľadu neexistuje. Súčasný model, fungujúci v SR, je však pre potreby obyvateľstva nedostatočný. Aktuálny model financovania hospicovej a paliatívnej starostlivosti v SR si vyžaduje zmenu a konštituovanie koordinačného orgánu z dôvodov zvýšenej potreby efektívneho využívania disponibilných finančných prostriedkov, ktoré vstupujú do tohto systému.

Literatúra:

Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti. Vestník MZ SR, 2006.

Zákon NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Vyhláška MZ SR č. 770/2004 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zariadení.

Zákon NR SR 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
ANDRÁŠIOVÁ, M. a kol.: *Hospic a paliatívna starostlivosť.* Bratislava 2002, ISBN 80-968416-0-2.
MATOUŠEK, O.: *Ústavní péče.* Praha 1995, ISBN 80-85880-80-7
http://www.employment.gov.sk.

Kontakt:

Doc. Ing. Štefan Bugri, PhD.,MPH., Ing. Emília Pribišová, PhD., MPH
Ing. Silvester Žák,
Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča v Prešove,
Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, v Bratislave
Dilongova č. 13, 080 01 Prešov

Etické aspekty hospicovej starostlivosti

Bujdová Nataša

Abstrakt: Hospicová a paliatívna starostlivosť má nepochybne dôležité miesto v klinickej praxi. Lekári od nepamäti dbali na to, aby pacienti v terminálnom štádiu netrpeli viac než je nutné. Ľudia dnešnej modernej doby sa spoliehajú na vedecký pokrok v medicíne, a tým aj odstránenie nepríjemných a bolestivých príznakov blížiacej sa smrti. V kontexe etických úvah o hospicovej a paliatívnej starostlivosti je na mieste otázka, či má niekto právo rozhodnúť alebo spolurozhodovať o ukončení kauzálnej terapie.
Kľúčové slová: Paliatívna starostlivosť, Etika, Eutanázia.

Ethical aspects of hospice care

Abstract: Hospice and palliative care is undoubtedly an important place in clinical practice. Doctors always been mindful of the fact that patients in end stage suffer more than necessary. People today's modern times rely on scientific advances in medicine, and thereby eliminate annoying and painful symptoms of impending death. In the context of ethical reflection on palliative care is on the place the question whether someone has the right to decide or say in the end of a causaltherapy.
Keywords: Palliative care, Ethics, Euthanasia.

Úvod

Konečnosť ľudského života úzko súvisí s otázkou zmyslu života, kedy je človek konfrontovaný s problémom akceptácie smrti. Ak je človek pri zmysloch jeho reakcie na blížiacu sa smrť môžu prechádzať fázami zmierenia a vyrovnania, pasívnej rezignácie, úniku do spomienok, únikom do fantázie, únikom do nesmrteľnosti, snahou o dokončenie rozpracovaného diela, ale i prepadnutiu alkoholu, drogám a myšlienkam na samovraždu. Pojem umieranie existuje v dvoch podobách, a to v užšom zmysle slova ním rozumieme bezprostredné zomieranie, terminálny stav. Terminálny stav je definovaný ako postupné nezvratné zlyhávanie

životne dôležitých orgánov a ich funkcií. V širšom slova zmysle je umieranie chápané ako dlhý časový úsek, ktorý začína stanovením nevyliečiteľnej choroby. Pre pacienta a jeho rodinu začína dlhý, niekedy aj roky trvajúci bolestný proces, ktorý sa postupne odráža v celom ich sociálnom živote. Nevyliečiteľná choroba sa v takomto procese môže spontánne, či liečbou zastaviť a vzbudiť u pacienta a jeho rodiny novú nádej. Môže sa však dostať aj do stavu zhoršenia, ktoré veľmi rýchlo postupuje k ukončeniu života.

Hospicová starostlivosť a etika

V priebehu nevyliečiteľnej choroby sa pacient stále dostáva do závažnejších problémov a komplikácií, ktoré sú spojené s ďalšou existenciou. Narastajú telesné i duševné obmedzenia elementárnych aktivít, výkonov a vzťahov. Neustále musí zápasiť s prehrami, evidentnými stratami a životnými obmedzeniami. Nevyliečiteľná choroba, ktorá vstúpi do života vyvoláva neustále sa stupňujúce obavy, depresiu, zmätok a strach zo smrti, strach o svojich blízkych. O „bolesti umierajúcich“ je v odborných literatúrach uvádzané, že je to jeden z najťažších životných zážitkov. Jedná sa o rozlúčenie sa s tým, čo mal človek rád a hlavne koho mal rád. Pri zomieraní sa človek odlučuje od jemu blízkych, s ktorými strávil určitý úsek svojho života. Tieto nečakané, nové situácie nachádzajú pacienta a jeho rodinu zvyčajne nedostatočne, alebo môžeme povedať, že úplne nepripravenú. Ak odhliadneme od náhlych a neočakávaných úmrtí, potom obyčajná smrť neprichádza náhle, ale je spojená s postupným úbytkom síl, tak telesných ako aj duševných, a môže byť spojená s úzkosťou a strachom. Úzkosť ako psychologický jav je spájaná so strachom. Skúsenosti s umierajúcimi ukázali, že i prežívanie úzkosti je individuálne. Na jednej strane sú ľudia, ktorí úzkosť prežívajú mimoriadne intenzívne, ale sú aj takí, ktorých úzkosť pred smrťou nie je zďaleka taká veľká, ako sa domnievajú. O úzkosti ľudia vedeli už v dávnej minulosti. Sú známe historické doklady, ako sa so smrťou vyrovnali antickí filozofi, ktorí silou svojej vôle a racionálnym uvažovaním

premohli smrteľnú úzkosť. Na úzkosť v spojení so zomieraním pôsobia rôzne vplyvy. Každá živá bytosť, napríklad zviera, ktoré loví, dravec či človek prežíva pri trhaní bolesť a des. Človek sa bojí bolesti, utrpenia opustenosti. Bojí sa smrti a zvládnutia tejto poslednej životnej úlohy. Naše presvedčenie, či predstavy o tom, čo bude po smrti, môžu pôsobiť na úzkosť a to jej zvyšovaním či znižovaním. Emocionálny stav umierajúceho človeka je plný negatívnych emócií, obáv, strachu, úzkosti, pocitu viny bolesti, žiaľu, zlosti. Na druhej strane je to nádej, túžba dôvera, láska viera.

„Každá z rôznych podôb smrti je taká odlišná od iných, ako je jedinečná naša tvár, ktorú ukazujeme svetu počas nášho života.“[32] Smrť je pre človeka dnešnej doby udalosťou, pred ktorou uniká a pokúša sa ukryť. Keď sa jej nejde vyhnúť, tak si praje väčšina ľudí, nech príde čo najrýchlejšie a náhle. Nepoznáme generálku vlastnej smrti, ale dá sa akceptovať skúsenosť mnohých, že zomierajúci si nepraje byť úplne opustený. To však neznamená, že niekto s ním musí stále hovoriť, skôr ide o istotu, že nie je sám, a že v prípade potreby je mu niekto blízko na koho sa bude mať možnosť obrátiť. Veriaci prežíva okrem živej osoby často i prítomnosť Boha, ktorý ho neopúšťa ani v hodine smrti. U neveriacich je prítomnosť druhého človeka, najlepšie blízkeho z rodiny vyjadrením sociálneho spoločenstva alebo puta zomierajúceho so svetom živých. Ak sa diskutuje o tom, že je potrebné so zomierajúcim viesť rozhovor, tak určite nejde o diskusiu či intelektuálnu debatu. Je potrebné zdôrazniť, že ide skôr o počúvanie ako hovorenie. Ľudia sa obyčajne neotvárajú, keď sa ich na niečo pýtame, keď im kladieme otázky. Ľudia otvárajú svoje vnútro skôr vtedy keď ich počúvame, i keď určite nepôjde o pasívne a apatické načúvanie. Skôr ide o participáciu, spoluzdieľanie ťažkostí zomierajúceho človeka, ako sa niekedy konštatuje, že ide o načúvanie srdcom. Niekedy sa objavuje názor akoby sa išlo zomrieť so

[32]NULAND, S.B.: *Jak lidé umírají*. Praha: Knižný klub, 1996, s. 44.

zomierajúcim, ale nie vo fyziologickom chápaní, ale skôr o emocionálne a efektívne ladenie a psychickú podporu. Vtedy nám môže byť zomierajúci skôr učiteľom, lebo je pred posledným krokom, na konci svojho života.

Zostať i dlhší čas v tichom, ba v bezslovnom „rozhovore" kde sa hovorí len očami a stiskom ruky. Žiaľ, v dnešnej uponáhľanej dobe sa stretávame s ľuďmi, ktorí iba z povinnosti či zdvorilosti navštívia svojho chorého príbuzného. Častokrát zabúdame na to, že práve trpiaci a chorý človek je veľmi vnímavý a citlivý a iba zdvorilostné návštevy zo stany príbuzných alebo známych veľmi ťažko znáša. Tento postoj k chorému a trpiacemu človeku môže prameniť z našej neohľaduplnosti a sebeckosti ako aj z predstavy a strachu pominuteľnosti každého z nás.

V tomto predstavuje Hospic zariadenie, ktoré zabezpečuje pacientovi, že nebude trpieť bolesťou a opustenosťou, že sa jeho kvalita života bude udržiavať v rámci jeho možností a zabezpečí sa mu zdravotná, psychologická, duchovná i sociálna starostlivosť a podpora. Paliatívna starostlivosť je starostlivosťou, keď je kauzálna liečba neúčinná a prináša utrpenie alebo predlžuje utrpenie a vtedy je etické ju ukončiť a pokračovať v liečbe paliatívnej. Jej podstatou je boj proti bolesti a utrpeniu v akejkoľvek podobe telesnej, duševnej i sociálnej. Paliatívna liečba znamená pokračovanie v starostlivosti o pacienta i vtedy, keď jeho vyliečenie nie je možné a starať sa o neho až do jeho prirodzenej smrti. Nemáme a nikdy nebudeme mať toľko hospicov, aby všetci zomierali v hospicoch, ale filozofiu hospicov môžeme„ už teraz uplatňovať všade tam, kde zomierajú ľudia tak v nemocniciach ako aj doma. Kvalita života často vstupuje ako protiváha dĺžky života. "[33] Dokonca niekedy sme postavení pred problém, či udržiavať život za cenu neúmerného zväčšovania utrpenia, za cenu zhoršenia jeho kvality. Nesporne ide o etický problém. Žiaľ, pri nevyliečiteľných chorobách sa ľudia zamýšľajú

[33]LACA, S.: *Paliatívna a hospicová starostlivosť ako súčasť etiky života.* Aplikovaná etika v sociálne práci a ďalších pomáhajúcich profesiách. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety. s. 222.

aj na ukončení svojho života, ktorý je násilným odchodom. Pohnútkou k takejto myšlienke je častokrát neznesiteľná bolesť, beznádejná, bezvýchodisková situácia a psychotická rekcia na sociálnu izoláciu a nadmernú životnú záťaž. Eutanázia sa v takomto prípade javí nevyliečiteľne chorému pacientovi ako jediné možné východisko z beznádejnej situácie, keď už pacient nemá dostatok psychických a duchovných síl na zvládanie takejto životnej situácie. Ide o hľadanie takzvaného východiska zo života, ukončením života formou milosrdnej smrti. Konkrétne formy milosrdnej smrti môžu byť napríklad:
-„eutanázia aktívna – pacient trpí nevyliečiteľnou chorobou, pri ktorej smrť môžeme reálne očakávať v krátkej dobe (do šesť mesiacov),
-eutanázia nevyžiadaná – je variant aktívnej eutanázie, kedy pacient nie je schopný o urýchlenie smrti požiadať,
-eutanázia nedobrovoľná – je nielen nevyžiadaná ale dokonca nechcená,
-eutanázia pasívna – ide o ekvivalent odňatia alebo prerušenia liečby, nie však o ukončenie starostlivosti.“ [34]

Otvára sa priestor pre etickú otázku. Ide o milosrdnú smrť alebo o asistovanú vraždu? „Želanie pomoci zomrieť sa otvorene aj skryte objavuje v hospicovej starostlivosti.“[35] Domnievame sa, že akýkoľvek pracovník hospicového tímu, ktorý inklinuje k akejkoľvek forme eutanázie musí byť preventívne uvoľnený zo starostlivosti o nevyliečiteľne chorých. Hospicová a paliatívna starostlivosť má za každých okolností umožňovať nevyliečiteľne chorému dôstojne zomrieť. Vylučuje eutanáziu ako nepotrebnú alternatívu, a to z dôvodu, že smeruje proti základnému ľudskému právu – právo na život.

[34]VORLIČEK, A. a kol.: *Paliatívní medicína*.Grada,1998. s. 48.
[35]STUDENT, J.CH., MUHLUM, A., STUDENT, U.: *Sociálna práce v hospici a paliatívni péče.* Praha, 2006. s. 61.

Záver

O možnosti hospicovej a paliatívnej starostlivosti je v dnešnej dobe potrebné otvorene a často hovoriť. Človek sa bojí bolesti a smrti. Myšlienku na vlastnú smrť potláča aj vtedy, keď jeho blízky má diagnostikovanú nevyliečiteľnú chorobu. Človek, ktorý sám zažil bolesť, utrpenie, samotu, strach je vnímavejší ku klientovi, ktorý sa nachádza v podobnej situácii. Sociálny pracovník je a zostane vždy na strane života a nebude participovať na jeho násilnom ukončení ani na žiadosť trpiaceho. Bolesť a utrpenie bude odstraňovať, zmierňovať a nie definitívne ukončovať život.

Literatúra:

LACA, S.: *Paliatívna a hospicová starostlivosť ako súčasť etiky života*. In: MÁTEL, A. – SCHAVEL, M. – MÜHLPACHR, P. – ROMAN, T.: Aplikovaná etika v sociálne práci a ďalších pomáhajúcich profesiách. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety. s. 222. 413 s. ISBN 978-80-89271-89-4.

NULAND, S.B.: *Jak lidé umírají*. Praha: Knižný klub, 1996.

STUDENT, J.CH., MUHLUM, A., STUDENT, U.: *Sociálna práce v hospici a paliatívni péče*. Praha, 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1

O´CONNOR, M., ARANDA, S.: Paliatívní péče. Grada, 2006. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

VORLIČEK, A. a kol.: *Paliatívní medicína*.Grada,1998. 480 s. ISBN 80-7169-437-1.

Kontakt:

PhDr. Nataša Bujdová, PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava
Palackého 1, 810 00 Bratislava
natasabujdova@gmail.com

Nová metóda vzduchovej dezinfekcie prostredia INOV 8

Brezovský Milan

Abstrakt : Kvalita ovzdušia - problémy, ktorým čelíme každý deň Nová prenosná AD vzduchová dezinfekcia je zariadenie pre používanie prevažne vo vnútorných priestoroch, Výrobok imituje proces ktorý sa vyskytuje bežne v prírode – rozpad ozónu vplyvom prirodzene sa vyskytujúcich olefinov. Bi-produktom tejto reakcie sú hydroxilové radikály, ktoré sú vysoko nestabilné a reagujú – napadajú a ničia väčšinu známych druhov baktérii, vírusov a plesni.
Kľúčové slová: Baktérie, Dezinfekcia, Germicídny žiarič, Hydroxil radikál, Plesne, Vírusy.

New Method of the Air Disinfection Nature's Way Inov8

Abstract: Air Quality - the problems we face every day New AD wall mounted Air Desinfection unit is a device designed for use in enclosed indoor spaces primarily. The unit replicates a process that occurs in nature through the degradation of Ozone by naturally occurring olefins. A bi-product of this reaction is the Hydroxyl radical which is highly unstable and reacts with bacteria, viruses and fungi by attacking most known species.
Keywords: Bacteria, Desinfection, Germicidal lamp, Fungi, Hydroxil radical, Viruses.

Kvalita ovzdušia a infekcie

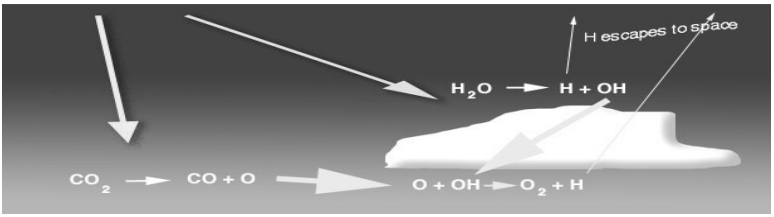
• Infekcie a ochorenia sa šíria po celom svete každý deň a neobchádzajú ani Domovy dôchodcov. Domovy sociálnych služieb, Hospice, Nemocnice a pod .
• Zhoršujeme si život centrálnym vykurovaním v domoch, klimatizáciou v úradoch a klimatizáciou v nemocniciach. To isté možno povedať o kanceláriách, hoteloch, bankách, call centrách, školách a univerzitách.
• Kdekoľvek s koncentrovanou populáciou.
• Opak možno povedať o voľnom priestranstve: v borovicovom lese, v horách sa cítime čisto, dobre a bezpečne.

• Uzatvorený kontakt ľudí a patogény šíriace sa vzduchom, toto všetko vedie k degradácii kvality ovzdušia.
• Kvalita ovzdušia je značne ovplyvnená prítomnosťou prachu a baktérií, ktoré nesie so sebou.
• Priemerný človek zhodí každý deň približne 300 miliónov kožných šupiniek, z ktorých každá obsahuje až 100 mikro-organizmov.
• Tieto cestujú po celom našom životnom prostredí v prúde vzduchu až kým sa usadia na povrchu, ako sú stoly, podlahy a zárubne.
• Akonáhle očistíme miestnosti, re-kontaminujeme ich.

Oblasť zdravotnej starostlivosi
Kožná flóra MRSA - Staphylococcus aureus prežíva mesiace.
Acinobacter - prežíva na suchých povrchoch.
Črevná flóra - Clostridium difficile, Spóry prežívajú mesiace/roky .
Enterobacter, Klebsiella, E coli.
Norovirus prežíva až do 24 hodín.
Plesne - Aspergillus – prúdi vzduchom.
Riešenie – "OH"
•Už L. Pasteur uznal, že vo vyšších nadmorských výškach infekcie boli nižšie. Tento prirodzený proces dezinfekcie bol prisudzovaný v tej dobe účinkom ultra - fialového žiarenia
•Neskôr, to bola prvá predstava, *že tento prirodzený proces dezinfekcie je účinný iba za denného svetla.*
•Okolo roku 1969 Druett & Packman však zistili, *že baktericídny faktor bol tiež aktívny počas noci.*
•Micrococcus albus ... .. Zistili, že niektoré olefíny boli vysoko baktericídne.
•Ozón je prirodzenou súčasťou čistého vzduchu .
•Olefíny sú prítomné v atmosfére v dôsledku šírenia ropných produktov a prírodných rastlín.
•Aktívna ingrediencia, ktorá vzniká, je hydroxyl radikál, najviac oxidačný reaktívny kyslíkový druh.

Čo je Hydroxyl Radikál ?

Hydroxyl Radikály sú molekuly tvorené cez photolýzu



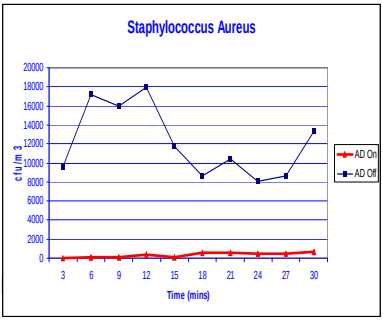
Chemická Reakcia: Limonén + O3 → 0.85(0.65CI-CH3-OO* + 0.35CI-OO*) + 0.15(0.68(CIx-OO* + HCHO) + .32(keto-limonén + CH2OO*)).

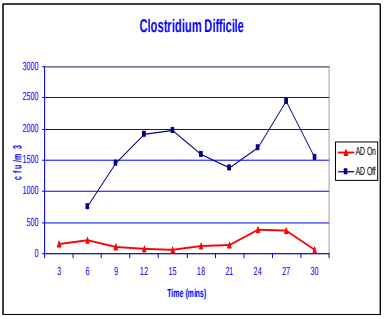
Je dosiahnutý celkový OH molárny výťažok 86% z ozonolýzy d Limonénu

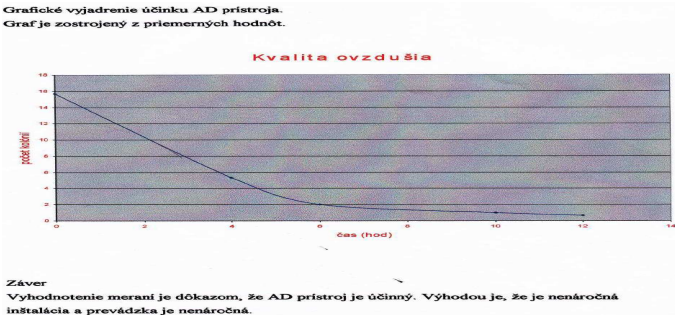
Pôvodná molekula sa potom stane voľným radikálom a bude reagovať s inými druhmi atómov a molekúl v dlhej sérii , tzv. reťazovej reakcii, kým proces dosiahne ukončenie fázy.

To je skutočne kaskádovitá reakcia, ktorá pokračuje až kým všetky cieľové molekúly nezoxidujú.

Centre for Pathogen Control, Leeds University - 2007







Výrobok AD Inov 8 :

•Bezpečný v obývaných priestoroch
•Tichý chod
•Žiadne filtre
•Spotrebná náplň







Keď nestabilný hydroxylový radikál reaguje s patogénom, radikál si často odoberie atóm z neho a sám sa stane stabilnou molekulou.

Záver - Prečo Inov8 AD?

• Účinnosť Inov8 AD je Baktericídna, Virucídna, Fungicídna, Sporicidná a poskytuje osvedčenú ochrana pred prenosom patogénov šíriacich sa vzduchom.
• Účinne redukuje nozokomiálne (spojené so zdravotnou starostlivosťou), infekcie, ako je MRSA, Norovirus, C difficile.....
• Účinne znižuje infekčné mikroorganizmy šíriace sa vzduchom, ako TB, Aspergillus, chrípka, atď.
• Účinne redukuje nepríjemné pachy, plesne a roztoče.
• Bezpečná prevádzka 24 hod / deň.
• Osvedčené výhody pre zdravotníctvo a iné odbory hlavne v porovnaní s germicídnymi žiaričmi
• Efektívne behom niekoľkých minút, netrpia zotrvačnosťou filtračných systémov.
• Rýchlo pôsobí na priebežne zavádzané patogény.
• Víťazí nad všetkými konkurentmi v cene/objem a rýchlosti/objem.
• Bezpečný v obývaných priestoroch.

Kontakt:
Ing. Milan Brezovský PhD
CHIROS MEDICAL s.r.o.
Dlhé Diely III/29, 841 04 Bratislava
chiros@chirosmedical.sk

Paliatívna a hospicová starostlivosť ako odpoveď na čin eutanázie

Černá Ľubica, Laca Peter, Zubal Pavol, Laca Slavomír

Abstrakt: Ľudská spoločnosť prechádza zásadnými spoločenskými zmenami. Usilujeme sa o novú spoločnosť, ktorá má byť demokratická, pluralitná, ktorá má záujem o dôstojný život človeka. Z nových hľadísk tak nastoľujeme otázku človeka, jeho existencie. Človek nie je nič samozrejmé. Človek je otázka, na ktorú si ľahko neodpovieme. V našom príspevku podávame východiskovú charakteristiku paliatívnej s hospicovej starostlivosti, ako odpoveď na skutok eutanázie. Najväčší dôraz kladieme na prirodzené právo človeka žiť v každej chvíle svojho života. Ďalej týmto príspevkom chceme poukázať na potrebu celostného prístupu starostlivosti o terminálne chorých a zomierajúcich, na ich potrebu zachovať ich práva, na skonku svojho života.
Kľúčové slová: Eutanázia, Etika, Hospicová starostlivosť, Paliatívna starostlivosť, Právo.

Palliative and hospice care in response to an act of euthanasia

Abstract: Human society undergoing profound social change. We strive for a new society to be democratic, pluralist, who is interested in the dignity of man. The new perspectives and raises the question of man's existence. Man is nothing obvious. One is a question that is easy to answer. In our contribution baseline characteristics served with palliative hospice care, in response to an act of euthanasia. The greatest emphasis on the natural right of man to live in every moment of your life. Furthermore, this contribution we emphasize the need for a holistic approach of care for terminally ill and dying, their need to preserve their right to skonku his life.
Keywords: Euthanasia, Ethics, Hospice care, Palliative care, Right.

Úvod

Zvyšovaním priemerného veku obyvateľstva, sa priamoúmerne, ak nie dvojnásobne, či viacnásobne urýchľujú bádania a získavajú nové poznatky v oblasti medicíny, ošetorvateľstva a iných odborov, ktorých cieľom je pomôcť, skvalitniť, či predĺžiť život človeka. Paradoxom je ale fakt, že smrť je fyziologickým a prirodzeným javom. Avšak, málokto z nás vie prijať smrť, napríklad smrť svojho blízkeho, alebo „len" známeho. A čo potom ak sa vykoná eutanázia? Eutanázia v dnešnej modernej dobe predstavuje jeden z množstva bioetických problémov, ktoré potrebujeme vyriešiť, pričom riešenie nie je vôbec jednoduché, ale odpoveďou na tento skutok môže byť paliatívna a hospicová starostlivosť.

Zdravie je základným ľudským právom, ale tiež aj základnou životnou potrebou. Práva pacientov sú garantované platným právnym poriadkom Slovenskej republiky. „Všetci pacienti si želajú, aby lekár či iný zdravotnícky pracovník bol k ním slušný, aby dostali kvalitnú liečbu podľa poznatkov súčasnej medicíny."[36]V skutočnosti však stále nie je samozrejmé, aby liečba okrem medicínskeho výkonu zahŕňala aj rešpektovanie obyčajnej ľudskosti.

Nikdy v minulosti sa otázka usmrtenia na požiadanie neriešila tak intenzívne ako práve teraz. Za príčiny toho, že sa vôbec o eutanázii hovorí považujeme niektoré nasledujúce faktory. Platia najmä pre tzv. západnú civilizáciu a teda aj pre slovenskú spoločnosť.

Jednak je to výpoveď o morálnom stave, v ktorom sa spoločnosť nachádza, jej kultúra, jej systém hodnôt. O tom, do akej miere prepadla spoločnosť konzumu, do akej miery sa ako ideáli prezentujú, krása, zdravie, majetok a mladosť.

[36]LACA, P.: *Etické požiadavky na povolanie v zdravotnej starostlivosti*, In: Zborník z medzinárodnej konferencie - Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti v teórii a praxi, Ružomberok : Verbum, 2010, s 78.

Nepochybne tomu tak bolo do istej miery aj v minulosti, no domnievame sa, že za posledné veľmi dlhé historické obdobie to nebolo nikdy v takej veľkej miere ako teraz. Kedysi sa ľudia viacej vo svojich starostiach upínali k náboženstvu, spiritualite, duchovným hodnotám. Tržné vzťahy sa dnes premietajú aj do súkromných vzťahov a teda aj pre nás zaujímavých vzťahom ku starobe. Staroba akoby už nebola dôvodom k úcte, ako skôr k odmietaniu.

Možno by mal každý sám premýšľa, Ako chce prežiť zbytok života a ako ho zmysluplne zavŕšiť. Často ľudia presadzujú eutanázii z obavy pred nedôstojným a bolestivým koncom. Ak má niekto pocit, že o dôstojnosť prichádza, potom je vždy chyba v jeho okolí, ktoré mu ju odopiera. Nešťastná stará pani z jedného opatrovateľského domu na Morave žiadala o povolenie výnimky, priala si eutanázii. Žiadosť bola na ministerstve zdravotníctva samozrejme zamietnutá a list bol postúpený MUDr. Márii Svatošová (prezidentke Asociácie poskytovateľov hospicovej a paliatívnej starostlivosti) s tým, či by jej k tomu nechcela niečo napísať. Vymenili si spolu niekoľko listov a ukázalo sa, že pani má bežné ťažkosti pri gonarthrose, ale s tou sa už dávno naučila žiť. Problém bol inde. Potomkovia sa k nej nesprávali pekne a dlhodobo jej neomaleným spôsobom dávali najavo, že už je tu nadbytočná. Stačilo prejaviť len trochu záujmu a problém sa rozplynul. K Vianociam potom ešte poslala lístok s poznámkou, že si kúpila pekný nový koberček a niekoľko ďalších drobností a už zase má radosť zo života. Je zrejmé, že medzi ľuďmi túžiacimi po eutanázii je mnoho opustených a nevedomých. Paradoxom je, že slobodná voľba lekára existuje aj v Holandsku, kde je eutanázia legálna, ale tamojší dôchodcovia utekajú pred svojimi doktormi do Nemecka, kde je eutanázia zakázaná.

Práve prostredníctvom hospicov a zariadení paliatívnej starostlivosti je podľa nášho názoru možné aspoň do istej miery odpovedať na problém zníženej kvality života v terminálnom štádiu.

Charta paliatívnej starostlivosti a sprevádzania, vypracovaná lekárskym výborom Asociácie pre rozvoj paliatívnej medicíny (ASP) v roku 1984 pod záštitou profesora D. Laplana a modifikovaná s jeho súhlasom v roku 1993 paliatívnu starostlivosť definuje ako *„aktívnu starostlivosť v globálnom prístupe k osobe vo fáze vývoja alebo ukončovania choroby potenciálne smrteľnej, berie do úvahy a zameriava sa na úľavu fyzických bolestí, ako aj duševného utrpenia, sociálne a duchovné sa teda stáva primárnym.“*[37]

V tejto súvislosti treba povedať aj to, že vývoj vedy a medicíny umožnil zvýšenie priemerného veku populácie. Z toho vyplýva, že staroby sa dnes dožije väčšie percento ľudí. K tomu sa pridáva v súčasnej západnej spoločnosti aj nie príliš priaznivý demografický vývoj, keď sa rodí podstatne menej detí ako v minulosti, čo znamená že percento starých ľudí bude, dá sa povedať že dosť radikálne narastať.

Stav lekárskej vedy taktiež umožňuje držať pri živote pomocou komplikovaných a drahých prístrojov aj pacientov v beznádejných stavoch.

Ale nie sú to len praktické otázky hovoriaci proti eutanázii. Je to aj samotná filozofia, pre ktorú je neprípustná. Už Sokrates, Aristoteles, I. Kant a mnoho ďalších veľkých mysliteľov sa jasne vyslovovali proti akejkoľvek samovražde. Filozofické hľadanie sa zaoberá správnym správaním v živote, usiluje o morálne prevýchovu jedinca nielen pre jeho vlastný prospech, ale aj pre veľkorysý altruistický prístup k spoločnosti. Zdôrazňuje altruizmus ako prevýchovu charakteru prostredníctvom činov. Človek znalý vesmírnych zákonov a zákonov etiky nemôže byť pre prijatie eutanázie ako faktu ani ako zákona. Sloboda človeka by v žiadnom prípade nemala spočívať v tom, že bude rozhodovať o ukončení svojho života. Môže bežný človek so svojim obmedzeným rozumom i chápaním vždy domyslieť všetky dôsledky takéhoto rozhodnutia? Bez zvládnutie filozofického

[37]TAVERNIEROVÁ, M.: *Paliatívna starostlivosť.* Bratislava : Sofa, 1996, s. 111.

výcviku zahŕňajúceho etické princípy, nemôžeme vyriešiť problém významu dobra a zla. Ak je súčasťou filozofie i služba druhým, tak prijatím eutanázia by sme prispeli k tomu, že sa pravý zmysel tejto služby vytratí. Ak prijímame existenciu vyššej sily za vesmírom, ktorá riadi a umožňuje každučký život až do jeho konca, musíme pokorne uznať, že nám neprináleží ukončiť život svoj, alebo kohokoľvek iného. Žiadne rozhodnutie nemôže byť správne, ak je v rozpore s etickými princípmi. V človeku môže existovať ušľachtilejší časť jeho života, aj keď ešte nedospel k svojmu duchovnému cieľu. Je smutným faktom, že väčšina ľudstva prejavuje trvalo etickú ľahostajnosť a vyhýba sa morálnym stretom. Predčasné ukončenie života nikdy nemôže byť milosrdné. Milosrdnej je naopak dovoliť chorému prežiť život celý (veď je jedinečným darom a zároveň jedinečným úlohou, ku ktorému je potrebný i daný čas), avšak s odstráneným alebo minimalizovaným utrpením.

Ďalším faktorom je súčasný „boom ľudských práv“. Kladie sa mimoriadny dôraz na slobodu jednotlivca, ktorá dnes už smeruje do oblastí, o ktorých boli v minulosti prakticky všetky diskusie viac – menej tabu. Rozvoj a posilnenie práv jednotlivca má aj svoju odvrátenú stranu. Dovolím si domnievať sa, že v prípade prieskumov verejnej mienky, ktoré zisťujú respondentov názor na eutanáziu, môže byť rozhodujúcim argumentom pre odpoveď práve ono „nikto nám nemá čo zakazovať, je to sloboda našej vôle.“ Respondenti podľa môjho názoru menej uvažujú nad dôsledkami umožnenia eutanázie, menej si uvedomujú, že vlastne to v konečnom dôsledku môže uškodiť im a celej spoločnosti. Dnešný občan vyspelej krajiny je v oblasti svojich práv sebavedomý a je vždy opatrný, keď sa jedná o ich obmedzenie, nech by už bolo prospešné, alebo nie.

Významným dokumentom v oblasti paliatívnej starostlivosti je Odporúčanie Rady Európy č. 1418/1999 *Ochrana ľudských práv a dôstojnosti terminálne chorých a umierajúcich.* Tento dokument poukazuje na potrebu zriadenia oddelení paliatívnej starostlivosti a hospicov v členských štátoch Rady Európy tak, aby sa zabezpečila kvalitná lekárska, ošetrovateľská,

psychologická a sociálna starostlivosť osobám terminálne chorým a zomierajúcim. V podmienkach Slovenskej republiky bol Dokument Rady Európy zapracovaný ako jedno z práv pacienta.

Qutori Vlček a Hrubešová dopĺňajú, že dňa 11. apríla 2001 bola prijatá Charta práv pacienta v Slovenskej republike. Vláda Slovenskej republiky prijala Chartu uznesením č. 326/2001. Cieľom vypracovania a prijatia Charty bolo zrozumiteľne zhrnúť práva pacientov upravených v rôznych právnych predpisoch, prispieť k jednoduchšej orientácii pacientov a zdravotníckych pracovníkov v uvedených právach a k ich efektívnemu uplatneniu v praxi. Charta pozostáva z preambuly a desiatich článkov. Článok 8 definuje starostlivosť o nevyliečiteľne chorých a umierajúcich. V prílohe B uvádzame jednotlivé práva pacienta v Slovenskej republike tak, ako sú uvedené v Charte. Dodržiavanie týchto práv je predpokladom pre pokojnú a dôstojnú smrť.

Ak by sme dnes povolili aktívnu eutanáziu za podmienok, ktoré sa zdajú byť relatívne spravodlivé, s malou možnosťou zneužitia, vystavili by sme sa veľkému riziku. Narastal by počet ľudí, ktorí by boli iným iba „na obtiaž“ nielen v tom, že sa o nich treba starať, ale aj samotnou svojou existenciou, ktorá ide proti ideálom mladosti, zdravia a vôbec povrchnej krásy. Najpádnejší argument proti eutanázii zostáva a zostane stále otázka jej zneužitia. Pozície hlásajúce slobodnú voľbu indivídua nedávajú záruky, že táto voľba bude aj zodpovednou.

Kto zaručí, že dôvodom rozhodovania o ukončení života nebude iba len individuálny zisk alebo prospech?

Existuje aj ďalšia možnosť, v súlade s teóriou – „keď človek urobí niečo, o čom nie je presvedčený že je úplne správne, nutká ho to potom k tomu, aby svoje hranice ďalej posúval (kresťania by to nazvali „postupné otupovanie svedomia“). Nastali by prípady, keď by sa od chorého prestal striktne vyžadovať súhlas a zomieral by aj keby jeho vôľa nebola zistená, alebo aj proti nej. Viaceré pramene uvádzajú, že v Holandsku, ktoré je v tomto

smere najviac „na očiach“ sa spomínané deje už teraz.[38] Rodinu k tomu môžu nutkať aj obyčajné zištné dôvody, kedy by po svojom umierajúcom mohla získať skôr dedičstvo.

Keby nejestvovali iné dôvody (mám na mysli dôvody morálne, právne, náboženské či filozofické), stále by tu ešte ostávali tieto:

1. Možnosť individuálneho zlyhania lekára, či inej osoby zodpovednej za konkrétny prípad.

2. V súvislosti s otrasnými skúsenosťami z nacistickej éry za dôvod považujem aj možnosť zlyhania celkového systému v niektorom zo štátov, kde by eutanázia bola povolená. Nezdá sa síce pravdepodobné, že by napríklad v Holandsku nastala totalitná diktatúra, ktorá by porušovala všetky normy, ale nikdy nemôžeme predvídať budúcnosť a história nás učí, že náhle, nepravdepodobné zmeny sa stávajú.

3. V porovnaní s prvými dvoma menej významným argumentom je aj možná diskreditácia lekárskeho stavu a to v očiach pacientov (niektorí by sa ich zrejme báli) a aj medzi sebou navzájom. Ak by eutanázia bola povolená, lekár by sa zrejme mohol podľa svojho svedomia rozhodnúť, či ju bude vykonávať. Medzi lekármi by iste vznikali rozdiely, niektorí by eutanáziu vykonávali, iní nie. Z toho by plynula istá „zlá krv“ medzi lekármi, mohli by sa narušať ich vzájomné vzťahy.

Tento prspévok sa pridáva k hlasom, ktoré kladú dôraz na riešenie neuspokojivej situácie umierajúcich prostredníctvom hospicovej starostlivosti v paliatívnej liečbe. V nej sa pacientovi na sklonku života môže dostať patričnej starostlivosti. Jej cieľom nie je vyliečenie pacienta, ktorého sa už vyliečiť nedá, ani predlžovanie života za každú cenu. Na druhej strane ním nie je ani urýchľovanie smrti. Je ním starostlivosť o všetky vzájomne previazané a neoddeliteľné dimenzie človeka: fyzickú, psychickú, spirituálnu a sociálnu. To znamená, že zmyslom hospicov je vytvoriť čo najlepšie podmienky pre dôstojné umieranie.

[38]MUNZAROVÁ, M.: *Eutanazie, nebo paliatíní péče*, Praha : Grada Publishing, 2005, s. 3

Definícia paliatívnej a hospicovej starostlivosti podľa Svetovej zdravotníckej organizácie z roku 2002 kladie dôraz na prevenciu utrpenia, keď hovorí, že „paliatívna starostlivosť je prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života chorých a ich rodín a čelí problémom súvisiacich so život ohrozujúcimi chorobami pomocou prevencie a úľavy utrpenia tým, že včas rozpozná, neodkladne diagnostikuje a lieči bolestí a iné fyzické, psychosociálne a duchovné problémy."

Pri paliatívnej starostlivosti je potrebné vnímať celosť človeka. „Vysoká úroveň fyzickej starostlivosti je samozrejmou nutnosťou, avšak sama o sebe ešte nie je dostatočná. Na človeka sa nemôžeme pozerať iba ako na biologickú jednotku."[39] Žiadosť o eutanáziu je však dôkazom toho, že chorý a zomierajúci pacient nie je vždy ošetrovaný v svojej celosti. Ak by tomu bolo tak, nikdy by nežiadal o predčasné ukončenie života.

Ústava Slovenskej republiky č. 460/1992 Zb. v znení neskorších predpisov deklaruje, že každý má právo na život, na zachovanie ľudskej dôstojnosti, osobnej cti, dobrej povesti a na ochranu mena. „Ľudský život je hodný ochrany už pred narodením, nikto nesmie byť pozbavený života. Trest smrti Ústava Slovenskej republiky nepripúšťa."[40]

Možnosti eutanázie súčasný trestný zákon postihuje ako trestný čin vraždy, trestný čin neposkytnutia pomoci, trestný čin ublíženia na zdraví a trestný čin účasti na samovražde. V prípade aktívnej eutanázie, ktorá spočíva v priamom usmrtení pacienta lekárom, by lekár podľa nášho právneho poriadku bol obvinený z vraždy. V situácii, keď lekár pomáha pacientovi pri ukončení jeho života a sám sa aktívne nezúčastní na tomto akte, prichádza do úvahy účasť na samovražde. Išlo by napr. o prípad, kedy by lekár zanechal lieky v blízkosti pacienta s vedomím, že tento si lieky aplikuje a tým spácha samovraždu.

Môžeme konštatovať, že naše zákony garantujú právo na liečbu, zdravotnú starostlivosť každému, v ktoromkoľvek

[39]SVATOŠOVÁ, M.: *Hospic – umenie sprevádzať.* Bratislava: Lúč, 2001, s. 67.
[40]NÁRODNÁ RADA SR: *Ústava SR.* Bratislava : Iris, 2001, s.32.

zdravotnom zariadení, ak sa nachádza v stave ohrozenia života. Zároveň však priznáva pacientovi aj právo odmietnuť vyšetrenie. Lekár musí rešpektovať vôľu pacienta, ktorý si toto svoje právo uplatnil. Dôvody, ktoré vedú pacienta k takémuto odmietaniu môžu byť rôzne, môže to byť strach zo zákroku, nedôvera k lekárovi, či náboženské dôvody. Akékoľvek odmietnutie liečby môže priamo alebo nepriamo znamenať urýchlenie smrti.

Katolícka cirkev zdôrazňuje, že nič a nikto nemôže oprávniť zabitie nevinnej ľudskej bytosti, zárodku alebo plodu, dieťaťa alebo dospelého, starého človeka, človeka nevyliečiteľne chorého alebo človeka v agónii. Nikto nemôže vyžadovať takéto gesto pre seba samého alebo pre iného človeka, ktorý mu bol zverený do starostlivosti. Nikto nemôže legitímne vydať takéto nariadenie alebo povolenie. Ide o porušenie Božieho zákona, o urážku ľudskej dôstojnosti, o siahnutie na život.

Blahoslavený Ján Pavol II. hovorí, že *„eutanáziou v pravom a vlastnom slova zmysle treba rozumieť čin alebo zanedbanie, ktoré zo svojej povahy alebo v úmysle konajúceho spôsobuje smrť kvôli odstráneniu akéhokoľvek utrpenia. Eutanáziu preto treba skúmať vzhľadom na úmysel a na použité metódy.“*[41]

V blahej pamäti blahoslavený Ján Pavol II. zdôrazňoval, že život musí byť prijatý, rešpektovaný a chránený od svojho počiatku až po svoj prirodzený koniec. Nikto si nemôže osobovať právo zničiť život ľudskej bytosti alebo s ním nezodpovedne manipulovať.

Záver

Starostlivosť o ľudí potrebujúcich starostlivosť iných je meradlom vyspelosti a kultúrnosti spoločnosti. Starostlivosť o chorých a zomierajúcich ľudí je spojená s mnohými etickými problémami. Jedným z nich je otázka ľudskej dôstojnosti, ktorá sa spomína vo všetkých významných dokumentoch ako ústavy štátov a Charta OSN. Podľa nej sa rodia všetci ľudia rovní

[41]JÁN PAVOL II.: Evangelium vitae. 1995. Trnava : SSV, 1995, čl. 12.

v dôstojnosti. Dôstojnosť má širokú škálu úvah v ponímaní ľudskej spoločnosti. Krajčík hovorí, že „existuje niekoľko typov dôstojnosti: dôstojnosť založená na zásluhách, dôstojnosť vychádzajúca zo spoločenského postavenia, dôstojnosť založená na morálnych postojoch, dôstojnosť založená na hodnote človeka.“[42]

Literatúra:

CHARTA PRÁV PACIENTA V SLOVENSKEJ REPUBLIKE. [cit. 04. 10. 2011]. Dostupné na: http://www.zdravie.sk/sz/72-98/Charta-prav-pacienta-v-sr.html.

KRAJČÍK, Š.: *Geriatria pre sociálneho pracovníka*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2006. 96 s. ISBN 80-969449-8-3.

JÁN PAVOL II.: *Evangelium vitae*. 1995. Trnava : SSV, 1995, 199 s. ISBN 80-7162-097-1.

LACA, P.: *Etické požiadavky na povolanie v zdravotnej starostlivosti*, In: Zborník z medzinárodnej konferencie - Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti v teórii a praxi, Ružomberok : Verbum, 2010. 160 s. ISBN 978-80-8084-616-9.

MUNZAROVÁ, M.: *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha : Grada, 2005, 108 s. ISBN 80-247-1025-0

NÁRODNÁ RADA SR: *Ústava SR*. Bratislava : Iris, 2001, 79 s. ISBN 80-89018-17-3.

SVATOŠOVÁ, M.: *Hospic – umenie sprevádzať*. Bratislava: Lúč, 2001. 157 s. ISBN 80-7114-335-9.

TAVERNIEROVÁ, M.: *Paliatívna starostlivosť*. Bratislava: Sofa, 1996. 120 s. ISBN 80-85752-51-4.

Kontakt:

Doc. Ing. Ľubica Černá, PhD.
Pedagogická fakulta, Katolícka univerzita
Hrabovská cesta 1, 034 01, Ružomberok
lubica.cerna@ku.sk

[42]KRAJČÍK, Š.: *Geriatria pre sociálneho pracovníka*. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2006, s. 45.

ThLic. Peter Laca
Greckokatolícka teologická fakulta, Prešovská univerzita
Ulica biskupa Gojdiča 2, 080 01 Prešov
peter.laca@post.sk

Doc. PhDr. Pavol Zubal, PhD.
Filozofická fakulta, Prešovská univerzita
Ul. Novembra 17, 080 01 Prešov
zubalpavol@gmail.com

PaedDr. Slavomír Laca, PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava
Palackého 1, 810 00 Bratislava
slavomir.laca@gmail.com

Úloha kňaza v hospicovej starostlivosti

Černý Maroš

Abstrakt: Smrť a zomieranie je každodennou realitou v zariadeniach, ktoré poskytujú starostlivosť klientom v terminálnom štádiu života. Zomierajúci sú väčšinou obklopení sociálnymi, ako aj zdravotnými pracovníkmi. Jednou z oblastí sociálnej starostlivosti je však aj napĺňanie duchovných potrieb. V tomto príspevku sa zameriavam práve na úlohu kňazov pri práci s klientmi v hospicoch.
Kľúčové slová: Sociálna starostlivosť, Kňaz, Hospic, Terminálne štádium, Zomieranie, Smrť.

The role of priest in hospice care

Abstract: Death and dying is an everyday reality in facilities that provide care for the clients in terminal state of life. The dying persons are mostly surrounded by social and medical staff too. However, one field of the social care is also the fulfilment of spiritual needs. In this report I focus on a role of priests in working with clients in hospices and the importance of the spiritual care as well.
Key words: Social care, Priest, Hospice, Terminal state, Dying, Death.

Úvod

Smrť je realitou každodenného života a týka sa každého z nás. Zrelým pre smrť sa stávame od momentu narodenia, napriek tomu nás smrť dokáže zastihnúť nepripravených. Zomieranie v hospici je vďaka poslaniu tohto zariadenia iné. Človek sa má možnosť pripraviť, aj keď strach zo zomierania, ktoré je nepoznané vyvoláva obavy. V prípade ľudí, ktorí sú veriaci je dôležitou osobou pri sprevádzaní poslednými chvíľami života kňaz. Vo všeobecnosti môžeme hovoriť o dôležitosti blízkeho človeka pri zomierajúcom. Kňaz je však pre veriaceho niečím špecifickým Je sprostredkovateľom sviatostí (svätých Tajín) a zároveň aplikuje vieru zomierajúceho do konfrontácie so

smrťou. M. Prášilová hovorí o duchovnej starostlivosti, že sa týka vzťahu ťažko chorého/zomierajúceho k transcedentnu, k Bohu, je to vnímanie vlastného života, utrpenia, smrti, umierania a ich zmyslu. Sú to otázky viery, nádeje, posmrtného života, odpustenia, spásy a komunikácie s Bohom. O zabezpečenie a naplnenie duchovných potrieb sa stará hlavne kňaz. Sprevádzajúci kňaz pomáha svojou prítomnosťou a počúvaním. Sám odzrkadľuje hodnoty, ktoré uznáva vo svojom živote.[43]

Duchovný život zomierajúcich

Ťažko chorí (zomierajúci) sa stávajú vo svojej chorobe izolovaní od svojho okolia, ľudí, práce. Sú izolovaní aj od možností aktívneho duchovného života. Často žijú z toho čo načerpali pred chorobou, modlia sa modlitby, ktoré sa kedysi naučili naspamäť, v takom čase, ako boli zvyknutí (napr. ráno a večer), pripomínajú si biblické pasáže, ktoré radi počúvali, potichu si spievajú nábožné piesne, ktoré poznajú, spoliehajú sa na to, že keď im Boh v minulosti pomohol, pomôže aj teraz a podobne.[44] Prínosom v ich duchovnom živote v zariadeniach sociálnych služieb je možnosť navštíviť kaplnku a byť tak účastnými na bohoslužbách aj fyzicky. Napriek tomu, že ich duchovný život je poznačený chorobou, ktorá vplýva na vnímanie života ako takého a zároveň ich pripravuje na smrť, mnohé biblické príbehy týkajúce sa utrpenia a smrti ich formujú a eliminujú strach a obavy zo smrti. Často sa postoj k Bohu mení práve vo chvíli, kedy sa schyľuje ku koncu života človeka. V danej chvíli vidí človek veci ináč a aj slovo smrť naberá iný, hlbší význam.

Dôležitou pre duchovný život človeka je okrem iného aj osobná modlitba. Mnohí dnes už svätí, ale i bežní ľudia zomierali s modlitbou na perách. Ich myseľ bola sústredená na Boha.

[43]Prášilová In: Hatoková, M 2009. Sprevádzanie chorých a zomierajúcich. Dobrovoľníctvo v nermocniciach a paliatívnych zariadeniach. Bratislava: DON BOSCO 2009.
[44]Prášilová In: Hatoková, M 2009. Sprevádzanie chorých a zomierajúcich. Dobrovoľníctvo v nermocniciach a paliatívnych zariadeniach. Bratislava: DON BOSCO 2009, s. 122.

U ľudí v posledných chvíľach života je problematické vyslovovať modlitbu, alebo sa vôbec sústrediť. Sociálni pracovníci, ale hlavne kňazi majú v tomto momente možnosť napomôcť zomierajúcemu pri osobnom rozhovore s Bohom. Kňazi, by mali byť pripravení na mnohé zmeny správania a zmýšľania zomierajúceho človeka. Veľakrát musia a zvlášť u mladých onkologických pacientov odpovedať na otázku: „Prečo?“. Úlohou kňaza v tomto smere je poukázať na zmysel zomierania a smrti z pohľadu učenia Cirkvi a aplikovať význam utrpenia do stavu v ktorom sa klient nachádza.

Zároveň kňaz sprostredkováva zomierajúcemu sviatosti (sväté Tajiny) pokánia, spovede, svätého Prijímania, ako aj Pomazania chorých olejom. V tomto smere tak koná v duchu slov, ktoré apoštol Jakub vo svojom liste adresuje všetkým chorým: „*Je niekto z vás chorý? Nech si zavolá starších Cirkvi; a nech sa nad ním modlia a mažú ho olejom v Pánovom mene*“.[45] Sviatostný život klientov závisí od ich vierovyznania, aj v tomto smere je potrebné akceptovať prianie zomierajúceho, ak si želá duchovného z Cirkvi v ktorej žije.

Tanatológia ako východisko pri práci so zomierajúcimi

Smrť ako taká je dodnes pre mnohých záhadou. Napriek tomu, že smrť je stále sčasti zahalená rúškom tajomstva, existuje vedný odbor „*Tanatológia (z gr. thanatos – smrť a logos – slovo), ktorý je práve náukou o zomieraní. Je to veda zaoberajúca sa smrťou, vzťahom života k smrti, zmyslom života a jeho zachovaním. Tanatológia sa zameriava na problematiku eutanázie a interrupcií a v starostlivosti o zomierajúceho človeka je v úzkom vzťahu s odbormi sociálnej práce, psychológie a pastoračnej (kresťanskej) starostlivosti*“.[46] Tanatológia sa

[45]Sväté písmo [online]. 2003 – 2011 [citované 2011-10-02]. Dostupné na internete: <http://svatepismo.sk/listovat.php?kniha=66&kapitola=5>
[46]Hrozenská, M. a kol.: Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská. Martin: Osveta, 2008, s. 140.

zaoberá aj spomínanou pastoračnou (kresťanskou) starostlivosťou, poukazuje aké duchovné potreby má zomierajúci.

V jednej z ankiet uskutočnených Allensbacherovým inštitútom na otázku „Čo myslíte, čo človek očakáva od náboženstva a v čom by mohlo náboženstvo pomôcť?“

- *na prvom mieste 65 percent opýtaných odpovedalo: „Vysporiadať sa so smrťou“,*
- *61 percent uviedlo: „Pri silnej bolesti nájsť útechu“ a*
- *na treťom mieste 52 percent potvrdilo: „Nádej na posmrtný život“.*

Je zrejmé, že viera, najmä viera v Boha, sa prinajmenšom považuje za pomoc a tiež za základ dôvery potrebnej na uvedomelé, osobne vydarené a zvládnuté zomieranie.[47] Práve spomínané vysporiadanie sa so smrťou, nájdenie útechy a nádej na posmrtný život sú hlavné okruhy, ktorých sa má kňaz pri rozhovore a vyprevádzaní ťažko chorého pridržiavať. Kňaz, ako absolvent teológie a prijímateľ sviatosti (svätej Tajiny) kňazstva je v tomto smere najpovolanejší pri napĺňaní duchovných potrieb ľudí.

Prístup kňaza k zomierajúcemu

Situácia pri lôžku zomierajúceho v hospici je často nevyspytateľná. Proces zomierania je dá sa povedať zrkadlom celého života. Systematická príprava na smrť počas života sa odzrkadľuje aj v posledných minútach života. Křivohlavý vo svojom diele cituje Bouchala, ktorý uvádza viacero rôznych reakcií zomierajúcich:

- *„zmierenie sa a vyrovnanie (prijatie nevyhnutného);*
- *pasívna rezignácia (ľahostajnosť a nezáujem);*
- *únik do spomienok aké to bolo kedysi;*
- *únik do fantázie a úvah o nesmrteľnosti;*
- *pozitívna kompenzácia – snaha o dokončenie rozpracovaného diela;*

[47]Pompey, H. 2004. Zomieranie. Trnava: Dobrá kniha, 2004, s. 19.

• *negatívna forma kompenzácie – prepadnutie alkoholu, drogám, prejedaniu sexuálnym výstrelkom a pod“*.[48]

Spomínané reakcie je možné vnímať aj ako určité fázy zomierania. Elisabeth Kübler – Ross naznačila päť fáz (stavov, úsekov atď.) procesu zomierania:
1 Šok – popieranie hroziacej neprijateľnej skutočnosti.
2 Vzbura – popieranie hroziacej neprijateľnej skutočnosti.
3 Vyjednávanie – snaha „zjednávať so životom a smrťou“, sľubovaním a ochota dať všetko za uzdravenie.
4 Smútok a depresia – prejavy zármutku, ľútosťou nad tým končí, plač.
5 Prijatie – vyjadrenie súhlasu s nemenným dianím, zmierenie sa s tým, čo sa deje.[49]

Počas komunikácie s klientom musí kňaz ako bolo vyššie spomenuté rátať aj s odmietnutím smrti ako takej, ale aj akejkoľvek pomoci. Podľa Hrozenskej, „niektorí klienti môžu odmietať stretnutie s kňazom, pretože to podľa ich mienky potvrdzuje ich blížiaci sa koniec, ktorý si nechcú pripustiť“[50]. Často sa vyskytujúcim javom v sociálnej starostlivosti je nesprávny postoj príbuzných. Dotyčnému človeku sa snažia zabezpečiť starostlivosť aj po duchovnej stránke, na čo však klient reaguje negatívne, keďže počas svojho života nežil aktívne v Cirkvi a nemal vytvorený vzťah s Bohom. Je potrebné akceptovať slobodné rozhodnutie človeka vo veciach týkajúcich sa duchovného života za všetkých okolností. Iná situácia nastáva, ak vieme, že dotyčný mal záujem o stretnutie s kňazom a zároveň prijatie sviatostí (svätých Tajín), avšak jeho zdravotný stav mu to nedovoľuje vyjadriť. Avšak stáva sa aj to, že práve nečakané

[48] KŘIVOHLAVÝ, J.:Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 155.
[49] KŘIVOHLAVÝ, J.:Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 155.
[50] Hrozenská, M. a kol.:Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2008, s. 141.

stretnutie s kňazom vzbudí v človeku túžbu po naplnení duchovných potrieb, preto sú prínosné aj náhodné stretnutia.

V oblasti napĺňania duchovných potrieb je potrebné zvoliť individuálny prístup s dôrazom na akceptovanie slobody človeka. Rôznorodosť osobností sa odzrkadľuje aj v duchovnom živote. Individualita človeka je dôležitá pri voľbe správnych postupov v ozrejmovaní významu zomierania a smrti a zároveň je dôležité akceptovať slobodu človeka. Slobodu v rozhodovaní, ako aj myslení. F. Brabec uvádza, že je potrebné, aby kňaz ako jeden z pracovníkov v zariadení sociálnej starostlivosti dodržiaval určité pravidlá:

a)„Potrebné je zaujať postoj k časovému obmedzeniu svojej existencie – vo väčšine spoločností je smrť témou, o ktorej sa nehovorí. Smrť sa mladších ľudí netýka, zaoberanie sa smrťou sa odkladá na neurčito do staroby.

b)Pomáhajúci má byť autentický – v styku so zomierajúcim nie je vhodné skrývať sa za masku profesie, ale pristupovať ku klientovi ako človek so svojimi silnými aj slabými stránkami. Mal by sa vedieť porozprávať s klientom o svojich pocitoch, obavách, prípadne o svojom hneve voči nemu. Takáto otvorenosť povzbudzuje i klienta k tomu, aby sa podelil so svojím prežívaním.

c)*Treba „hovoriť pravdu“. Ak si pacient praje byť informovaný, má právo vedieť, s približne akým časovým rámcom môže disponovať“.*[51]

Uvedené pravidlá sa netýkajú iba kňazov, ale vo všeobecnosti aj lekárov, zdravotných sestier, sociálnych pracovníkov, ako aj dobrovoľníkov, ktorí prichádzajú do styku so zomierajúcimi. Vhodnou kombináciou je, ak má kňaz aj medicínske vzdelanie. Známy pravoslávny metropolita Antonij Surožský (Anthony Bloom) pracoval ako chirurg vo francúzskej armáde. Keďže bolo nepraktické, aby vstúpil do kláštora a bol už mníchom, kňaz, ktorý bol jeho duchovným vodcom mu povedal, aby trávil osem hodín denne v modlitbe a pokračoval vo svojej

[51]Hrozenská, M. a kol. 2008. Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2008, s. 141.

lekárskej praxi. Keď sa spýtal na poslušnosť (ktorá je špecifická pre život v kláštore), povedal mu, aby počúval svoju matku. Aj po skončení vojny pokračoval v skrytom kláštornom živote.[52] Na jeho živote je možné vidieť prepojenie povolania kňaza a lekára. Vo svojich spomienkach hovorí o zážitkoch, ako vyprevádzal do večnosti zomierajúcich. Pri jednom z nich spomína na to, ako mu zomierajúci vojak hovoril o tom, že má strach zo smrti. Bál sa samoty. Metropolita Antonij pri ňom sedel a povedal mu, že nebude sám. Držal ho za ruku a takto ho previedol za hranice smrti. Takýto osobný prístup kňaza dáva človeku v posledných chvíľach života pocit istoty a eliminuje strach zo zomierania.

Spôsob komunikácie so zomierajúcim

Empatia je základom úspešného rozhovoru so zomierajúcim. Samozrejme v prípade, ak mu jeho zdravotný stav dovoľuje komunikovať. V opačnom prípade sú to iba gestá, alebo dotyky. Empatický prístup otvára dvere do duše klienta sociálnym pracovníkom vrátane iných pomáhajúcich profesií. Kňazovi poskytuje lepšiu možnosť pri napĺňaní duchovných potrieb dotyčného klienta. Napriek najlepšej snahe zo strany kňaza je však potrebné dávať pozor na typy rozhovorov, ktoré je možné pokladať za patologické.

Podľa autorov U. Andreeta a M. Blada o ktorých pojednáva J. Ďačok existuje niekoľko typov rozhovor, ktoré sa pokladajú za patologické:

- ***„Koncentrácia na seba – jednosmerný dialóg:*** *Celý dialóg je zameraný na jednu osobu, ktorá vydáva pokyny. Vedúca osoba rozhovoru nepomáha účastníkovi, alebo účastníkom rozhovoru vzájomne komunikovať, ale vedie, orientuje, usmerňuje rozhovor iba jedným smerom – na seba.*
- ***Dialóg medzi hluchými:*** *Obaja účastníci sa pohybujú akoby po dvoch koľajniciach, ale opačným smerom. Každý žije vo*

[52]FOREST, J. *Remembering Metropolitan Anthony.* [online], IN COMMUNION, Monday, October 18th, 2004. [citované 2011-10-02]. Dostupné na internete: <http://www.incommunion.org/2004/10/18/remembering-metropolitan-anthony/>

svojom osobitnom svete a neprejavuje dostatočnú ochotu na skutočný dialóg. Často býva prejavený nezáujem (zo strany zdravotníckych pracovníkov) o otázky, ktoré chorí kladú.

- ***Posilnenie vlastných pozícií:*** *Účastník dialógu A hovorí s B, ale nie preto, aby ho vypočul, ale aby ho priviedol k prijatiu vlastnej myšlienky.*
- ***Vonkajšie rušivé vplyvy:*** *Je to prípad, keď ťažkosti pochádzajú z vonka, napr. hluk, miešanie sa iných do rozhovoru, nevhodné prostredie a pod., čo znemožňuje komunikáciu medzi A a B.*
- ***Vnútorné rušivé vplyvy:*** *Sú to vplyvy, ktoré pochádzajú z vnútra jedného alebo aj oboch účastníkov dialógu. Rušivé vplyvy od jedného, alebo druhého nedovoľujú stretnutie. Počúvanie znamená duchovný akt. Sústredené počúvanie nie je možné, keď chýba vnútro. A preto platí: Kto chce naozaj počúvať druhého človeka, musí umlčať iné zvuky a iné hlasy. Je možné počuť súčasne viaceré hlasy, napr. počas diskusie, na chodbe, na štadióne a pod., ale počúvať možno iba jeden hlas, a nie viaceré osoby spolu. Opravdivé, osobné počúvanie druhého je možné iba vtedy, keď všetko ostatné mlčí.*
- ***Zrelý dialóg:*** *Z toho, čo bolo povedané, vyplýva, že zrelý dialóg sa vo svojej podstate zakladá na schopnosti uznať iného a na schopnosti uznať iného a na schopnosti zúžitkovať vlastné citové hnutia. Je to slobodná výmena názorov medzi dvomi osobami. Najjednoduchšia schéma, ktorá vyjadruje zrelý dialóg je, že posolstvo osoby A je určené osobe B. Obaja účastníci dialógu majú rovnakú dôležitosť a zúčastňujú sa na rozhovore rovnakým dynamickým spôsobom.“*[53]

Rôzne metódy a spôsoby však nevedú k absolútne ideálnemu rozhovoru. Každá jedna situácia je špecifická a zameraná na toho ktorého človeka. Ako hovorí J. Ďačok: *„Musíme si uvedomiť, že sme to my, ktorí komunikujeme. Nestačí počúvať slová, ale je*

[53]Ďačok, J. 2000. Človek, utrpenie, nemocnica Niektoré hľadiská pastoračnej služby. Trnava: Dobrá kniha, 2000, s. 95 – 97.

dôležité usilovať sa pochopiť úmysel osoby, celkový súvis, emotívnu situáciu a pod.“[54] Práve hospic je zariadením, kde má človek možnosť viac načúvať a prihovárať sa, ako v zdravotníckom zariadení, kde je frekvencia pohybu osôb oveľa vyššia.

Literatúra:

HATOKOVÁ, Mária a kol.: *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich. Dobrovoľníctvo v nemocniciach a paliatívnych zariadeniach.* Bratislava : DON BOSCO, 2009. 215 s. ISBN 978-80-8074-095-5.
HROZENSKÁ, Martina a kol.: *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská.* Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2008. 180 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
POMPEY, Heinrich: *Zomieranie.* Trnava : Dobrá kniha, 2004. 179 s. ISBN 80-7141-462-X.
KŘIVOHLAVÝ, Jaro: *Psychologie nemoci.* Praha : Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
ĎAČOK, Ján: *Človek, utrpenie, nemocnica Niektoré hľadiská pastoračnej služby.* Trnava: Dobrá kniha, 2000. 173 s. ISBN 80-7141-300-3.
Sväté písmo [online]. 2003 – 2011 [citované 2011-10-02]. Dostupné na internete: <http://svatepismo.sk/listovat.php?kniha=66&kapitola=5>
FOREST, J. *Remembering Metropolitan Anthony*. [online], IN COMMUNION, Monday, October 18th, 2004. [citované 2011-10-02]. Dostupné na internete: http://www.incommunion.org/2004/10/18/remembering-metropolitan-anthony/.

Kontakt:

Mgr. Maroš Černý
Rozhlas a televízia Slovenska
organizačná zložka Slovenský rozhlas
maroscerny@gmail.com

[54]Ďačok, J. 2000. Človek, utrpenie, nemocnica Niektoré hľadiská pastoračnej služby. Trnava: Dobrá kniha, 2000, s. 98.

Dôstojnosť chorého človeka

Dancák Pavol

Anotácia: Cieľom príspevku je poukázať na rozjímanie o chorom človeku a jeho dôstojnosti v spoločnosti, ktorá je zameraná na ekonomickú výkonnosť. Príspevok predstavuje ideologickej centier odchýlky, ktoré ohrozujú človeka a jeho dôstojnosť, a to najmä v jeho chorobe. V závere je východiskovým bodom navrhovanej, ktoré by mohli byť základom pre zabezpečenie rešpektovania ľudskej dôstojnosti a humanizácie spoločnosti mužov.
Kľúčové slová: Ľudská dôstojnosť. Chorého človeka dingnity. Život.

The dignity of the sick man

Abstract: The aim of the paper is to provoke thiking towards contemplation of a sick man´s dingnity in a society which is oriented on economic performance. The paper introduces ideological centers of deviation that threaten man and his dignity, mainly in his illness. In the conclusion, a starting point is proposed which could form the basis for the guarantee of respecting man´s dignity and of humanizing of men´s society.
Key words: Human dignity. Sick man´s dingnity. Life.

Dejiny ľudského myslenia jasne ukazujú, že jestvuje celá plejáda pohľadov na človeka od krajne materialistického chápania až po idealistické a spiritualistické koncepcie. Všetky pohľady však majú spoločného menovateľ a to je reflektovanie skutočnosti, že človek je podstatou, ktorá je schopná položiť otázku. Táto schopnosť stavia človeka jestvujúceho vo svete do exkluzívnej pozície. Navyše človek nekladie otázky, ktoré, povedané po platónsky, by sa dotýkali iba tieňov, ale pýta sa: Kto som? Odkiaľ prichádzam? Aký zmysel má môj život a kam smeruje? Človek sa pýta na svoju podstatu a sám sebe sa stáva problémom. Poznáva seba samého, vymedzuje sa voči iným predmetom, zisťuje svoju výnimočnosť a veľkosť, ale zároveň i

svoju obmedzenosť. Objavuje v sebe túžbu po prekonaní každej hranice, každého obmedzenia i slabosti. V úvode je však potrebné pripomenúť, že túžba po odpovedi na vyslovené otázky nezostane vyčerpávajúco uspokojená, nakoľko naše poznanie má aproximatívny charakter, no napriek tomu môžeme správne tušiť primeranú odpoveď.

Cieľom jednoducho a zároveň široko koncipovaného názvu príspevku *„Dôstojnosť chorého človeka"* je provokovať myslenie k úvahe o dôstojnosti chorého človeka v spoločnosti, ktorá je orientovaná na ekonomickú výkonnosť, kde *byť* je ignorantsky prehliadané a *mať* je uprednostňované s nevídanou razanciou.[55] Stručne predstavíme ideové ohniska deviácii ohrozujúcich človeka a jeho dôstojnosť predovšetkým v chorobe a v závere navrhneme východisko, ktoré môže byť základom pre garanciu rešpektovania dôstojnosti človeka a následne pre humanizáciu života ľudskej spoločnosti.

Ak zohľadníme etymologické zdôvodnenie termínu dôstojnosť, ktoré vyjadruje status, schopnosti a kompetencie človeka ako osoby, schopnosť *dostáť niečomu, stačiť na niečo, byť schopný zvládnuť nejakú úlohu,*[56] tak potom choroba by bola vážnym ohrozením dôstojnosti človeka, pokiaľ by sme toto etymologické vysvetlenie chápali z pozície redukovaného utilitaristického pragmatizmu. Filozofická antropológia nás však varuje pred redukcionizmom a odkazuje na transcendenciu človeka a zároveň na relacionizmus jeho jestvovania. Ľudská dôstojnosť, *dignitas humana*, nevyplýva z arbitrárneho rozhodnutia nejakej autority alebo zákona a ani sa nedá akýmkoľvek pozitívnym zákonom spochybniť alebo zrušiť, pretože vyplýva priamo z faktu byť človekom, byť osobou. Veľmi vážnu úlohu tu zohráva kresťanské presvedčenie, že človek, *stvorený na Boží obraz a podobu* už nemôže byť

[55]FROMM, E.: *Mít, nebo být?* Praha : Aurora 2001.
[56]MRÁZ, M.: *Humanistické aspekty ľudskej dôstojnosti.* In: http://www.uski.sk/frm_2009/ran/2004/cl040107. htm [16.09.2011]

zobrazený ani zredukovaný na čosi všeobecné, výlučne prírodné a osudom determinované.[57]

Idea dôstojnosti každej ľudskej bytosti bola najskôr prijatá svedomím jednotlivcov, stala sa základom osobných vzťahov a odmietnuc rôzne formy otroctva prenikla spoločenský a politický život. Proces akceptácie ľudskej dôstojnosti trval celé veky v židovskej, gréckej, rímskej a kresťanskej filozofickej tradícii. Dnes sa pokúšame viac alebo menej úspešne túto akceptáciu uskutočňovať v praktickej politike každodenného života. Pojem dôstojnosti človeka vplýval na vytváranie zákonodarstva civilizovaného sveta.[58] Politicko-právne zavedenie princípu ľudskej dôstojnosti do Všeobecnej deklarácia ľudských práv schválenej OSN 10. októbra 1948 môžeme považovať za výsledok veľkého morálneho pohybu po hrôzach druhej svetovej vojny. V preambule sa odvoláva na zásadu, na ktorej budú vytvorené morálne a právne normy. Dôstojnosť človeka vymedzila hranice ľudskej slobody. „Rešpektovanie prirodzenej dôstojnosti a neodcudziteľných práv všetkých členov ľudského spoločenstva je základom slobody, spravodlivosti a pokoja vo svete." Základom všetkých ľudských právnych noriem je vrodená, a nie nadobudnutá dôstojnosť človeka.

Vzhľadom na dlhú históriu oslobodzovania sa z otroctva, nevoľníctva, fašizmu, komunizmu, kolonializmu a z rasizmu by sa zdalo, že dnes už nikto nebude vylučovať isté skupiny ľudí zo spoločnosti osôb. Ale je to inak, nakoľko je evidentný návrat starých ideológií, ktoré novým spôsobom vylučujú určitých ľudí z ľudského spoločenstva zbavením ich dôstojnosti, subjektivity a práv, ktoré im prirodzene patria.[59] Radikálny a nevyvážený

[57]Porov. ANZENBACHER, A.: *Úvod do etiky.* Praha : Zvon l994, s. 225.

[58]Po druhej svetovej vojne súdny proces s vojnovými zločincami v Norimbergu odhalil hrôzy zločinov, ktoré páchali aj ľudia s medicínskym a zdravotníckym vzdelaním v koncentračných táboroch. Súdny tribunál neakceptoval princíp *nulla poena sine lege, nullum crimen sine lege*, (niet zločinu bez zákona niet trestu bez zákona) a odvolávajúc sa na ľudskú dôstojnosť odsúdil nacistických predstaviteľov, ktorí sa obhajovali tvrdením, že plnili ríšske zákony.

[59]Porov. CZARNECKI, P.: *Ethics for a Social Worker*. Lublin : IPWN 2011, 103 – 124.

subjektivizmus, individualizmus, relativizmus, redukcionizmus, orientácia na individuálny výkon a konzumizmus predstavujú súčasné zdroje ohrozenia dôstojnosti človeka, resp. človeka ako takého.[60] Takéto postoje sa objavujú v bioetickom diskurze predovšetkým v anglosaskom prostredí (napr. Austrálčan Peter Singer, americký bioetik Hugo T. Engelhardt, John Harris filozof z Manchestru, ale aj nemecká bioetička Ursula Wolf a iní).

Hugo T. Engelhardt tvrdí, že len ten človek je osobou, ktorý využíva rozum, poznáva a uvedomuje si seba. Preto ľudský plod, novorodenci, rozumovo postihnutí, ľudia v kóme, nevládni ľudia v staršom veku, vo všeobecnosti tí, ktorí nie sú schopní autonómneho života, ktorí sa nedokážu začleniť do spoločenstva, nie sú osobami.[61] Nesprávne funkčná nervová sústava a mozog, ale aj veľmi pokročilá staroba spôsobujú že človek nemôže byť vedomým a aktívnym účastníkom morálneho diskurzu. Ľudia v takomto stave strácajú privilégium osoby a jestvujú na úrovni ľudského biologického života.[62] Spoločnosť sa síce môže starať o tieto defektné organizmy, ale nemá takúto morálnu povinnosť. Aktuálne osoby majú vo vzťahu k bývalým osobám len také povinnosti, ktoré sú v testamente zomrelého.[63]

Podľa Engelhardta začiatok ľudského biologického života nie je začiatkom života osoby ako účastníka spoločensko-morálnych vzťahov. Tvrdí, že človek v prenatálnom období aj v období detstva nie je osobou, ktorá by bola nositeľkou jeho prirodzených práv.[64] Z toho mu vyplynie, že pri interrupcii nie je zabíjaná osoba napriek tomu, že dochádza k zničeniu ľudského organizmu. Rodičia podľa neho nemajú povinnosť liečiť detí, u ktorých je možné predpokladať nízku kvalitu biologického života. Život

[60]Porov. FAGGIONI, M. P.: *Život v našich rukách.* Spišská kapitula – Spišské podhradie : Nadácia Kňazského seminára biskupa Jána Vojtaššáka 2007, s. 33 - 40.
[61]Porov. ENGELHARDT, H.T.: *The foundations of bioethics.* New York : Oxford University Press, 1996, s. 135-241.
[62]BIESAGA, B.: *Podmiotowość osobowa i moralna.* http://biesaga.info/wp-content/uploads/2009/11/III.-2.-Biesaga-T.-Podmiotowo%C5%9B%C4%87-osobowa-i-moralna-pacjenta-MP-102005-22-25.pdf [16.09.2011]
[63]Porov. ENGELHARDT, H.T.: *The foundations of bioethics. ..., s.* 249
[64]Porov. ENGELHARDT, H.T.: *The foundations of bioethics. ..., s.* 253

novorodenca a dieťaťa s predpokladanou nízkou kvalitou je v jeho chápaní zlým životom, nemá sa liečiť, ale má sa mu dovoliť umrieť, nakoľko jeho bezbolestná smrť za pomoci aktívnej eutanázie spôsobí menej škody ako zrušenie terapeutických postupov. Vo svojom extrémizme tvrdí, že pri ťažko chorých sme morálne povinný pristúpiť k aktívnej eutanázii.[65]

Peter Singera v tejto otázke vystupuje s ešte radikálnejšími tvrdeniami. „Podľa neho hodnota života nenarodeného človek, chorého novorodenca alebo chorého dieťaťa je nižšia ako u zdravého zvieraťa.“[66] Aj on podobne tvrdí, že desaťdňové dieťa nie je žiadnou rozumnou existenciou. „Jestvuje veľa neľudských podstát, ktorých uvažovanie a vedomie seba, vnímavosť a schopnosť cítiť sú rozvinuté vo väčšej miere ako u týždňového, mesačného, ale aj ročného dieťaťa. Z toho vyplýva, že život novonarodeného dieťaťa ma menšiu hodnotu ako život ošípanej, psa alebo šimpanza.“[67] Tvrdí, že na experimentálne účely je lepšie používať ľudí s poškodeným mozgom ako zvieratá. Novorodenci a deti nie sú v jeho chápaní osobami, a preto v prípade choroby môžu byť nahradené zdravými, čo má podľa neho viesť k zmenšeniu utrpenia a zväčšenia šťastia rodičov aj ľudstva.[68]

Od čias Josepha Fletchera, protestantského teológa, ktorý z pozície liberálnej a konzekvencionalistickej etiky definoval pätnásť tzv. indikátorov človečenstva sa množia rôzne kritéria, ktorými sa spochybňuje hodnota ľudského života a vylučuje sa z práva na život čoraz väčší počet ľudí.[69] V konečnom dôsledku sa princíp kvality života stal princípom vylúčenia určitých skupín

[65]Porov. ENGELHARDT, H.T.: *The foundations of bioethics. ...*, s. 265 - 258.
[66]LACA, S.: Vybrané kapitoly z etiky pre sociálno-zdravotnícke profesie, Bratislava : Beki desing, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, s. 2011, s. 64.
[67]SINGER, P.: *Etyka praktyczna*. Warszawa : Książka i Wiedza 2003, s. 165.
[68]Porov SINGER, P.: *O życiu i śmierci: upadek etyki tradycyjnej*. Warszawa : PIW, 1997, s. 105.
[69]Medzi indikátormi človečenstva je zahrnuté vedomie seba, chápanie minulosti a budúcnosti, emociálna vyrovnanosť, schopnosť ovládať seba, schopnosť nadväzovať kontakty s inými, schopnosť starať sa o druhých ap. FLETCHER, J.: *Indicators of humanhood: a tentative profile of man*. Hastings Center Report., 2, 1972, s. 1-4.

ľudí z práva na liečbu a z práva na život. Za indikátory nízkej kvality života sa považujú rôzne ťažké ochorenia, straty vedomia, stav terminálnej choroby, vegetatívny stav, ale aj neschopnosť vykonávať osobnú hygienu, pripraviť si a skonzumovať potravu. Popri princípe kvality života sa postupne objavuje princíp zlého života (wrongful life) a princíp zlého narodenia (wrongful birth). Riešenie je v interrupcii, ktorá nepripustí zlé narodenie a aj v eutanázii, ktorá nedovolí pokračovať v zlom a nekvalitnom živote. John Harris tvrdí, že narodenie chorého človeka je zlom aj vtedy, keď táto osoba prežíva svoje jestvovanie pozitívne a to preto, že celkovo zväčšuje kvantitu škôd a utrpenia vo svete.[70] Niektorých teoretikov to vedie k absurdným tvrdeniam, že v mnohých chorobách a stavoch, v ktorých sa nachádza človek, by bolo lepšie jeho nejestvovanie ako jeho existencia.[71] Tieto tendencie vyvolávajú strašné reminiscencie na prax nacistickej medicíny, nakoľko sa koncentruje úsilie na formulovanie takých kritérií, ktoré by určili podmienky nehodnotného života.

Vyššie spomenuté antropologické a etické stanoviska ignorujú ľudskú dôstojnosť a zbavujú čoraz väčší počet pacientov práva na život, na zdravotnú starostlivosť a liečenie. Chcú, aby medicína sa terapeuticky angažovala len v záležitostiach relatívne aktuálne funkčných osôb, teda relatívne zdravých a relatívne silných pacientov a aby prostredníctvom potratov a eutanázie likvidovala tých, ktorí neboli kvalifikovaní ako osoby a kvalita ich života je nízka.

Uvedené antropologické a bioetické postoje majú mnohoraké príčiny, za ktorými stojí taká koncepcia filozofie, ktorá spolu s metodologickým dogmatizmom fragmentarizuje poznanie a filozofiu redukuje na úroveň exaktných vied. Podstatným

[70]HARRIS, J.: *Wonderwoman and superman*. Oxford : Oxford University Press, 1992, s. 90.
[71]T. Nagel, H. Silverstein i F. Feldman tvrdia, že zlý život znamená, že nejestvovanie človeka by bolo lepšie ako jeho jestvovanie. Smrť, nejestvovanie chorého človeka, sa ukazuje ako väčšia hodnota ako jeho život. Smrť jedných, ich neexistencia je nutnou podmienkou vyššej úrovne života druhých. KAMM, F.M.: *Morality, morality.*: *Death and whom to save from it.* Oxford : Oxford University Press 1993, s 13-22.

spôsobom k tomu prispel George Berkeley[72] a jeho subjektívny idealizmus, reprezentovaný výrokom *esse est percipi* (byť znamená byť vnímaný). Filozofické myslenia, ktoré sa odvoláva na Berkelyho, vytvára osobu z aktov poznania resp. vnímania. Podľa Davida Hume[73] človek je „zväzkom percepcií" a naše mravné presvedčenia sa neodvodzujú z rozumu, ale z pocitoch. Tvrdenie Reného Descartesa *cogito ergo sum* (myslím, teda som) predstavuje človeka ako aktuálne prebiehajúci a vedomý akt myslenia. Zaoberá sa tým, či takéto akty prebiehajú alebo nie, ale ignoruje základnú filozofickú otázku: prečo sa tieto akty vyjavujú a čoho sú prejavom? John Locke prezentuje názor, že osobný podmet je vytvorený z aktov reflexívneho vedomia. Redukcionistický epifenomenalizmus v koncepcii osoby nedokáže integrálne uchopiť človeka a jeho dôstojnosť a formuluje chybné princípy správania sa k inému človeku. Ľudský život by sa skutočne ocitol vo veľkom nebezpečenstve, keby ľudia mali právo na život len podmienečne, teda iba v prípade postrehnuteľne prebiehajúcich aktoch vedomia.

Posledný Riman a prvý scholastik Boethius definuje osobu ako *persona est individua substantia rationalis naturae* (osoba je individuálna podstata rozumnej prirodzenosti), čo znamená, že všetky akty nášho tela a psychiky i akty vedomia, prebiehajú preto, že sme obdarení rozumnou prirodzenosťou. Ani v rôznych etapách svojho života človek nestráca túto bytostnú prirodzenosť a s ňou spojenú dôstojnosť. Takúto prirodzenosť vlastní nenarodený človek, človek s Alzheimerovou chorobou, psychicky chorý aj človek v terminálnom štádiu. Človek v rôznych životných situáciách je stále niekým a nie niečím. Sv. Tomáš Akvinský hlásal tézu *agere sequitur esse*, teda že všetky naše prejavy sú sekundárne vo vzťahu k nášmu jestvovaniu. Najskôr jestvuje osoba a jej prejavy sú nástupníctvom tohto jestvovania realizujúceho sa dynamicky počas trvania celého života. Osoba nie je len jednoduchou sumou vlastností, ktoré opíše biológ,

[72]George Berkeley (1685 - 1753) írsky filozof, teológ a anglikánsky biskup
[73]David Hume (1711- 1776) škótsky filozof.

psychológ alebo sociológ. Rozšírená kultúrna tendencia generalizovať parciálne výsledky a interpretovať poznanie podľa potreby ochudobňuje život človeka a znižuje jeho úroveň. V. E. Frankl vo svojich filozoficko – existenciálnych úvahách upozorňuje na nebezpečenstvo redukcionizmu, ktoré prichádza zo strany neoprávnenej generalizácie špecialistov, ktorí ľudské fenomény vydávajú za epifenomény dajakej subhumánnej úrovne. Prejavuje sa to vo výrokoch typu: „človek nie je nič viac ako…(počítač, opica ap.)“.[74] Vo svojom empirickom nastavení vedci a filozofi tohto typu neopisujú osobu, ale len jej rôzne vlastnosti. Lepšie alebo horšie biologicko-psychické prejavy človeka nesvedčia o tom, že jeho život je akýmsi morálnym zlom. Obvinenie niekoho, že jeho život vzhľadom na jeho chorobu je zlý, je iracionálnym pomiešaním biologických s morálnych dobier.

Z pozície personalistickej filozofie všetci ľudia nezávisle od etapy vývoja, farby pleti, vyznania alebo choroby sú osobami. Každý človek v sebe nosí dôstojnosť osoby. V apoštolskom liste *Christifideles laici* Jan Pavol II. nielen kresťanom, ale aj všetkým ľuďom pripomína, že osobná dôstojnosť je najcennejším bohatstvom, ktoré človek vlastní. Na základe svojej dôstojnosti je človek sám osebe a sám pre seba vždy hodnotou. Preto sa nesmie s ním zaobchádzať ako s použiteľným predmetom alebo vecou. Osobná dôstojnosť je základom rovnosti všetkých ľudí aj ich vzájomnej solidarity.[75] Každý pacient je podmetom, a nie predmetom záujmov štátu alebo nemocnice. Medicína, ktorá by sa stala nástrojom selekcie a likvidácie akýchkoľvek skupín pacientov, zradila by svoj cieľ a svoju autonómiu a stala by sa nástrojom novej ideológie budovania šťastia na zemi na úkor slabších.

Štatistiky dokumentujúce sociálnu patológiu potvrdzujú, že postmoderný človek zakusuje svoju osamelosť a alienáciu,

[74]Porov. FRANKL, V.E.: *Vůle ke smyslu. Vybrané přednášky o logoterapii.* Brno : Cesta, s.102.
[75]JÁN PAVOL II.: *Christifideles laici*. 38. http://www.kbs.sk/?cid=1117279460 [16.09.2011].

pretože svoje vzťahy príliš zvecnil, zracionalizoval, nasmeroval na využitie a zneužitie. Osoba je však takým bytím, že jediným správnym a plnohodnotným vzťahom voči nej môže byť iba láska.[76] Láska ako základ každého personálneho vzťahu je tým najväčším objavom, ktorý vychádza z židovsko-kresťanského myslenia. Objav lásky ako základného motivačného prameňa pre formovanie vzťahov je dejinne nový a čaká na svoju realizáciu. Túžbu človeka po šťastí totiž neuspokojí ani poznanie, ani bohatstvo či moc. Dôstojnosť človeka, aj chorého, môžeme byť naplnená iba vďaka vertikálnym a horizontálnym vzťahom ktoré vytvárame a prežívame.

Literatúra:

ANZENBACHER, A.: *Úvod do etiky*. Praha : Zvon l994.
BIESAGA, B.: *Podmiotowość osobowa i moralna*. http://biesaga.info/wp-content/uploads/2009/11/III.-2.-Biesaga-T.-Podmiotowo%C5%9B%C4%87-osobowa-i-moralna-pacjenta-MP-102005-22-25.pdf [16.09.2011]
CZARNECKI, P.: *Ethics for a Social Worker*. Lublin : IPWN 2011, 103 – 124.
ENGELHARDT, H.T.: *The foundations of bioethics.* New York : Oxford University Press, 1996, s. 135-241.
FAGGIONI, M. P.: *Život v našich rukách*. Spišská kapitula – Spišské podhradie : Nadácia Kňazského seminára biskupa Jána Vojtaššáka 2007, s. 33 - 40.
FLETCHER, J.: *Indicators of humanhood: a tentative profile of man.* Hastings Center Report., 2, 1972, s. 1-4.
FRANKL, V.E.: *Vůle ke smyslu. Vybrané přednášky o logoterapii.* Brno : Cesta, s.102.
FROMM, E.: *Mít, nebo být?* Praha : Aurora 2001.
HARRIS, J.: *Wonderwoman and superman*. Oxford : Oxford University Press, 1992, s. 90.
JÁN PAVOL II.: *Christifideles laici*. 38. http://www.kbs.sk/?cid=1117279460 [16.09.2011]

[76]Porov. WOJTYŁA, K..: *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne*. Lublin : WN KUL 1994. WOJTYŁA, K..: *Miłość i odpowiedzialność.* Lublin : WN KUL, 1960.

KAMM, F.M.: *Morality, morality.*: *Death and whom to save from it.* Oxford : Oxford University Press 1993, s 13-22.
LACA, S.: *Vybrané kapitoly z etiky pre sociálno-zdravotnícke profesie*, Bratislava : Beki desing, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, s. 2011, s. 264, ISBN 978-80-8132-015-6.
MRÁZ, M.: *Humanistické aspekty ľudskej dôstojnosti.* In: http://www.uski.sk/frm_2009/ran/2004/cl040107. htm [16.09.2011]
SINGER, P.: *Etyka praktyczna*. Warszawa : Książka i Wiedza 2003, s. 165.
SINGER, P.: *O życiu i śmierci: upadek etyki tradycyjnej*. Warszawa : PIW, 1997, s. 105.
WOJTYŁA, K..: *Miłość i odpowiedzialność.* Lublin : WN KUL, 1960WOJTYŁA, K..: *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne*. Lublin : WN KUL 1994.

Kontakt:

Prof. PhDr. Pavol Dancák, PhD
Greckokatolícka teologická fakulta, Prešovská univerzita
Ulica biskupa Gojdiča 2, 080 01 Prešov
pdancak@unipo.sk

Prevencia stresu u zdravotníkov v hospicovej a paliatívnej starostlivosti

Dobríková Patricia, Pčolková Dušana

Abstrakt: Tento príspevok je zameraný na profesiu zdravotníka v hospicovej a paliatívnej starostlivosti v kontexte záťažovosti jeho práce. V článku je kladený dôraz na popis stresu, jeho negatívnych prejavov, možností zvládania (coping) a najmä vymedzenie preventívnych opatrení.
Kľúčové slová: Hospicová a paliatívna starostlivosť, Zdravotnícky pracovník, Stres, Prevencia.

Preventing stress in medical in hospice and palliative care

Abstract: This contribution is focused on the profession of the health worker in the hospice and palliative care in the context of seriousness of his/her work. The article underline the description of the stress, his negative manifestations, the stress management (coping) and mainly setting of the preventive arrangements.
Key words: Hospice and palliative care, Health worker, Stress, Prevention.

Stres v hospicovej a paliatívnej starostlivosti

Stres je nazývaný aj typickým problémom našej doby. Nič nenasvedčuje tomu, že by v budúcnosti zmizol. Skôr naopak. Na psychických a fyzických problémoch štyroch ľudí z desiatich, ktorí vyhľadajú vo vyspelých západných krajinách lekára má stres svoj značný podiel[77].

Pre definíciu stresovej situácie je podstatný pomer medzi mierou stresogénnej situácie schopnosťami, prípadne možnosťami osoby danú situáciu zvládnuť. O stresovej situácii hovoríme iba v tom prípade, že miera intenzity stresu je vyššia než možnosť túto situáciu zvládnuť[78]. Z hľadiska psychológie je

[77]NOVÁK, T.:Jak bojovat se stresem. Praha: Grada. 2004. 139 s.
[78]KŘIVOHLAVÝ, J.: Psychologie zdraví. Praha: Portál. 2001. 279 s.

stres definovaný ako nadmerná záťaž neúnikového druhu, ktorý vedie k trvalej stresovej reakcii, ústiaci do poškodenia tkaniva, k vysokej aktivácii adrenokortikálnych funkcií a psychosomatickým poruchám[79].

Medzi príčiny psychického stresu môžeme zaradiť stresory súvisiace so vzťahmi v rodine, stresory súvisiace s výkonom a prácou, so životným štýlom a životnými podmienkami, stresory súvisiace so zdravím a životom človeka a napokon aj každodenné stresory.

K ľuďom, ktorí sú z hľadiska profesie najviac ohrození stresom patria zdravotnícki pracovníci, pričom jedno z najohrozenejších oddelení je práve oddelenie, kde je venovaná starostlivosť zomierajúcim (paliatívne oddelenie alebo hospic). Práve v tejto oblasti zdravotníctva existuje množstvo stresorov negatívne vplývajúcich na človeka, medzi ktorými dominujú nasledovné:

- Psychická náročnosť práce zdravotníkov vyplývajúca z utrpenia a zomierania pacientov.
- Fyzická náročnosť práce sestier a sanitárov (dvíhanie pacienta, polohovanie a pod.).
- Vysoká miera zodpovednosti v procese rozhodovania sa lekára v zmysle preskripcie adekvátnej paliatívnej liečby pacienta, mnohokrát sprevádzaná snahou príbuzných dosiahnuť také liečebné postupy, ktoré nie sú v súlade s poskytovaním paliatívnej medicíny a spôsobujú zníženie kvality života pacienta, prípadne až dystanáziu.
- Nedostatok sestier i lekárov a z toho vyplývajúca preťaženosť zdravotníkov a vysoká miera časového stresu.
- Intenzívny a permanentný kontakt s ľuďmi, ktorých môžeme považovať z hľadiska komunikácie za náročných a rizikových klientov (pacient, príbuzní, pozostalí).

[79]HARTL, P., HARTLOVÁ, H.: Psychologický slovník. Praha: Portál. 2000. 774 s

- Nedostatok moderných zdravotníckych pomôcok, ktoré by napomáhali a zjednodušovali prácu sestry (elektrické polohovacie postele, antidekubitné matrace a pod.).
- Neúnosné zaťažovanie zdravotníkov administratívnymi činnosťami.
- Nočné služby, ktoré nekorešpondujú s prirodzeným biorytmom človeka.
- Nedostatočné finančné ohodnotenie.
- Nemožnosť vybrať si dovolenku na dostatočne dlhú dobu, prípadne v čase, ktorý je pre pracovníka ideálny, z dôvodu nedostatku personálu.
- Ohováranie a konflikty s kolegami, prípadne s nadriadenými.

Prejavy stresu sa rôznia, pričom môžu vystupovať v rovine fyziologickej, psychickej alebo behaviorálnej. Medzi najzávažnejšie dôsledky stresu v oblasti paliatívnej starostlivosti patria tieto aspekty:
- zdravotník stráca pocit uspokojenia zo svojej práce a tým pádom je pre neho jeho povolanie nezaujímavé.
- venuje menej času pacientovi, nechce komunikovať s príbuznými a viac sa zaoberá administratívnymi záležitosťami.
- zdravotník začne o sebe pochybovať, keďže evidentne nezvláda svoje povolanie tak, ako by chcel a začne veriť v svoju neschopnosť.

Zvládanie stresu

Problematika zvládania stresu je označovaná termínom „coping“ alebo „stress management“, t.j. riadenie toho diania, ktorým by sa mal nepríjemný a nepriaznivý stav stresu zmeniť. Zvládaním sa rozumie proces riadenia externých aj interných faktorov, ktoré sú človekom v strese hodnotené ako ohrozujúce jeho zdroje. Moderovanie stresu prebieha množstvom rôznych faktorov, medzi ktoré môžeme zaradiť osobnostné charakteristiky ľudí bojujúcich so stresom, štýly a stratégie zvládania, techniky

zvládania, ktoré sa je možné naučiť. Okrem toho sem patrí aj využívanie tzv. vonkajších zdrojov[80].

Hartl a Hartlová (2000) popisujú stress management/coping ako postup, pri ktorom je možné zvládať stres buď zameraním sa na určitý problém, na situáciu, ktorá vznikla a nájdenie spôsobu, ako ju zmeniť, alebo sa jej nabudúce vyhnúť, alebo zameraním sa na upokojenie emócií, ktoré vyvoláva stresová situácia aj keď k zmene samotnej situácie nedochádza (napr. relaxácia). Rozlišujeme adaptívne a neadaptívne stratégie zvládania stresu. Medzi adaptívne stratégie zvládanie stresu radíme behaviorálnu stratégiu (relaxácia, šport), kognitívnu stratégiu (prehodnotenie situácie) a rozptyľujúcu stratégiu (konanie iných príjemných činností). Pokiaľ ide o neadaptívne zvládanie stresu najčastejším príkladom sú konfrontačné spôsoby riešenia následkov stresovej situácie agresiou, neúmerným riskovaním, prípadne uzavretím sa do seba a trápením sa (ruminačná stratégia) alebo v prípade vyhýbavej stratégie opíjaním sa, hazardovaním a pod.

Schopnosť zvládať stres je veľmi dôležitá aj z hľadiska prevencie vzniku syndrómu vyhorenia (burn out).

Prevencia negatívneho stresu (distresu) u zdravotníkov

Podstatne jednoduchšie než zvládať dopad stresovej situácie na človeka, ktorá pri nezvládnutí môže spôsobiť rôzne negatívne dôsledky ako je napríklad syndróm vyhorenia, prípadne psychosomatické ochorenie, je pôsobiť preventívne. Prevencia spočíva predovšetkým v uvedomovaní si a cielenom riadení svojho životného štýlu, s cieľom eliminovať stresory a zvyšovať množstvo salutorov minimálne k dosiahnutiu ich vyváženého stavu.

V rámci prevencie stresu u zdravotníckych pracovníkov v hospicovej a paliatívnej starostlivosti je potrebné vymedziť tieto opatrenia, aktivity a charakteristiky:

[80]KŘIVOHLAVÝ, J.: Psychologie zdraví. Praha: Portál. 2001. 279 s.

- Pri štúdiu ľudí, ktorí úspešne zvládajú životné problémy, sa vo viacerých výskumoch objavujú aj konkrétne **osobnostné charakteristiky**, ktoré týmto ľuďom v boji s ťažkosťami výrazne pomáhajú. Ide o subjektívnu predstavu vlastnej schopnosti kontrolovať – riadiť – priebeh diania, v ktorom sa daná osoba nachádza, životný optimizmus, zmysluplnosť života a zmysel pre humor, kladné sebahodnotenie, sebadôvera a svedomitosť[81].
- Ak sa človek dostane do záťažovej situácie je dôležité, aby mal okolo seba ľudí ochotných mu pomôcť, poradiť mu, alebo ho iba vypočuť. Hovoríme o potrebe **sociálnej opory.**
- **Časový management – schopnosť efektívneho plánovania** je veľmi podstatnou preventívnou aktivitou, ktorá bráni vzniku stresu, pričom plánovať treba aj vzhľadom k biorytmu človeka, k zadeleniu úloh podľa náročnosti, naplánovania si dostatku voľného času a pod.
- V pracovnom procese, ale aj v rodinnom živote je podstatnou aj **schopnosť a ochota delegovať** niektoré úlohy na iných ľudí bez pocitu viny, že som to mal zvládnuť sám. Človek musí byť schopný adekvátne ohodnotiť vlastné fyzické a psychické sily a uvedomiť si, že všetci sme nahraditeľní.
- Nie je dobré sústrediť sa príliš na detaily – **nebyť puntičkárom.**
- Snažiť sa o vytvorenie **príjemného pracovného prostredia.**
- Nezabúdať na svoje **záujmy a koníčky.**
- **Nepokračovať v rovnakej, resp. podobnej činnosti** po návrate z práce (ak človek pracuje v zamestnaní fyzicky, je potrebné venovať sa po návrate práce skôr duševnej činnosti a naopak).
- Vedieť **relaxovať.**
- Treba byť **vyrovnaný so smrťou** a akceptovať vlastnú konečnosť

[81]KŘIVOHLAVÝ, J.: Psychologie zdraví. Praha: Portál. 2001. 279 s.

- Zdravotník by mal mať tréning v **komunikačných zručnostiach**, aby vedel správne a efektívne reagovať.
- Veľmi dôležitý je aj dostatok odpočinku a kvalitný nočný **spánok.**
- Preventívne pôsobí aj **psychologická starostlivosť o členov zdravotníckeho tímu,** ktorá sa nezaobíde bez poradenskej činnosti, prípadne krízovej intervencie, ak to pracovník z nejakého dôvodu potrebuje. Nemalým prínosom sú aj informácie o syndróme vyhorenia, prípadne jeho odhalenie a následné riešenie.
- **Supervízia** je účinný spôsob ako zlepšiť individuálne komunikačné zručnosti a zlepšiť terapeutické výsledky. Supervízia poskytuje príležitosť zamyslieť sa nad problémami interakcií v klinickom prostredí a rozvíjať interpersonálne zručnosti a náhľad do týchto interakcií
- Je dobré, ak sú zdravotnícki pracovníci **vyberaní pohovormi, kde sa k uchádzačom vyjadruje aj psychológ.** V niektorých hospicoch prechádzajú budúci pracovníci psychodiagnostikou. Môžeme to zaradiť tiež medzi jednu z preventívnych aktivít, pretože predpokladáme, že výberom neprejdú tí zdravotníci, ktorým by to mohlo v budúcnosti uškodiť.

Záver

Práca v hospicovej a paliatívnej starostlivosti patrí medzi najzáťažovejšie v rámci zdravotníckej profesie. Je preto potrebné venovať pozornosť vzdelávaniu zdravotníkov zameranom aj na zachovanie ich vlastného psychického i fyzického zdravia.

Literatúra:

HARTL, P., HARTLOVÁ, H.: Psychologický slovník. Praha: Portál. 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
NOVÁK, T.:Jak bojovat se stresem. Praha: Grada. 2004. 139 s. ISBN 80-247-0695-4.
KŘIVOHLAVÝ, J.: Psychologie zdraví. Praha: Portál. 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.

Kontakt:

Doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobríková, PhD.et. PhD.
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita
Univerzitné námestie 1, 918 43 Trnava
dobrikp@gmail.com

Umírání, smrt a pohřební rituály očima současného člověka

Dorková Zlatica, Preissová Krejčí Andrea, Cichá Martina

Abstrakt: Cílem příspěvku je poukázat na problematiku umírání, smrti a pohřebních rituálů očima současného člověka. Na základě teoretických východisek, sesbíraných dat a zjištěných skutečností analyzujeme v příspěvku přístup k umírání, smrti a pohřebním rituálům v dnešní moderní době s cílem postihnout jejich sociokulturní perspektivu. V příspěvku uvádíme výsledky z českého a mexického výzkumného šetření.
Klíčová slova: Hospicová péče, Pohřební rituály, Smrt, Umírání**.**

Dying, death and burial rituals eyes contemporary man

Abstract: The aim of this contribution is to highlight the issue of dying, death and funeral rituals through the eyes of contemporary man. Based on theoretical resources, collected data and findings, we analyze approach to dying, death and funeral rituals in these modern times in order to capture their socio-cultural perspective. In this contribution, we present the results from the Czech and Mexican research.
Key words: Hospice care, Funeral rituals, Death, Dying.

Úvod

Problematika umírání, smrti a pohřebních rituálů je v moderní době velmi aktuální a úzce souvisí se změnou hodnotového systému v naší společnosti. „Současná antropologie nahlíží na člověka jako na mnohodimenzionální entitu. Znamená to, že člověk má biologickou, psychickou, sociální, kulturní a duchovní dimenzi[82]. Když přijmeme tuto teorii, musíme také přijmout názor, že když bude na člověka něco působit, tak to bude mít odezvu ve všech jeho dimenzích. Když tedy bude umírat člověk,

[82]Uvedený model nebyl od začátku stejný, ale vyvíjel se v souvislosti s tím, jak probíhala humanizace věd.

jako osoba - soběstačný celek, ve kterém něco nefunguje, odrazí se to na funkci psychiky, na duchovní podstatě člověka a také v jeho sociálním prostředí. Pacovský, lékař, vidí člověka v dialektické jednotě všech jeho stránek, především biologické, psychické a sociální. Platí to o celém lidském životě i o lidské smrti. Princip takto chápané jednoty člověka je etickou zárukou, že nevznikne odlidštěná medicína, odlidštěná nemoc, odlidštěná smrt[83], tedy „odlidštěná společnost". Člověk má kromě materiální podstaty i svůj transcendentální rozměr, tj. člověk nežije ve vzduchoprázdnu, ale je obklopen určitým společenstvím"[84]. Sociální a kulturní složku člověka je potřebné v souvislosti s umíráním, smrtí a pohřebními rituály zdůraznit, neboť sehrávají v poslední etapě života člověka důležitou roli.

Vlastní text

Zabývat se otázkou umírání je nutnou podmínkou pro zvládnutí tohoto nesnadného fenoménu. „Umírání je proces, který má různou délku i podobu, každý ho různě prožívá, je individuální, tj. každý umírá „svou smrtí". Umírání můžeme charakterizovat jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti individua[85]. I když se v současnosti neustále diskutuje o umírání a smrti a hledají se způsoby, jak tyto situace zvládnout, přesto můžeme říci, že:

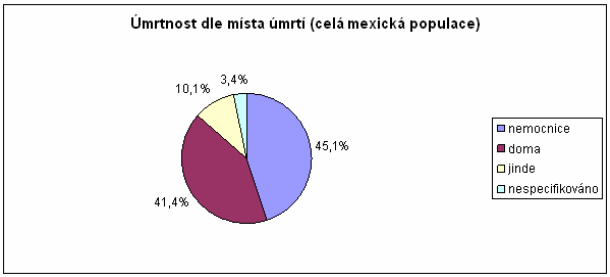
- každý druhý člověk dnes umírá ve zdravotnickém zařízení, tedy v cizím prostředí,
- bojíme se o těchto tématech otevřeně mluvit, tato témata jsou tabuizovaná,
- pohřební rituály jsou formální a lidé je ze života vytěsňují"[86].

[83]BRABEC, L.: *Křesťanská thanatologie.* Praha : GEMMA89, 1991. s. 6. ISBN 80-852206-06-4.
[84]DORKOVÁ, Z.: *Pohřební rituály v moderní době a jejich sociokulturní perspektiva.* (Disertační práce). Olomouc : Univerzita Palackého, Fakulta pedagogická, 2008. s. 6 – 7.
[85]Jde o lékařskou definici, tj. pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu.
[86]DORKOVÁ, Z.: *Pohřební rituály v moderní době a jejich sociokulturní perspektiva.* (Disertační práce), 2008, s. 27.

Ten, kdo pracuje v hospicových zařízeních, si musí uvědomit, co umírající potřebují, tj. jaká jsou jejich přání. Tato přání blíže popisuje Student ve své knize Sociální práce v hospici a paliativní péči. Výše uvedený autor uvádí, že nejnaléhavější a nejdůležitější přání umírajícího člověka se dotýká sociálního rozměru existence a zní: „Nechtěl být zemřít osamocen". Z toho vyplývá, že člověk chce zemřít v důvěrném prostředí, nejlépe doma a v kruhu svých nejbližších[87]. Jaká je však skutečnost? Když se podíváme na statistiku zemřelých podle místa úmrtí, zjistíme, že opak je pravdou. Konkrétně, v České republice v roce 2010 zemřelo 74 % osob v léčebném či sociálním zařízení a pouze 20 % osob doma. Statistiky místa úmrtí se meziročně mění jen málo. Z hlediska pohlaví je charakteristické, že muži mají vyšší podíl úmrtí na ulici či jiném veřejném místě, ženy naopak v sociálním zařízení[88] (viz Tabulka č. 1).

Tabulka č. 1: Zemřelí podle místa úmrtí

Graf č. 1: Zemřelí podle místa úmrtí (celá v roce 2010 v České republice mexická populace)



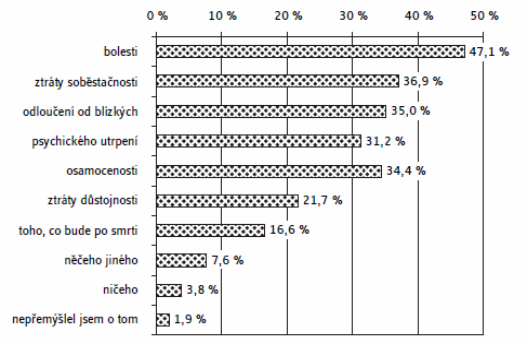
[87]STUDENT, J. CH. et al.: *Sociální práce v hospici a paliativní péče.* Jinočany : H § H Vyšehradská, 2006. s. 36-37. ISBN 80-7319-059-1.
[88]*Zemřelí 2010.* Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011. s. 12. ISSN 1210-9967. ISBN 978-80-7280-925-7.

Místo úmrtí	Absolutně			V %		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
Doma	11 981	9 810	21 791	22,1	18,6	20,4
V nemocnici	31 740	31 198	62 938	58,6	59,2	58,9
V léčebném ústavu	4 327	5 380	9 707	8,0	10,2	9,1
Na ulici či veřejném místě	1 872	550	2 422	3,5	1,1	2,2
Při převozu	337	177	514	0,6	0,3	0,5
V sociálním zařízení	1 755	4 412	6 167	3,2	8,4	5,8
Ostatní	2 138	1 167	3 305	4,0	2,2	3,1
Celkem	**54 150**	**52 694**	**106 844**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Výše uvedené výsledky srovnáváme s výsledky z Mexika. V grafu č. 1[89] nalezneme nejčastější místo úmrtí z celonárodního statistického úřadu. Mírně převažuje také v Mexiku úmrtí v nemocnici nad úmrtím v domácím prostředí, ovšem smrti doma se dočká téměř 41,4 % lidí[90].

O tom, že pro lidi všech věkových kategorií je důležité, aby zemřeli v kruhu svých rodin svědčí i tato slova jedné ženy kmetského věku: „Smrti se nebojím, ale nerada bych umírala mezi cizími lidmi“. Důkazem tohoto faktu jsou také výsledky anketního šetření o stavu péče o nevyléčitelně nemocné a umírající z pohledu studentů[91]. Na obavy, které jsou spojeny s umíráním, poukazuje graf č. 2[92].

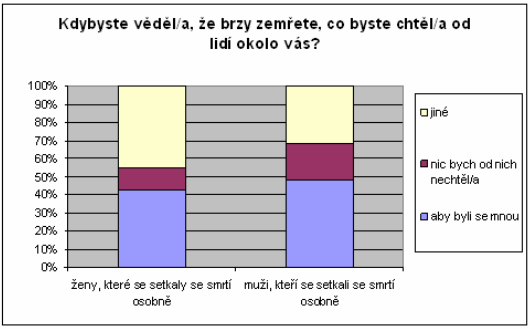
[89]*Mortalidad 2001.* SECRETARÍA DE SALUD [online], 2002, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. México, D. F. Dostupné z: <http://www.salud.gob.mx> [cit. 2011-09-07].
[90] PREISSOVÁ-KREJČÍ, A., ERDÖSOVÁ, Z.: *Senioři v Mexiku – výzkumné šetření.* Olomouc : Univerzita Palackého, 2010.
[91] Průměrný věk 19,3 let, medián věku 18 let, věkový rozsah 17-34 let.
[92]*Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky).* Praha : Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. s. 33.



Graf č. 2: Čeho se na umírání nejvíc bojíte Vy sám/sama?

Výsledky poukazují na to, že 34,4 % studentů se bojí osamocenosti, stejně tak odloučení od blízkých lidí (35,0 %). Výsledky jsou opět srovnatelné s výsledky z mexického šetření[93]. Na otázku „Kdybyste věděl/a, že brzy zemřete, co byste chtěl/a od lidí okolo vás?“ odpovědělo 42,6 % žen (které se setkaly se smrtí osobně) a 47,9 % mužů (kteří se setkali se smrtí osobně) odpovědí „Aby byli se mnou“.

Graf č. 3: Kdybyste věděl/a, že brzy zemřete, co byste chtěl/a od lidí okolo vás?



[93]Výzkumný vzorek tvořila vysokoškolská mládež ze středního Mexika.

Můžeme tedy tvrdit, že statistické výsledky (českého či mexického šetření) nám poukazují na fakt, že skutečně dochází ke změně v postojích ke smrti. Preissová Krejčí[94] uvádí, „že v minulosti se lidé s reflexí vlastní smrtelnosti vyrovnávali mnohem lépe nežli dnes. Ačkoli jim v odlehčení mytického prokletí – propadnutí člověka smrti – pomáhali náboženské tradice a víra v posmrtný život, dokázali trauma ze smrti bližního i pocitu vlastní smrtelnosti zdárně kompenzovat například v péči a starostlivosti o umírající nebo zintenzivněním své spirituality. Ve středověké a raně novověké křesťanské Evropě bylo zcela obvyklé, že smrt byla pevně spjata s náboženskými rituály, a umírání bylo veřejnou záležitostí. Bylo nutné, aby umírající byl v hodině smrti usmířen s Bohem i s lidmi. K obvyklému rituálu spjatému s posledními věcmi člověk patřilo poslední pomazání, požehnání (umírající žehnal rodině), loučení a závěť. Příbuzní a známí se snažili zajistit umírajícímu klidný a pokud možno snadný odchod z tohoto světa. Dlouhá agónie byla považována za důsledek prokletí nebo těžkého hříchu. Příbuzní se snažili dlouhému umírání zamezit aplikací různých bylin (odvar z levandule, okuřování durmanem). Lidové pověry pro tuto fázi života nabízely také různé osvědčené prostředky. Obvykle se v blízkosti umírajícího rozvazovaly všechny uzly, které představovaly spojení duše se životem. Někde se umírajícímu kladl na hlavu černý šátek, aby uviděl smrt dříve a skonal tiše. (Černá barva symbolizovala temnotu a zkázu. Zahalení hlavy mělo napomoci tomu, aby se umírající odpoutal od pozemského světa.) Když pak nadešla „poslední hodinka“ umírajícího, kolem jeho lůžka se sešla rodina, přátelé a sousedé. V lidové tradici měla poslední slova umírajícího zcela zvláštní význam. Poslední přání bylo třeba bez výhrad splnit. Bylo obvyklé, aby si člověk určil způsob pohřbení ještě před smrtí. Často i na smrtelné posteli lidé mysleli na to, aby jejich pohřeb příliš finančně nezatížil rodinu,

[94] PREISSOVÁ KREJČÍ, A.: *Smrt a její kompenzace v kultuře.* Olomouc : Hanex, 2011.

starali se o to, aby jejich blízcí nezůstali po jejich odchodu sami, nebo aby nebylo ubližováno osiřelým dětem“[95].

Podíváme-li se na dnešní model umírání, nalezneme diametrální rozdíly. Pro příklad uvedeme moderní model umírání z 90. let 20. století. „Osmdesátnice byla za posledních 15 let pošesté přijata do nemocnice jako naléhavý případ. Pacientka žila posledních sedm let v zařízení dlouhodobé péče, protože rodina se již o ni nebyla schopna starat doma. Pacientka prodělala mnoho menších krvácení do mozku, jeden srdeční infarkt a dva zápaly plic – všechno intenzivně léčili specialisté na oddělení neurologie, kardiologie a infekčních onemocnění. Před poslední nemocí byla pacientčina paměť závažně postižená, a proto již nepoznávala své děti. Protože se její psychická i fyzická kondice rychle zhoršila, byla přijata na jednotku intenzivní péče, kde ji ošetřovali specialisté, kardiologové a neurologové. Tito specialisté viděli pacientku poprvé. O její osobní anamnéze a předchozím životním stylu nevěděli nic. Specialisté hovořili s rodinou, kterou dříve neznali. Ve zdravotnické dokumentaci bylo uvedeno mnoho specifických diagnóz: arterioskleróza mozkových a koronárních tepen, plicní emfyzém, lehké postižení periferních cév a pravděpodobně Alzheimerova nemoc nebo multiinfarktová demence. O stáří nebo o přirozené příčině úmrtí ani zmínky. Konečně po několika dnech strávených na jednotce intenzivní péče došlo u pacientky k srdeční zástavě, ale nebyla resuscitována, protože lékaři a rodina se shodli na postupu DNR (do not resuscitace), neresuscitovat“[96].

Je iluze domnívat se, že smrt v „náručí” profesionálů je „lepší” než smrt v náručí milované osoby. Naopak se potvrzuje, že tato institucionalizace je spojena s dehumanizací umírání a smrti, tedy doslova s odlidštěním či odosobněním této nejobtížnější fáze lidského života. Příkladem je krátký film Dáma a smrt, který

[95] NAVRÁTILOVÁ, A.: *Narození a smrt v české lidové kultuře.* Praha : Vyšehrad, 2004. s. 185-190.
[96] Úryvek z knihy *„Od narození do smrti“*, z kapitoly Moderní technologie a péče o umírajícího od R. E. CRANFORDA. Dostupné z: <http://hospic.webpark.cz/smrt.htm> [26.11.2007].

získal ocenění španělských Goya Awards v kategorii nejlepší krátký animovaný film a nominaci na Ceny Akademi (Oskar). Film poukazuje na to, jak stará dáma na sklonku života už vyhlíží okamžik, kdy se opět setká se svým zesnulým mužem. Její původně poklidný odchod na onen svět ale poněkud zkomplikuje egoistický snaživý doktor „superman" a jeho „sexy team sestřiček", kteří nechtějí ženu nechat zemřít…[97].

Pokud mluvíme o sociálním rozměru umírání a smrti, musíme si položit otázku: „Co vše se dá udělat pro člověka, který je postižen tak extrémní ztrátou, jakou je smrt blízkého člověka?" Domníváme se, že zvláštní pozornost je třeba věnovat aktu rozloučení. Dorková[98] „ve své disertační práci píše, že pro následné období truchlení je pro příbuzné velmi důležité fyzické rozloučení se zemřelým a následné pohřbení. Mluvíme o tzv. rituálech smrti a pohřebních rituálech, které se uskutečňují od okamžiku smrti až po konečné uložení pozůstatků zemřelého. Pohřební rituály nejsou určeny jen zemřelému, ale především samotným pozůstalým. V minulosti pomáhaly lidem smířit se s odchodem blízké osoby, ještě jednou s ní alespoň na chvíli navázat kontakt. Těmito rituály dostala smrt své místo a řád, a tak se stala pro lidi snesitelnější. Když se však podíváme na průběh současných pohřebních rituálů, můžeme říci, že se stávají formálnějšími, ztrácejí svůj původní obsah. Pro nás, moderní lidi, se původní komplikované rituály změnily na jednoduchý, krátký obřad v obřadní síni. Je však jisté, že pohřební rituály mají sociální a psychologický význam a slouží jako „překonávací" strategie vůči zneklidňující smrti. Zahrnují smrt do společenství a veřejnosti, tj. že jednotlivý člověk není ponechán sám, a dodávají určitou jistotu prostřednictvím toho, co je v průběhu procesu

[97]*Dáma a smrt.* Dostupné z: <http://www.umirani.cz/filmy.html?filterType=163> [25.9.2011].
[98]DORKOVÁ, Z.: *Pohřební rituály v moderní době a jejich sociokulturní perspektiva.* (Disertační práce), 2008, s. 69.

umírání a smrti třeba učinit. Kromě toho připravují člověka na to, jak má přistupovat k vlastnímu umírání a smrti“[99].

Závěr

Závěrem reflektujeme krátké zamyšlení se nad tím, jak se současný člověk umí či neumí vypořádat se smrtí. Preissová-Krejčí a Faltýnková[100] uvádí: „Smrt jsme vytěsnili z naší kultury. Smrt jsme zavřeli do nemocnic a sanatorií. Smrt jsme vyhnali z domů a bytů. Smrt je tu jen pro slabé, staré a nemocné. Smrt není součástí našich životů! Zakazujeme smrti navštěvovat naše domovy. Smrt nás děsí! Proč? Žijeme v době, kdy se většina příslušníků západní civilizace se smrtelností člověka setká jen nahodile, kdy pohlédneme do tváře mrtvého stěží častěji než jednou či dvakrát za život a přitom jsme dětmi těch, kteří se stali či museli stát masovými vrahy v nejkrvavějších válkách lidstva. Vytěsnili jsme smrt z obyčejných životů jako bychom se tím snažili pojistit si nárok na nesmrtelnost a přesto literatura, umění, filozofie si permanentní přítomnost smrtelného ohrožení každého z nás uvědomuje více než dříve. Mnohé zdravotnické a sociální instituce se v současnosti přímo zasluhují o obnovení zájmu o poslední dny člověka a detabuizaci problematiky umírání a smrti myslí „smrtelně vážně“! Vrací se tak k odkazu mnoha filozofů, kteří v konečnosti lidského údělu viděli v životu vlastní smysl“.

Literatura:

BRABEC, L.: *Křesťanská thanatologie.* Praha : GEMMA89, 1991. 118 s. ISBN 80-852206-06-4.

CRANFORD, R. E. *Moderní technologie a péče o umírajícího.* Dostupné z: <http://hospic.webpark.cz/smrt.htm> [26.11.2007].

DORKOVÁ, Z.: *Pohřební rituály v moderní době a jejich sociokulturní perspektiva.* (Disertační práce). Olomouc : Univerzita Palackého, Fakulta pedagogická. 2008. 237 s.

[99] Blíže viz STUDENT, J. CH. et al.: *Sociální práce v hospici a paliativní péče,* 2006, s. 77-78.

[100] PREISSOVÁ KREJČÍ, A., FALTÝNKOVÁ, J. Smrt, která děsí! In: PREISSOVÁ KREJČÍ, A.: *Smrt a její kompenzace v kultuře.* Olomouc : Hanex, 2011.

PREISSOVÁ-KREJČÍ, A., ERDÖSOVÁ, Z.: *Senioři v Mexiku – výzkumné šetření.* Olomouc : Univerzita Palackého, 2010.
NAVRÁTILOVÁ, A.: *Narození a smrt v české lidové kultuře.* Praha: Vyšehrad, 2004. 416 s. ISBN 80-7021-397-3.
PREISSOVÁ KREJČÍ, A.: *Smrt a její kompenzace v kultuře.* Olomouc : Hanex, 2011. ISBN 978-80-7409-046-2.
STUDENT, J. CH. et al.: *Sociální práce v hospici a paliativní péče.* Jinočany : H § H Vyšehradská, 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1.
Dáma a smrt. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/filmy.html?filterType=163> [25.9.2011].
Mortalidad 2001. SECRETARÍA DE SALUD [online], 2002, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. México, D. F. Dostupné z: <http://www.salud.gob.mx> [cit. 2011-09-07].
Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky). Praha : Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. 101 s. ISBN 80-239-2832-5.
Zemřelí 2010. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011. 106 s. ISSN 1210-9967. ISBN 978-80-7280-925-7.

Kontakt:

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut zdravotnických studií, Ústav aplikovaných společenských věd
Mostní 5139, 776 00 Zlín
dorkova@fhs.utb.cz

Mgr. Andrea Preissová Krejčí, Ph.D.
Filozofická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra sociologie a andragogiky
Třída Svobody 26, 771 47 Olomouc
andrea.krejci@upol.cz

Doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.
Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut zdravotnických studií, Ústav aplikovaných společenských věd
Mostní 5139, 776 00 Zlín
cicha@fhs.utb.cz

Koncepcia hospicovej a paliatívnej starostlivosti na Slovensku

Hudáková Zuzana

Abstrakt: Hospic je holistická filozofia života a umierania, aj program organizačnej starostlivosť. Celé hospicové hnutie vzniklo v čase, keď sa zmenili názory na smrť a umieranie. Koncepcia hospicovej starostlivosti vychádza z úcty k človeku ako jedinečnej a neopakovateľnej bytosti. Hospicová starostlivosť má svoju históriu. Do akej podoby sa ale hospicová starostlivosť vyvinie záleží na miestnych zákonoch, spôsobu financovania a v neposlednom rade na úrovni myslenia ľudí, ktorí o týchto veciach rozhodujú. Iba tam, kde má kvalita života chorého prednosť pred ekonomickým aspektom, sa dá predpokladať, že sa aj hospicová starostlivosť bude ďalej rozvíjať.
National Hospice and Palliative Care Organization zastrešujúca hospicové organizácie USA definuje koncepciu hospicovej starostlivosti: „ *Hospice si kladú za úlohu podporovať a starať sa o ľudí v poslednej fáze nevyliečiteľných chorôb, aby mohli v tomto období žiť s vedomím a spokojne ako je to len možné. Hospice žijú z nádeje a presvedčenia, že môžu svojich pacientov a ich rodiny natoľko duchovne a spirituálne pripraviť na smrť, že sú ochotní ju prijať.* [101]

Kľúčové slova: Koncepcia hospicovej, Paliatívnej starostlivosti, Respitná starostlivosť, Terminálna starostlivosť.

Concept hospice and palliative care in slovakia

Abstract: Hospice is a holistic philosophy of life and death, and organizational care program. The whole hospice movement was established when changed views on death and dying. The concept of hospice care based on respect for human beings as unique and

[101]DOBROVOLNÍK. 2009. In: Dobrovolnik.cz [online]. [cit. 10.02.2010]. <www.dobrovolnik.cz>.

unrepeatable being. Hospice care has its own history. To what form of hospice care is but develops depends on local laws, method of financing and, not least at the level of thinking people who decide these things. Only where the patient quality of life take precedence over the economic aspects, it can be assumed that the hospice care will be further developed. National Hospice and Palliative Care Organization Hospice umbrella organization of the United States defines the concept of hospice care: "Hospice has the task of supporting and caring for people in the last phase of incurable diseases so that they can live in this period with the knowledge and happily as possible. Hospice live in hope and belief that they can of their patients and their families so spiritual and spiritually prepare for death, they are willing to accept it.

Key words: Concept of hospice, Palliative care, Respite care, Care terminal.

Úvod

Myšlienka hospicov vychádza z úcty k životu, k človeku ako jedinečnej a neopakovateľnej bytosti. Hospic preto definujeme ako *„typ starostlivosti a filozofiu starostlivosti, ktorá sa zameriava na zmiernenie symptómov nevyliečiteľne chorých pacientov. Tieto príznaky môžu byť fyzické, emocionálne, duchovné alebo sociálne*.“[102]

Po celom svete sa zaužíval názov „*paliative care*“, ktorý od roku 1990 používa i Svetová zdravotnícka organizácia. Hospicová starostlivosť sa definuje ako „*paliatívna starostlivosť poskytovaná pacientom s nevyliečiteľným ochorením a zomierajúcim pacientom hospicom ako samostatným zdravotníckym zariadení*.“[103]

Hospic a paliatívna starostlivosť

[102]FRANKL, V. 2010. [online]. [cit.27-01-2010]. Dostupné na http://cs.wikipedia.org/wiki/Viktor_Frankl

[103]Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína. 17463/OZS, 2006, s. 2. [online]. [cit. 28.02.2010]. www.hospice.sk

Hospic poskytuje paliatívnu starostlivosť najmä chorým s pokročilým ochorením v jeho terminálnej fáze a tesne pred smrťou a zväčša nevykonáva liečbu zameranú proti progresii ochorenia (protinádorovú chemoterapiu, rádioterapiu a pod.). Paliatívnu starostlivosť poskytovanú hospicmi označujeme ako hospicovú starostlivosť. Zahŕňa všetky prvky paliatívnej starostlivosti: paliatívnu medicínu, ošetrovateľskú, psychologickú, spirituálnu, respitnú a terminálnu starostlivosť, ako aj starostlivosť o pozostalých. Môže sa poskytovať formou ústavnou i ambulantnou.[104]

V roku 2002 Svetová zdravotnícka organizácia definovala paliatívnu starostlivosť: „Paliatívna starostlivosť sa chápe ako prístup zlepšujúci kvalitu života pacientov a ich rodiny, ktorí čelia problému spojenému so životom ohrozujúcou chorobou cez prevenciu a úľavu utrpenia prostredníctvom zhodnotenia a liečby bolesti a iných problémov fyzických, psychosociálnych a duchovných“.[105] Svetová zdravotnícka organizácia uprednostnila termín paliatívna starostlivosť a paliatívne oddelenie pred pojmom hospicová starostlivosť a hospic, nakoľko v hospicoch sa uplatňuje paliatívna t.j. zmierňujúca liečba. [106]

„Paliatívna starostlivosť predstavuje osobitný druh zdravotnej ale aj sociálnej starostlivosti. Jej cieľom nie je len zmiernenie bolesti, či stabilizácia zdravotného stavu, ale ide tu najmä o zlepšenie možnej kvality života klienta až do jeho smrti, kde veľkú rolu zohráva humánny „etický“ prístup. Zahŕňa v sebe nielen podporu, ale i pomoc klientovi a jeho rodine“.[107]

---

[104]Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína. 17463/OZS, 2006, s. 2. [online]. [cit. 28.02.2010]. www.hospice.sk

[105]FRANKL, V. 2010. [online]. [cit.27-01-2010]. Dostupné na http://cs.wikipedia.org/wiki/Viktor_Frankl

[106]DOBRÍKOVÁ-PORUBČANOVÁ, P. et al.: *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti, Význam paliatívnej starostlivosti.* Trnava, Spolok Svätého Vojtecha, 2005. s. 28.

[107]LACA, S.: *Paliatívna a hospicová starostlivosť ako súčasť etiky života,* In: Zborník príspevkov vedeckej medzinárodnej konferencie – Aplikovaná etika v sociálnej práci, Piešťany : VŠZaSP, 2010, s. 67.

Koncepcia hospicovej a paliatívnej starostlivosti

Podľa Saundersovej (2010)[108] je hospic „*holistická filozofia života a umierania, aj program organizačnej starostlivosti*". Celé hospicové hnutie vzniklo v čase, keď sa zmenili názory na smrť a umieranie. V čase, keď vznikol sociálny problém: odosobnenie (depersonalizácia) starostlivosti o terminálne chorých a existujúci zdravotnícky systém zlyhal v starostlivosti o zomierajúcich.

Hospice sú systém zdravotnej a sociálnej starostlivosti zabezpečujúci koordinovaný program na domácej, ambulantnej i hospitalizačnej báze – pričom dôraz je kladený na pacienta a rodinu viac ako na chorobu. Interdisciplinárny tím tu zabezpečuje podpornú a paliatívnu liečbu - fyzikálnych, psychologických, duchovných, sociálnych a ekonomických stresov, ktoré vo finálnom štádiu trápia umierajúcich i pozostalých. [109]

Ciele a znaky hospicovej starostlivosti

Andrášiová[110](2002) vymedzuje cieľ hospicovej starostlivosti ako paliáciu, alebo zabezpečenie komfortu, spokojnosti a pohodlia pre pacienta. Predpokladom toho je, že osobnosť pacienta nebude deformovaná a degradovaná stratou súkromia, sociálnou izoláciou, liekmi, liečbou, technikou a okolím. Tento holistický bio-psycho-sociálny model akceptuje všetky potreby pacienta, nielen biologické ako tradičná medicína. Hospicová starostlivosť sa snaží napĺňať všetky prítomné potreby pacienta a jeho rodiny.[111]

Student a kol. (2006)[112] uvádza, že myšlienka hospicu má niekoľko znakov:

---

[108]SAUNDERS, C.: [online]. [cit. 04-01-2010]. Dostupné na: http://en.wikipedia.org/wiki/Cicely_Saunders

[109]DOBRÍKOVÁ-PORUBČANOVÁ, P. et al.: *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti, Význam paliatívnej starostlivosti.* Trnava : Spolok Svätého Vojtecha, 2005. s. 128

[110]ANDRÁŠIOVÁ, M.- BODNÁR, O. M.- GAJDOVÁ, M.- KRIŽANOVÁ: *Hospic a paliatívna starostlivosť- príručka pre dobrovoľníkov*. 1. vyd. Bratislava, Oto Németh, 2002. s.54.

[111]KASANOVÁ, A.: Až za hranice života. *Hospicová a paliatívna starostlivosť v komplexe zdravotného a sociálneho systému*. Nitra : 2009. s.62.

[112]STUDENT, J.Ch a kol.: *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha 2006. s. 61.

- Umierajúci človek a jeho blízki stoja v centre hospicovej služby.
- Klienti majú k dispozícii interdisciplinárny tím.
- Zapojenie dobrovoľníkov.
- Dobré vedomosti a schopnosť diagnostikovať symptómy ako sú bolesť, problémy s dýchaním, trávením – nevoľnosť, zvracanie.
- Kontinuita starostlivosti.

Koncepcia hospicovej starostlivosti je obsiahnutá práve v týchto znakoch, spoločných všetkým hospicom:

Čl. 1 **Umierajúci človek a jeho blízky stoja v centre hospicovej služby**, tzn. že situáciu môžu kontrolovať priamo tí, ktorých sa týka. V tom sa hospic zásadne odlišuje od bežných zdravotníckych inštitúcií, kde sa pracuje skôr podľa predstáv o chorobe či terapeutických konceptov. Do starostlivosti sú zahrnutí i rodinní príslušníci, pretože často trpia viac ako samotní umierajúci. Zohľadniť to, znamená priznať dôstojnosť umierajúcemu a jeho blízkym.

Čl. 2 **Klientov ošetruje medziodborový tím**. Ten pozostáva nielen z medicínskeho personálu, ale zahŕňa aj ďalšie obory, najmä sociálnych pracovníkov a duchovných, ale tiež napr. právnikov. To preto, že umieranie je krízová fáza života, často spojená s chorobou, ktorú vie zvládnuť iba dobre vybavený tím. Členovia tímu sa majú navzájom podporovať tak, aby napomáhali vnútornému rastu všetkých členov tímu a zabránili tzv. syndrómu vyhorenia.

Čl. 3 **Zapojenie dobrovoľníkov** – týchto „neplatených“ asistentov hospic nevyužíva iba na núdzové práce. Majú samostatnú úlohu pri každodennom sprevádzaní, k čomu patrí sedieť pri lôžku chorého, načúvať, hovoriť, obstarať nákup a byť mu „po ruke“. Sú školení k tomu, aby dokázali „pozerať do tváre smrti a smútku“, ktoré sa ale nemá stať bežnou rutinou.

Čl. 4 **Dobré vedomosti a schopnosť diagnostikovať príznaky** – v hospici ide o liečbu bolesti, pričom nemenej dôležité je ošetrovanie ďalších prekážok spojených s umieraním,

ako sú ťažkosti pri dýchaní, pri trávení, nevoľnosť, zvracanie – celý okruh ktorý predstavuje paliatívna medicína.

Čl. 5 **Kontinuitná starostlivosť** o paliatívnych pacientov predovšetkým znamená, že hospicová služba musí byť dostupná v krátkom čase. Pacient nesmie v telesnej a duchovnej kríze čakať, alebo byť krátko pred smrťou poslaný do nemocnice. Kontinuita starostlivosti obsahuje aj ďalší aspekt v tom, že starostlivosť o rodinu nekončí smrťou dotyčného človeka. Člen tímu udržiava kontakty s rodinou a zostáva im k dispozícii aj v čase žiaľu, čím prispieva k tomu, že pozostalí prežijú dobu po smrti svojho blízkeho bez duševnej a telesnej ujmy.

Právna úprava hospicovej starostlivosti v SR

Strategickým dokumentom na medzinárodnej úrovni v oblasti hospicovej starostlivosti je *Odporúčanie rady Európy č. 1418/1999* o ochrane práv a dôstojnosti nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich. V ňom požaduje, aby bola paliatívna starostlivosť integrálnou súčasťou systému zdravotnej starostlivosti a neoodeliteľným prvkom občianskych práv. Práva nevyliečiteľne chorých sú rozdelené do troch skupín:

1. právo na komplexnú paliatívnu starostlivosť,
2. právo na sebaurčenie a slobodné rozhodovanie,
3. právo na život a ochranu proti úmyselnému usmrteniu.

Prvým zákonom upravujúcim starostlivosť o nevyliečiteľne chorých bol zákon NR SR **č.** *277/1994 Z. z.*, no termín hospic bol po prvý raz použitý až v zákone *č. 80/2000 Z. z.*

Dokument Štátna politika zdravia v SR

V novembri 2000 schválila vláda SR uznesením č. 910 dokument vytvárajúci podmienky pre rozvoj a skvalitnenie paliatívnej starostlivosti vrátane činnosti hospicov - Štátna politika zdravia v SR. Tento dokument formuluje dlhodobé ako aj krátkodobé ciele, stratégie a priority štátu zamerané na podporu, ochranu, zabezpečenie a zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva a na poskytovanie zdravotnej starostlivosti občanom. Tvorí politický, ekonomický a organizačný rámec aktivít zameraných na podporu zdravia, zdravý životný štýl,

zlepšenie životného a pracovného prostredia a vyššiu účinnosť a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, s obmedzením negatívnych dôsledkov chorôb.[113]

Z 11 priorít Štátnej politiky zdravia v SR je prioritou č. 5 - Rozvoj paliatívnej starostlivosti a zdravotníckej etiky, v rámci ktorej sú vytýčené nasledovné ciele:

•vytvárať podmienky pre rozvoj a skvalitnenie paliatívnej starostlivosti vrátane činnosti hospicov

•dobudovať sieť oddelení pre dlhodobo chorých v zdravotníckych zariadeniach

•vytvárať podmienky pre rozšírenie činnosti Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti - ADOS, rozvinúť činnosť komunitného ošetrovateľstva a dobrovoľníckych zdravotníckych aktivít

•rešpektovať právo pacienta - poistenca na ohľaduplnú odbornú zdravotnú starostlivosť a primerané informácie o svojom zdravotnom

stave, o diagnostických a terapeutických úkonoch, ako i právo spolurozhodovať o ďalšom postupe

• iniciovať a podporiť vznik združení a svojpomocných skupín pacientov

•vytvárať podmienky pre elimináciu tieňovej ekonomiky v zdravotníctve.[114]

Koncepcia paliatívnej starostlivosti v Slovenskej republike

Jedinou právnou normou v Slovenskej republike, ktorá upravuje zriadenie a činnosť hospicov a ostatných zdravotníckych zariadení poskytujúcich paliatívnu starostlivosť je Koncepcia paliatívnej starostlivosti vydaná Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky. Obsahuje definície základných pojmov, formy ústavnej a ambulantnej starostlivosti, rámec siete pracovísk, minimálne personálne obsadenie,

[113]KASANOVÁ, A.: Až za hranice života. *Starostlivosť o zomierajúcich.* Nitra : 2009. s. 66.

[114]Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína. 17463/OZS, 2006, s. 2. [online]. [cit. 28.02.2010]. www.hospice.sk

optimálny počet lôžok pri ústavnej forme a ďalšie praktické informácie pre budúcich zriaďovateľov tohto typu zdravotnej starostlivosti o nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich.

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písmeno a) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona 350/2005 Z.z. vydalo *Koncepciu zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti* z 19.6.2006, v ktorej sa uvádza: Paliatívna medicína je špecializačný odbor, ktorý sa zaoberá diagnostikou a liečbou pacientov s chronickou nevyliečiteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním. Cieľom paliatívnej medicíny je udržanie najvyššej možnej kvality života pacienta až do jeho smrti po všetkých stránkach jeho osobnosti. Súčasne ale aj poskytovať pomoc príbuzným, blízkym osobám pacienta na zvládnutie problémov počas jeho choroby a aj po jeho smrti.

Paliatívna starostlivosť sa môže poskytovať formou ústavnou i ambulantnou (tzv. mobilným hospicom). Súčasťou ústavnej paliatívnej starostlivosti je **respitná starostlivosť** t.j. stimulujúca zmena prostredia umožňujúca vzájomnú podporu a spoluprácu osôb zainteresovaných do starostlivosti o pacienta, samotného pacienta a jeho rodiny s cieľom eliminovať dôsledky psychosociálnej záťaže súvisiacej s poskytovanou starostlivosťou. Súčasťou paliatívnej starostlivosti je aj **terminálna starostlivosť**, ktorá predstavuje starostlivosť o pacienta v posledných dňoch a hodinách pred úmrtím.

Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť je komplexná ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná sestrami s odbornou spôsobilosťou a je zameraná hlavne na manažment a uspokojovanie potrieb pacienta. Pri práci hospicov sú potrební aj *dobrovoľníci*. Vykonávajú doplnkové a vedľajšie činnosti technického alebo kultúrneho charakteru s cieľom psychosociálnej podpory zdravotníckych pracovníkov, pacientov,

alebo ich rodín a na aktivitách získavajúcich finančné zdroje pre oddelenie paliatívnej medicíny alebo hospic.[115]

Interdisciplinárny hospicový tím

Moderná paliatívna liečba nie je možná bez interdisciplinárnej spolupráce. Vzhľadom ku komplexným problémom ťažko chorých onkologických pacientov je nevyhnutná spolupráca aj s inými než lekárskymi profesiami ako sú: sociálny pracovník, psychológ, duchovný, vzdelaní a pripravení dobrovoľníci.[116]

Zloženie multidisciplinárneho tímu:

- lekári,
- sestry a zdravotní asistenti,
- sociálny pracovník, psychológ,
- fyzioterapeut,
- nutričný špecialista,
- pastoračný pracovník, duchovný.

Student a kol.[117] (2006) uvádza, že multidisciplinárny tím patrí medzi znaky kvality hospicovej ponuky a spoločne pracuje, aby vyhovel fyziologickým, psychologickým, sociálnym, spirituálnym a ekonomickým potrebám pacientov a ich rodín. Preto je nevyhnutné príslušné vzdelanie a ďalšie doškoľovanie podľa nariadenia vlády SR č. 156/2002 o odbornej spôsobilosti pracovníkov v zdravotníctve a č. 157/2002 o ďalšom vzdelávaní pracovníkov v zdravotníctve. Podľa koncepcie paliatívnej starostlivosti sa predpokladá zaradenie paliatívnej starostlivosti do tematického celku vzdelávania na lekárskych fakultách, fakultách zdravotníctva a sociálnej práce a stredných zdravotníckych školách Koncepcia ďalej odporúča zaviesť

[115]KASANOVÁ, A.: Až za hranice života. *Hospicová a paliatívna starostlivosť v komplexe zdravotného a sociálneho systému*. Nitra : 2009. s.67-69.
[116]VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y., a kol.: *Paliativní medicína*, 2. vydání, Grada Publishing,
[117] STUDENT, J.Ch a kol.:. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha : 2006. s. 61.

špecializovaný nadstavbový odbor paliatívna medicína (starostlivosť) v kategórii lekár (sestra).[118]

Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti[119] (2006) vymedzuje **indikácie na hospitalizáciu na oddelení paliatívnej starostlivosti alebo priatie v hospici:**

- onkologický pacient s nevyliečiteľným, aktívne progredujúcim nádorovým ochorením,
- pacient s progredujúcim neurodegeneratívnym, demyelinizačným ochorením a pacient s progredujúcou neuromuskulárnou dystrofiou,
- pacient s chronickou obštrukčnou bronchopulmonálnou chorobou v terminálnom štádiu,
- pacient s chronickou renálnou insuficienciou v terminálnom štádiu, aj v chronickom intermitentnom dialyzačnom programe,
- pacient v perzistentnom vegetatívnom stave (po kraniocerebrálnom poranení, kardiopulmonálnej resuscitácii),
- pacient so závažnými bolesťami neonkologického pôvodu, ktorého nemožno nastaviť na analgetickú liečbu ambulantne.

Do hospicovej starostlivosti bývajú prednostne prijímaní ľudia, u ktorých je prognóza dožitia obmedzená na týždne, alebo niekoľko mesiacov. Kritériá väčšinou vylučujú pacientov s dlhodobým ochorením vedúcim k smrti. [120]

Záver

V súčasnosti sa umieranie stále viac vzďaľuje verejnosti. Naša kultúra zašla tak ďaleko, že sa pokúša utajiť blízku smrť pred samotným umierajúcim, akoby nebol dosť zrelý na prežitie svojho vlastného umierania. Táto infantilizácia smrteľne chorého

[118]KASANOVÁ, A.: Až za hranice života. *Starostlivosť o zomierajúcich.* Nitra : 2009. s. 71.
[119] Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína. 17463/OZS, 2006, [online]. [cit. 28.02.2010]. www.hospice.sk
[120]MARKOVÁ, M.: *Sestra a pacient v paliativní péči*, 1. vydání, Grada Publishing, 2010. s. 128.

človeka ho pritom oberá o jeho vlastnú dôstojnosť. Tam, kde nie je miesto pre umieranie, nie je miesto ani pre život. Hospicové hnutie sa chce vyhnúť inštitucionalizácii, ide skôr o myšlienku a koncepciu primeraného prístupu k umieraniu, smrti a smútku. Cieľom a všeobecne prijímanou úlohou hospicového hnutia je sprevádzať tieto osoby na poslednom úseku ich života, a to bez ohľadu na náboženstvo, svetonázor alebo druh ochorenia.

Lliteratúr:

ANDRÁŠIOVÁ, M.- BODNÁR, O. M.- GAJDOVÁ, M.- KRIŽANOVÁ. 2002. *Hospic* a *paliatívna starostlivosť- príručka pre dobrovoľníkov.* 1. vyd. Bratislava, Oto Németh, 2002. s.54 ISBN 80-968416-0-2.

DOBRÍKOVÁ-PORUBČANOVÁ, P. et al. 2005. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti, Význam paliatívnej starostlivosti*. Trnava, Spolok Svätého Vojtecha, 2005. s. 280. ISBN 80-7162-581-7.

DOBROVOLNÍK. 2009. In: Dobrovolnik.cz [online]. [cit. 10.02.2010]. <www.dobrovolnik.cz>.

FRANKL, V. 2010. [online]. [cit.27-01-2010]. Dostupné na http://cs.wikipedia.org/wiki/Viktor_Frankl.

HOSPICE. 2010. [online]. [cit. 18-01-2010]. Dostupné na : http://en.wikipedia.org/wiki/Hospice.

KASANOVÁ, A. 2009 a. Až za hranice života. *Hospicová a paliatívna starostlivosť v komplexe zdravotného a sociálneho systému.* Nitra, 2009. s.79. ISBN 978-80-8094-526-8.

KASANOVÁ, A. 2009 b. Až za hranice života. *Starostlivosť o zomierajúcich.* Nitra, 2009. s.86. ISBN 978-80-8094-527-5.

Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína. 17463/OZS, 2006, s. 2. [online]. [cit. 28.02.2010]. www.hospice.sk

LACA, S.: *Paliatívna a hospicová starostlivosť ako súčasť etiky života,* In: Zborník príspevkov vedeckej medzinárodnej konferencie – Aplikovaná etika v sociálnej práci, Piešťany : VŠZaSP, 2010, 413 s. ISBN 978-80-89271-89-4.

MARKOVÁ, M. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*, 1. vydání, Grada Publishing, 2010. s.128. ISBN: 978-80-247-3171-1.

SAUNDERS, C. 2010. [online]. [cit. 04-01-2010]. Dostupné na: http://en.wikipedia.org/wiki/Cicely_Saunders

STUDENT, J.Ch a kol. 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha 2006. s. 161. ISBN 80-7319-059-1.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y., a kol. 2004. *Paliativní medicína*, 2. vydání, Grada Publishing, 2004. ISBN 80247-0279-7.

Kontakt:

PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48, 034 01, Ružomberok
zuzana.hudakova@ku.sk

Výhrada vo svedomí v zdravotníctve

Koleják Martin

Abstrakt: V dvadsiatom storočí štáty začali schvaľovať nespravodlivé zákony, ktoré umožňujú beztrestne zmrzačovať človeka, dokonca ho pripraviť o život. Na ochranu tých, ktorí odmietajú konať podľa týchto zákonov je inštitút výhrad vo svedomí. Táto štúdia sa zaoberá výhradou vo svedomí v zdravotníctve. Zdravotnícki pracovníci majú právo použiť výhradu vo svedomí vždy, keď odmietajú vykonať zákroky, ktoré by boli nespravodlivé vo vzťahu k ľudskej integrite a k právu človeka na život.
Kľúčové slová: Svedomie, Zákon, Zdravotnícki pracovníci.

Conscientious objection in health care

Abstact: In the twentieth century, states began to adopt iniquitous laws that allow with impunity to maim a man, even to deprive him of life. To protect those who refuse to act according to these laws is the institute of conscientious objection. This study deals with conscientious objection in the health care. The medical staff have the right to use conscientious objection whenever they refuse to perform procedures that would be unfair in relation to human integrity and the right man for life.
Keywords: Law, Conscience, Medical staff.

Úvod

Rozum i Boží zákon hovorí, že nevinný ľudský život je nedotknuteľný. Všetci majú „*vážnu a konkrétnu povinnosť postaviť sa proti*“ nespravodlivým zákonom namiereným proti ľudskému životu v jeho počiatočnej alebo konečnej fáze „*na základe námietok svedomia*.“[121] „Boha treba poslúchať viac ako ľudí“ (*Sk* 5,29). Na tomto základe sa uplatňujú výhrady vo svedomí v zdravotníctve. Ide o právo nezúčastniť sa na

[121] JÁN PAVOL II., encyklika *Evangelium vitae*, č. 73.

niektorých „pseudomedicínskych“ zákrokoch, ktorých výsledkom je zmrzačenie alebo smrť človeka.

Ján Pavol II. učí: „Ide tu o základné právo, ktoré práve preto, že je také, malo by byť zohľadnené a chránené štátnym zákonodarstvom. Znamená to, že lekári, zdravotnícky personál, ako aj osoby, ktoré riadia zdravotnícke zariadenia, kliniky a liečebné strediská, majú mať zaistenú možnosť odmietnuť účasť na plánovaní, príprave a uskutočňovaní činov, namierených proti životu. Kto sa odvoláva na námietky svedomia, nemôže byť vystavený nielen trestným sankciám, ale ani žiadnemu inému následnému právnemu, disciplinárnemu, hmotnému či profesionálnemu postihu.“[122]

Spolupráca na potrate a eutanázii

Prvou oblasťou možnej spolupráce na zle sú *umelé potraty*. V mnohých krajinách ich zákon dovoľuje vykonávať. Vždy je nedovolený priamy skutok potratu a formálna spolupráca pri vykonávaní potratu. „O takú spoluprácu ide aj vtedy, keď vykonaný čin – či už zo svojej povahy, alebo vzhľadom na určité okolnosti – má charakter priamej účasti na úkone, namierenom proti nevinnému ľudskému životu, alebo súhlasu s nemorálnym úmyslom hlavného vykonávateľa. Takúto spoluprácu nemožno nikdy ospravedlniť, ani odvolávaním sa na zásadu rešpektovania slobody druhého človeka, ani na skutočnosť, že civilné právo ju predpokladá a prikazuje: za osobne vykonané činy nesie totiž každý osobnú morálnu zodpovednosť, ktorej sa nikto nevyhne a pre ktorú bude každého súdiť sám Boh (porov. *Rim* 2, 6; 14, 12).“[123]

Ani v prípade, že by lekár alebo zdravotní pracovníci boli postavení pred rozhodnutie – alebo vykonávať potraty alebo opustiť pracovisko (a hoci aj zametať ulice) – nemôžu vykonávať potraty. Povinnosti voči rodine, o ktorú sa musia mnohí z nich ekonomicky postarať, nie sú ospravedlňujúcou príčinou na

[122]Tamže, č. 74.
[123]Tamže.

priamu a na formálnu spoluprácu pri potrate. Zodpovednosť za to, že lekár alebo ostatní zdravotnícki pracovníci v tomto prípade musia opustiť pracovisko nesú v plnej miere tí, ktorí potratový zákon schválili a tí, ktorí nerešpektujú výhrady vo svedomí na danom pracovisku. V žiadnom prípade nie je zodpovedný ten, kto si uplatňuje výhrady vo svedomí, ani tí, ktorí na túto povinnosť upozorňujú.

Deklarácia o umelom potrate vyžaduje: „*Nemôže sa pripustiť [...] aby lekári a zdravotnícki pracovníci boli povinní spolupracovať blízkym spôsobom na potrate a boli nútení vybrať si medzi Božím zákonom a svojim profesionálnym zamestnaním*.“[124] Úloha ľudí dobrej vôle je, aby všade, kde je to potrebné, sa postarali o ochranu charakterných lekárov a zdravotníkov. Z toho vyplýva aj to, že nie je prípustné uložiť študujúcim medikom povinnosť asistovať pri potrate.

Niektoré zákonodarstvá dávajú jednotlivým zdravotným pracovníkom možnosť nezúčastniť sa na potratových procedúrach, ak sú v kontraste s ich presvedčením. V Taliansku ten, kto uplatňuje výhrady vo svedomí, potom ako predstaví svoju žiadosť kompetentným orgánom, je oslobodený „od uskutočňovania procedúr a nevyhnutných aktivít, smerujúcich na vykonanie prerušenia tehotenstva“ (zákon 194/78 art. 9), ako je podanie prostaglandínu, ktorý spôsobuje rozklad embrya alebo podávania náradia počas intervencie. Výhrada vo svedomí neplatí v prípade *krízovej situácie*, keď treba zachraňovať život matky, aj keď naliehavá pomoc by bola vyvolaná potratovým zákrokom.

Nie je nikdy dovolená blízka spolupráca na priamom skutku potratu.[125] Môže ísť o prípad, keď sudcovia, ktorí majú chrániť mladistvých, žiadajú pre nich autorizáciu potratu. Na jeho umožnenie lekár nemôže vydať lekárske potvrdenia, uskutočniť srdcové a hematologické vyšetrenia, ktoré sa požadujú výslovne ako príprava na potrat.

[124]KONGREGÁCIA PRE VIEROUČNÉ OTÁZKY, *Deklarácia o umelom potrate*, č. 22; o výhradách vo svedomí pozri aj v *Evangelium vitae*, č. 73-74.
[125]Porov. KONGREGÁCIA PRE VIEROUČNÉ OTÁZKY, *Deklarácia o umelom potrate*, č. 22.

Nebezpečenstvo pohoršenia môže učiniť nedovolenými aj iné formy blízkej spolupráce, predovšetkým pre pozíciu niektorých osôb, napr. rehoľných sestier... Naopak je dovolená predchádzajúca asistencia, diagnostická a poradná, ak nie je špecificky a nevyhnutne zameraná na to, aby rozhodla o prerušení tehotenstva. Naopak následná asistencia po potrate nekladie morálne problémy spolupráce, dokonca môže byť svedectvom ľudskej starostlivosti a pozornosti.[126]

Výhrady vo svedomí je možné rozšíriť aj na všetky nevyhnutné aktivity a procedúry vedúce k potratu: poučenia, vydania certifikátu, predpísanie vyšetrení, od ktorých závisí potrat.[127] Ak niekto robí odbery na laboratórne hematologické a biochemické vyšetrenia, nie je povinný pýtať sa, na čo sú potrebné. Ak si je však vedomí, že sú súčasťou prípravy na potrat, má právo odmietnuť to vykonávať.

Ján Pavol II. píše: „Umelý potrat a eutanázia sú preto zločinmi, ktoré žiaden ľudský zákon nemôže uznať za prípustné. Zákony, ktoré tak robia, nielenže vôbec neviažu vo svedomí, ale stavajú človeka pred vážnu a konkrétnu povinnosť postaviť sa proti nim na základe námietok svedomia.“[128]

Prenatálna diagnostika

Encyklika *Evangelium vitae* prejednáva aj problém prenatálnej diagnostiky.[129] Ide o systémy pozorovania a analýz, ktoré skúmajú zdravie embrya a plodu. Tieto diagnostické praktiky sú same o sebe, ak neprinášajú neúmerné riziká pre život embrya alebo plodu, úplne legitímne.

Väčšie ťažkosti nastávajú zo spojenia s potratom, ktoré môže nastať na úrovni úmyslu alebo aj na úrovni inštitucionálnej,

[126]Porov. CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *La comunità cristiana e l'accoglienza della vita umana nascente,* 8. 12. 1978.
[127]A. GRZEŚKOWIAK, *Obiezione di coscienza per categorie professionali particolari (farmacisti, giudici, amministrativi, consulenti etc.)* in PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA, *La coscienza cristiana a sostegno del diritto alla vita,* Vaticano 2008, s. 216.
[128]JÁN PAVOL II., encyklika *Evangelium vitae,* č. 73.
[129]Porov. tamže, č. 14; 63.

v závislosti od výsledkov prenatálnej diagnózy. Môže v skutočnosti dôjsť k morálnej spolupráci na potrate. Treba tu venovať pozornosť cieľu, na ktorý má diagnóza slúžiť. Prípustný je predovšetkým terapeutický cieľ v prospech malej ľudskej bytosti. V minulosti terapeutické možnosti vo vnútri materského lona boli veľmi obmedzené a prakticky neexistovali. Dnes sa rozvíjajú techniky umožňujúce endoskopický a chirurgický zákrok a majú sľubné úspechy. Druhý cieľ môže byť informatívny: matka a otec dieťaťa môžu byť uistení a zbavení strachu – je to v prípade 98 % diagnóz –, alebo sa môžu lepšie disponovať a pripraviť na prijatie dieťaťa, ktoré bude mať väčšie či menšie fyzické alebo psychické problémy. Avšak silná morálna výhrada voči prenatálnej diagnóze vyplýva z možnosti ľahkého skĺznutia k potratu ako jednoduchšiemu a takmer záväznému riešeniu, ak by boli diagnostikované malformácie alebo dedičné choroby. Uskutočňovať diagnózu s týmto eventuálnym úmyslom znamená upadnúť do eugenickej praxe. Situácia by bola ešte evidentnejšia, keby samotné spoločensko-zdravotné štruktúry alebo inštitúcie zdravotnej asistencie odporúčali alebo ukladali podmienky, ktoré by podporovali selektívny potrat v prípade nešťastného diagnostického nálezu. Ľahko by sa mohlo prejsť k plánovanej a nariadenej eugenickej stratégie pre celú populáciu.[130]

Pokusy na ľudských embryách

Etika pokusov na ľudských embryách a plodoch, ktorým otvorili cestu rôzne techniky umelého oplodnenia a zvlášť oplodnenie „v skúmavke“, musí nájsť oporný bod v princípe, ktorý *Evangelium vitae* preberá v tomto ohľade z inštrukcie *Donum vitae*: „Ľudskú bytosť treba rešpektovať a zaobchádzať s ňou ako s osobou od okamihu jej počatia, preto od tohto istého momentu jej treba priznať práva osoby, medzi nimi predovšetkým

[130]Porov. L. MELINA, *La cooperazione con azioni moralmente cattive contro la vita umana*, in PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA, *Comento interdisciplinara alla „Evangelium vitae“*, Vaticano 2007, s. 485-486.

nenarušiteľné právo na život každej nevinnej ľudskej bytosti.“[131] To znamená, že tá malilinká ľudská bytosť musí byť vždy považovaná za cieľ a musí sa s ňou tak vždy aj zaobchádzať a nikdy nie ako s prostriedkom pre iného. Je to subjekt a nie vec na použitie pre iného. Nech sú ciele experimentov akokoľvek dôležité a úmysly výskumných pracovníkov akokoľvek vznešené, nestačí to na legalizovanie porušenia práv embryí. Tu je teda potrebné aplikovať už známe kritériá z lekárskej deontológie a ustanovené Helsinskou deklaráciou z roku 1964.[132]

Špecifické problémy spolupráce môžu nastať, keď ide o výskum uskutočnený na telách plodov pochádzajúcich z umelých potratov. V podstate malé mŕtvoly s patričným rešpektom a získaným súhlasom môžu byť použité na výskum a experimenty. Treba si však dávať veľký pozor pred eventuálnym prepojením, ktoré môže nastať medzi umelým potratom a experimentmi na potratových plodoch. Môžu sa v skutočnosti ukázať také záujmy, ktoré sa podieľajú na schválení potratu alebo dokonca na jeho spoluspáchaní zo strany výskumných pracovníkov, ktoré dokonca podporujú vykonanie potratu určitým spôsobom a v stanovenom čase, alebo dávajú živému plodu isté substancie s ohľadom na plánované následné výskumy.

Treba podčiarknuť, že odmietnutie spolupráce na činnostiach proti životu zo strany *lekárov* a *zdravotníckeho personálu* vo všeobecnosti neznamená nedostatočnosť ich profesionality. Naopak, znamená obranu originálnej hippokratovskej identity lekárov v službe životu. Práve z dôvodov lekárskej deontológie sa musia cítiť zaviazaní mať výhrady k istým praktikám, ktoré v skutočnosti nie sú medicínske, aj keď toto svedectvo si bude vyžadovať obetu a azda aj vážne ohrozí vlastnú kariéru.[133]

---

[131] JÁN PAVOL II., encyklika *Evangelium vitae*, č. 60.
[132] Porov. E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica. Volume I. Fondamenti ed etica biomedica*, Milano 1999, s. 554-557.
[133] Porov. L. MELINA, *La cooperazione con azioni moralmente cattive contro la vita umana*, s. 486-487.

Umelé oplodnenie

Umelé oplodnenie je spojené s ničením embryí, s pokusmi na embryách, so selekciou embryí na eugenické ciele, s manipuláciou genetického dedičstva embrya, s klonovaním, s vytváraním hybridov alebo chimér, s praktizovaním antikoncepčnej sterilizácie. Výhrady vo svedomí sa vzťahujú na všetky tieto nedovolené činnosti. Lekár nemôže byť nútený zúčastniť sa na procedúrach, ktoré súvisia s technikami umelého oplodnenia. Nevzťahuje sa to samozrejme na liečbu pred alebo po tomto zákroku.[134]

Zdravotnícki pracovníci majú právo odmietnuť vykonať vyšetrenia, ktoré sú prípravou na umelé oplodnenie alebo ak nie je vylúčená možnosť, že po potvrdení sterility sa uchýlia k umelému oplodneniu. Tiež majú právo odmietnuť predpísať farmaká na stimuláciu vaječníkov, ak tento predpis je časťou protokolu o umelom oplodnení. Dôvodom je ochrana života. Do výhrad svedomia nespadá prenos embrya do tela ženy. Ide totiž o asistenciu pri tehotenstve, o povinný skutok. Mal by to však robiť lekár, ktorý uskutočňuje umelé oplodnenie. Iba v prípade jeho neprítomnosti je to povinný urobiť aj ten, čo používa výhrady vo svedomí.[135]

Antikoncepcia a priama sterilizácia

Lekár má právo odmietnuť žiadosť predpísať estroprogestenické produkty žiadané za účelom antikoncepcie (dôvod – možný potratový účinok). Rovnako má právo použiť výhrady vo svedomí a odmietnuť predpísať tabletky, spôsobujúce potrat (tzv. núdzovú antikoncepciu).

Zdravotnícky pracovník má právo odmietnuť sa zúčastniť na sterilizácii z antikoncepčných dôvodov, lebo ide o priamu sterilizáciu spôsobujúce vážne zmrzačenie osoby.[136] Ak sa však

[134]A. GRZEŚKOWIAK, *Obiezione di coscienza per categorie professionali particolari*, s. 217-218.
[135]Porov. M. L. DI PIETRO, C. CASINI, M. CASINI, *Obiezione di coscienza in sanità*, Siena 2009, s. 171-184.
[136]Tamže, s. 189-195.

niekto zúčastňuje zákroku s cisárskym rezom, ktorý je nevyhnutný na záchranu novorodenca, prípadne aj matky a počas toho zákroku sa uskutočňuje aj plánovaná antikoncepčná sterilizácia, s ktorou spolupracujúci nesúhlasí, je možné sa na tomto skutku zúčastniť na základe skutku s dvojitým efektom. Ide o záchranu ľudského života.

Asistencia pri samovražde, trest smrti, odpojenie od prístrojov

Niektoré zákonodarstvá umožňujú pacientom požiadať o smrť a asistenciu pri nej, ktorú by mal vykonať lekár. Lekár má právo použiť výhrady vo svedomí a odmietnuť predpísanie liekov nevyhnutných na samovraždu ako aj samotnú asistenciu pri nej.

Pokiaľ ide o trest smrti injekciou, lekár by nemal vykonávať trest smrti, ale iba po jeho vykonaní môže konštatovať smrť. Poslanie lekárov je liečiť a ochraňovať život a nie stať sa katmi.[137]

Niekde, na základe súdnych rozhodnutí sa žiada odpojiť pacienta od ventilácie alebo prestať mu dávať umelú výživu, čo vedie k smrti pacienta. Tieto činnosti sú často zverené zdravotným sestrám. Aj oni majú právo použiť v týchto prípadoch výhrady vo svedomí.[138]

Spolupráca v oblasti farmaceutickej profesie

V analogickej situácii sú *farmaceuti*, ktorí by mali vydávať produkty, ktoré nemajú nič spoločné s autentickou terapiou. Ide nielen o antikoncepciu, ale predovšetkým o potratové prostriedky, špirálu, tabletku deň po alebo snáď v budúcnosti tabletku mesiac po, tiež o prostriedky určené na asistovanú samovraždu, eutanáziu a o výrobu a predaj medikamentov vyrobených z ľudských plodov. Vo Francúzsku farmaceuti odmietali predávať injekčné

[137]A. GRZEŚKOWIAK, *Obiezione di coscienza per categorie professionali particolari*, s. 219.
[138]Tamže, s. 221.

striekačky toxikomanom, hoci mali v rukách lekársky predpis.[139] Ako povedal Ján Pavol II,[140] že oni nie sú jednoduchí obchodníci alebo neutrálni distribútori toho, čo je žiadané. Dôstojnosť ich profesionálnej služby si vyžaduje, aby úlohu sprostredkovania medzi lekárom a pacientom vykonávali zodpovedne a v službe životu. Musia teda odmietnuť distribuovať to, čo je proti životu priamo alebo podvrhnuto. Predaj produktov, ktoré majú iba jeden cieľ, ktorý sa protiví životu, musí byť objektom výhrad vo svedomí. Zatiaľ čo nie je pozitívnou povinnosťou ubezpečiť sa, že nedôjde k zneužitiu, keď ide o liečivá s rôznymi indikáciami, medzi ktorými sú niektoré dovolené.[141]

Spolupráca v poradniach, ktoré vydávajú certifikát umožňujúci potrat

V niektorých krajinách, ako Nemecko a Francúzsko, sú poradne, ktoré by mali odrádzať od potratu, ale ktoré zároveň majú povinnosť vydať certifikát o tomto pohovore, čo je nevyhnutnou podmienkou na vykonanie depenalizovaného a verejne prístupného potratu. Je tu teda ťažká morálna otázka: je dovolené jednotlivcovi – a v istých okolnostiach Cirkvi ako takej – zúčastniť sa na tejto poradnej fáze, snažiac sa podporovať prijatie zrodeného života, prijmúc však nutnosť podpísať certifikát, ktorý je fakticky, pre jeho účinnosť vyplývajúcu zo zákona, autorizáciou pre vykonanie potratu?

V tomto prípade ju potrebné poznať úmysel odhovoriť od potratu toho, čo participuje na poradenstve, ale aj prítomnosť pozitívnych výsledkov: aspoň niektoré ženy v požehnanom stave je možné presvedčiť, aby rešpektovali život dieťaťa, ktoré nosia v sebe a donosili ho. Ale úmysel a následky nie sú ani jediným, ani hlavným zdrojom na hodnotenie morálnosti. Skutočným problémom nie je poradenstvo samo o sebe, ale jeho vsunutie do

[139]Tamže, s. 221-222.
[140]Porov. GIOVANNI PAOLO II, *Discorso alla Federazione Internazionale dei farmacisti Cattolici*, 3. 11. 1990.
[141]Porov. L. MELINA, *La cooperazione con azioni moralmente cattive contro la vita umana*, s. 487-488.

zákonného procesu prostredníctvom vydania certifikátu, ktorý v sile zákona je nevyhnutným a dostatočným dokladom na pripustenie k umelému potratu. V akte vydania certifikátu poradca koná ako verejný činiteľ, uskutočňujúc akty, ktoré majú právnu hodnotu danú im zákonom. A prvoradý a základný význam certifikátu o uskutočnenej porade, objektívne stanovený zákonom, je povolenie na vykonanie potratu. Žena si ho pýta z tohto dôvodu. A keď ho ona ukáže na klinike, aby jej vykonali potrat, musíme povedať, že ona ho používa a nie zneužíva.

Potvrdenie tohto aspektu priamej spolupráce na nespravodlivom skutku, ako formálnej spolupráce *ex fine operis*, je dané faktom, že, ako potvrdzujú vierohodné svedectvá, samotný zmysel poradenského dialógu je prekrútený zákonným upravením a významom samotného certifikátu, ktorý je potrebný na uskutočnenie potratu. Samotný poradca sa musí podriadiť zvrátenej logike zákona, ktorá sa zrieka obrany života ešte nenarodeného dieťaťa a dáva na prvé miesto rešpektovanie rozhodnutia ženy. To smeruje k zriekaniu sa morálneho úsudku o potrate.[142]

Dane

Niektorí moralisti nastolili aj problém morálnej dovolenosti platenia *daní*, alebo priam morálnej povinnosti neplatiť ich, keď legislatívny systém predvída, že finančné príspevky slúžia na financovanie, prostredníctvom verejného zdravotníckeho systému, zákrokov proti životu. Tu si treba všimnúť, že z jednej strany daňový príspevok jednotlivca je daný do rozpočtu štátu ako celku a nie na konkrétnu vec. V tomto prípade sa preto nedá hovoriť o povinnosti vyhnúť sa formálnej spolupráci na kriminálnom skutku umelého potratu. Z druhej strany ju nutné poznamenať, že morálna povinnosť platiť dane, prispejúc tak na život spoločnosti, nie je zrušená pre skutočnosť, že dochádza aj k zneužitiam. Odmietnutie platiť dane, napriek dobrému

[142]Porov. tamže, s. 482-483.

subjektívnemu úmyslu, by sa mohlo ukázať ako individualistické vyhnutie sa logike spoločného dobra. Musia byť teda iné cesty vedúce k zmene nespravodlivej legislatívy, ktorá dovoľuje potrat a iné porušenia práva na život. V každom prípade táto ťažká problematika spolupráce na zle dáva do pozitívneho svetla otázku spolupráce na dobre, čiže povinnosť kultúrne, sociálne a politicky prispieť ku kultúre života. V skutočnosti nestačí vyhnúť sa spolupráci na zle. Naopak, kvôli vyhnutiu sa týmto kompromisom, je potrebné účinne a inteligentne sa angažovať v spoločnosti.[143]

Záver

„Nasledovanie vlastného sveodomia v poslušnosti Božiemu zákonu nie je vždy ľahkou cestou. Môže to znamenať ťažkosti a bremeno, ktoré nie je možné brať na ľahkú váhu. Niekedy sa žiada heroizmus, aby človek ostal verný týmto požiadavkám. Napriek tomu je nevyhnutné jasne vyhlásiť, že cesta autentického rozvoja ľudskej osoby vedie cez túto stálu vernosť svedomiu, ktoré je postavené na pravde a charakternosti a okrom toho povzbudiť všetkých tých, ktorí na to majú prostriedky, aby uľahčili bremená, ktoré ťažia ešte toľko mužov a žien, rodín a detí, ktoré stoja pred ľudsky neriešiteľnými situáciami.“[144]

Niekedy počujeme námietku, že ak niekomu náboženské presvedčenie bráni vykonávať isté úkony, ktoré sa dnes uskutočňujú v zdravotníctve, tak by si mal nájsť inú prácu. To by však znamenalo, že do zdravotníctva by nemohli ísť ľudia, ktorí odmietajú zlo a chcú sa v tejto profesii venovať iba starostlivosti o pacientov, ich liečbe a nie priamemu mrzačeniu a zabíjaniu ľudí.

Svedkovia svedomia sú najcennejšími z ľudstva. Pre svoj charakter sa spravidla nedajú nikým a ničím podplácať. Sú ochotní

[143]Porov. tamže, s. 488-489.
[144]CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sell' aborto procurato,* č.4http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19741118_declaration-abortion_it.html.

radšej podstúpiť nespravodlivé zaobchádzanie na pracovisku, prípadne aj vyhodenie z pracoviska, ako konať zlo. Naopak tí, ktorí sú ochotní konať podľa nespravodlivých zákonov, spravidla nemajú problém brať aj úplatky.

Všetci kresťania a ľudia dobrej vôle by sa mali usilovať o to, aby charakterní ľudia, ktorým ide o spoločné dobro, ktorým ide skutočne o to, aby pacientom pomáhali, aby svoje vedecké a profesionálne schopnosti dali do služieb spoločenstva, neboli v spoločnosti diskriminovaní, aby sme o nich neprišli, aby neboli nútení odísť z pracoviska len preto, že nechcú konať zlo. Aj tu platia slová Jozefa Tichnera: „Najhlbšou solidaritou je solidarita svedomia.“[145]

Literatúra:

Sväté písmo Starého i Nového zákona. Trnava : SSV, 2007. 1614 s. ISBN 978-80-7162-683-1.

GIOVANNI PAOLO II, *Discorso alla Federazione Internazionale dei farmacisti Cattolici*, 3. 11. 1990, in http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/1990/november/documents/hf_jp-ii_spe_19901103_farmacisti_it.html.

JÁN PAVOL II., encyklika *Evangelium vitae*, Trnava : SSV, 1995. 197 s. ISBN 80-7162-097-1.

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sell' aborto procurato*, in http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19741118_declaration-abortion_it.html

GRZEŚKOWIAK A., *Obiezione di coscienza per categorie professionali particolari (farmacisti, giudici, amministrativi, consulenti etc.)* in PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA, *La coscienza cristiana a sostegno del diritto alla vita*, Città del Vaticano : LEV, 2008, s. 202-239. 262 s. ISBN 978-88-209-7956-0.

MELINA L., *La cooperazione con azioni moralmente cattive contro la vita umana*, in PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA, *Comento*

[145]J. TICHNER, *The Spirit of Solidarity*, San Francisco: Harper and Row Publishers, 1984: 4, citované z: PONTIFICIA ACADEMIA PRO VITA, *La coscienza cristiana a sostegno del diritto alla vita*, Città del Vaticano 2008, s. 169.

interdisciplinara alla „Evangelium vitae“, Città del Vaticano : LEV, 2007, s. 467-490. 823 s. ISBN 88-2394-7.
SGRECCIA E., *Manuale di bioetica. Volume I. Fondamenti ed etica biomedica*, Milano : Vita e Pensiero, 1999. 817 s. ISBN 88-343-6926-2.
DI PIETRO M. L., CASINI C., CASINI M., *Obiezione di coscienza in sanità*, Siena 2009. 207 s. ISBN 978-88-8272-427-6.
TICHNER J., *The Spirit of Solidarity*, San Francisco: Harper and Row Publishers, 1984: 4, citované z: PONTIFICIA ACADEMIA PRO VITA, *La coscienza cristiana a sostegno del diritto alla vita*, Città del Vaticano : LEV 2008. 262 s. ISBN 978-88-209-7956-0.

Kontakt:

ThDr. Martin Koleják PhD.,
Katedra systematickej teológieTeologickej fakulty v Košiciach
Katolíckej univerzity v Ružomberku,
mt.kolejak@gmail.com

Sociálna práca ako pomáhajúca profesia v paliatívnej starostlivosti

Kollárčiková Jana

Abstrakt: V príspevku teoreticky približujem aplikáciu sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti. Pri celkovom zabezpečovaní paliatívnej starostlivosti jedincom, ktorí túto pomoc potrebujú v nemocničných zariadeniach, ale častokrát aj na sociálnych lôžkach je dôležitá vzájomná spolupráca sociálneho pracovníka so zdravotníckymi a inými pracovníkmi. Pri tejto starostlivosti treba myslieť aj na príbuzných chorého klienta i pacienta. Žiť v bolesti má svoje zdravotné príčiny, ale netreba zabúdať aj na duchovný rozmer bolesti.
Kľúčové slová: Bolesť, Eutanázia, Inštitucionálna starostlivosť, Paliatívna starostlivosť, Sociálna práca.

Social wors as helping professions in palliative care

Abstract: This paper theoretically closer to the application of social work in palliative care. In total providing palliative care to individuals who need this assistance in hospitals, but often also on social beds, where mutual cooperation is important for medical social workers and other workers. In this care should think about the client and relatives of the sick patient. Living in pain is my health reasons, but do not forget the spiritual dimension of pain.
Keywords: Pain, Euthanasia, Institutional care, Palliative care, Social work.

Úvod

Aplikácia sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti je prínosným, pomocným a humánnym atribútom pri celkovej starostlivosti chorým jedincom, ktorí ju potrebujú.

Práva nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich ľudí je potrebné rešpektovať v ich domácom prostredí, kde žijú s ich príbuznými, ale ťažko chorí ľudia majú právo aj na komplexnú paliatívnu starostlivosť v zdravotníckych zariadeniach, v zariadeniach sociálnych služieb a iných zariadeniach.

Pracujem s dospelými osobami a seniormi, ako sociálna pracovníčka v *zariadení sociálnych služieb* a z pracovných skúsenosti aj s touto skupinou klientov chcem povedať, že každé slovo, ktoré sa povie prijímateľovi sociálnych služieb ovlyvňuje aj jeho celkové prežívanie i správanie. Dôležité sú slová aj spôsob ako sa s chorým klientom komunikuje. Z dôvodu rešpektovania individuálnych prejavov celkového prežívania klienta, je potrebná vhodná *sociálna komunikácia* sociálneho pracovníka, ale aj ošetrujúceho, zdravotníckeho personálu s klientom. Individuálne rozhovory sociálneho pracovníka, lekára či kňaza s príbuznými klienta majú obojstranný význam pre klienta ako aj pre jeho najbližších.

Život plynie ďalej a častokrát sa s klientmi musíme aj rozlúčiť priamo v našich zariadeniach sociálnych služieb, preto sa snažíme zabezpečovať eticky a humánny prístup celého personálu. Zomierajúcemu klientovi zabepečujeme uspokojovanie jeho základných, ako aj sociálnych, psychologických, duchovných a iných potrieb, ktoré potrebuje. Ku každému klientovi pristupujeme individuálne.

Vhodná verbálna aj neverbálna komunikácia s klientmi je bežnou súčasťou každého dňa. Sociálny pracovník pri jeho sociálnych intervenciách s jednotlivými pacientmi aplikuje okrem odborných vedomostí aj *etiku v sociálnej práci* aj v paliatívnej starostlivosti. Lekár drží v rukách kľúč, ktorým vie, kedy ho má otvoriť a tak informovať pacienta o jeho zdravotnom stave. Etiku v zdravotníctve dodržiava lekár ako aj ostatní zdravotnícky pracovníci, ktorí sa podieľajú na liečebných postupoch pacienta.

Špecifický je prístup zdravotníckych, opatrovateľských a sociálnych pracovníkov pri starostlivosti o paliatívneho pacienta a jedinca v *terminálnom štádiu*. *Vyslovované slová* majú vždy svoj zmysel, rovnako aj *využívanie ticha*, sú potrebnými dorozumievacími prostriedkami aj u chorých, postihnutých i starých ľudí, ktorí sa cítia byť častokrát sami, opustení, bezvládni, ako sami tvrdia. Ale mnohokrát potrebujú pochopenie,

dobré slovo, niekedy len ticho, chápajúci pohľad či pohladenie, aby cítili, že nie sú v ich ťažkej chvíli sami a opustení.

Na celkovej *spokojnosti prežívania života klientov a pacientov* v inštitucionálnych zariadeniach sa podieľa aj prístup všetkých zdravotníckych, sociálnych a iných pracovníkov, ktorí sa podieľajú na zabezpečovaní potrieb chorých pacientov, ktorí sú odkázaní na ich pomoc.

Autor Laca popisuje, že „oblasť paliatívnej starostlivosti je v súčasnosti vnímaná ako *vzmáhajúci sa úsek sociálnej práce*. Ďalej uvádza, že *paliatívna starostlivosť* predstavuje osobitný druh zdravotnej ale aj sociálnej starostlivosti. Jej cieľom nie je len zmiernenie bolesti, či stabilizácia zdravotného stavu, ale ide tu najmä o zlepšenie možnej kvality života klienta až do jeho smrti, kde veľkú rolu zohráva humánny „etický“ prístup. Zahŕňa v sebe nielen podporu, ale i pomoc klientovi a jeho rodine. Hospicovú starostlivosť popisuje citovaný autor podobne ako paliatívnu starostlivosť, ale „rozdiely možno popisovať v komplexnosti vnímania potrieb umierajúceho, napr. vo vzťahu k prostrediu, sociálnym vzťahom a potrebám jeho blízkych.“[146]

Krajčík, Š. popisuje „starobu ako čas, kedy sa umiera.“ Považujem za potrebné pripomenúť, že choroba si nevyberá podľa veku, pohlavia či vierovyznania ani iných odlišností jedincov a ochorieť môže nielen staršia osoba, ale neraz je smrteľne chorý aj mladý človek.“[147]

Kvalita života je dôležitá u mladých zdravých osôb, ale rovnako je potrebnú kvalitu života zabezpečiť jedincom mladým aj v terminálnej fáze ich života, individuálnym prístupom ku každému jedincovi bez rozdielu veku. Mojtová, bližšie popisuje komplexnú terminálnu starostlivosť o nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich pacientov a ďalej popisuje aj *„úlohu sociálneho pracovníka v starostlivosti o pacientov a ich blízkych*

[146]LACA, S. : *Paliatívna a hospicová starostlivosť ako súčasť etiky života.* In: *Aplikovaná etika v sociální práci*, 2010, Institút meziodborových stúdií Brno, s.172 - 178.
[147]KRAJČÍK, Š.: *Geriatria.* Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2006, s. 69.

v terminálnom štádiu ochorenia a *multidisciplinárny tím v starostlivosti o zomierajúceh.*"[148]

Viacerí autori sa zhodujú v názoroch, že *sociálna práca* je pomáhajúcim odborom aj v zdravotníctve a pre chorých ľudí, ktorí potrebujú súbežne okrem odbornej zdravotnej pomoci aj sociálnu pomoc a starostlivosť.

Popri zdravotnícko-sociálnej starostlivosti je potrebné myslieť aj zabezpečovanie *duchovnej pomoci* jedincom, ktorí sú odkázaní na pomoc od druhých osôb.

Poukazujem na úzku spoluprácu a prepojenosť zdravotníckeho personálu, vrátane opatrovateľských pracovníkov a ďalších *pomáhajúcich profesií* - sociálnej práce, dobrovoľníkov, kňazov a ďalších profesií pri zabezpečovaní celkovej paliatívnej starostlivosti chorým jedincom v inštitucionálnych, zdravotníckych zariadeniach aj v zariadeniach sociálnych služieb.

Jednotlivé profesie – zdravotníctvo a sociálna práca sa nezaobídu bez rešpektovania *etiky*, ktorá je v týchto povolaniach nutná.

Jedným zo spoločných etických prvkov pre zdravotníckych a sociálnych pracovníkov je etika ich povolaní, kde zdravotnícki aj sociálni pracovníci dodržiavajú základné ľudské práva jedincov, pacientov a klientov. Zo zásad zdravotníckej etiky vyplýva nikdy neškodiť pacientovi. Zo zásad etiky sociálneho pracovníka vyplýva jeho zodpovednosť voči svojim klientom.

„Sociálny pracovník pri svojej činnosti pracuje okrem jeho odbornosti aj profesionálnym etickým prístupom, a preto pokladám za dôležité spomenúť *Etický kódex sociálnych pracovníkov*. Bližšie ho popisujú Roháč a Dancák."[149]

[148]MOJTOVÁ, M. : *Sociálna práca v zdravotníctve.* Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, n.o. 2010. s. 113-115.

[149]ROHÁČ, J. – DANCÁK, P. : *Kapitoly o práve a etike.* Prešov : VŠZ ÚSVaZ bl. P. P. Gojdiča v Prešove, 2009, s. 106.

Záver

Sociálna práca ako veda sa postupne zdokonaľuje a vždy je prioritná pomoc druhému človeku na profesionálnom a etickom základe.

Naďalej skúmam a odhaľujem spoločné prvky etiky v zdravotníctve a v sociálnej práci u vybranej skupiny dospelých osôb a seniorov v jednotlivých zdravotníckych zariadeniach, hospicoch aj v zariadeniach sociálnych služieb na území SR a ČR. Paliatívna starostlivosť je naďalej súčasťou môjho pozorovania v spomínaných zdravotníckych zariadeniach a v zariadeniach sociálnych služieb.

Samostatnou zdravotno-sociálnou témou, ktorá rieši otázky medzi životom a smrťou je problematika *eutanázie,* ktorá je zároveň aj témou etickou.

Žiaková, E. a kol. „popisuje, že najväčší počet etických dilém súvisí so smrťou a ich počet narastá so vzrastom možností lekárov "[150]rozhodovať o ľudskom živote, napr. definovanie smrti, klinická smrť, smrť mozgu, ľudia v kóme a pod.

Pochopenie, ľudskosť, trpezlivosť, obetavosť a etika sú základnými charakteristikami sociálnych aj zdravotníckych pracovníkov, ktorí zabezpečujú aj paliatívnu pomoc jedincom.

Komunikácia s terminálne chorým pacientom je náročná pre zdravotníckych aj sociálnych pracovníkov, kedy myslia aj na uspokojovanie *posledných vecí pre zomierajúceho*. Sociálnu radu a inú sociálnu intervenciu potrebujú od sociálneho pracovníka aj *príbuzní ťažko chorého* klienta.

Poledníková, Ľ. popisuje, že *komunikácia s terminálne chorým seniorom* je skutočne veľmi náročná a vyžaduje si schopnosť empatie, umenie počúvať i schopnosť identifikovať skrytý význam verbálne podaných informácií a pocitov pacienta.

Šoltés, L., Pullmann, R. a kol. popisujú, že *predmetom dialógu* nie je trpiaca duša ani choré telo, ale vždy chorý človek.

[150]ŽIAKOVÁ, E. a kol. : *Sociálna práca. Teoretické východiská a praktické kontexty.* Košice : Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2011. s. 189.

Človek je súčasne telo a duch, preto všetky ľudské skutky majú charakter telesný a duchovný. Jendrejovský, J. (in: [8], s. 188) tvrdí, že spojnicou telesnej a duševnej oblasti človeka je *duchovná rovina každého človeka*. Teda *spojenie telesno, duchovno a duševno* je spojenie, ktoré tvorí integritu ľudského jedinca. Bez tejto jednoty nemožno hovoriť o celkovom uzdravovaní človeka.

Komunikácia je obojstrannou výmenou informácií v bežnom živote a pri rozhovoroch s klientmi a pacientmi sa vytvára určitý vzťah medzi nimi a terapeutom a pomáhajúcimi pracovníkmi.

Levická, J. tvrdí, že *vzťah je atribút profesie* a popisuje, že vzťah pomáhajúceho odborníka a klienta je pokladaný za základný rámec, v ktorom sa odohráva práca s klientom vo všetkých pomáhajúcich profesiách.

K dosahovaniu celkového bio-psycho-socio-duchovného stavu jednoty osobnosti pacienta i klienta umiestneného inštitucionálne v zariadeniach prispieva spolupráca zdravotníckeho personálu, sociálnych pracovníkov a ďalších pomáhajúcich profesií.

Mátel, A. tvrdí, že „len znalosť etických zásad a noriem formovaných v etickom kódexe, nie je zárukou toho, že bude príslušný pracovník jednať mravne, ale rozhodne ho môže priviesť k tomu, aby o týchto záležitostiach premýšľal, poprípade sa s týmito zásadami identifikoval, zvnútornil si ich a dôsledkom toho potom konal v súlade s nimi, ako aj so svojím svedomím."

Literatúra:

KRAJČÍK, Š.: *Geriatria*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2006. 96 s. ISBN 803969449-8-3.

LACA, S.: *Paliatívna a hospicová starostlivosť ako súčasť etiky života*. In: *Aplikovaná etika v sociální práci*, 2010, Institút meziodborových stúdií Brno, s.172 - 178. ISBN 978-80-87182-13-0.

LEVICKÁ, J. a kol.: *Sociálna práca II.* Trnava : OLIVA, 2009. 156 s. ISBN 978-80-89332-06-9.

MÁTEL, A. a kol.: *Etika sociálnej práce.* Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, n.o. 2010. 183 s. ISBN 978-80-89271-85-6.

MOJTOVÁ, M.: *Sociálna práca v zdravotníctve.* Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, n.o. 2010. 37 s. ISBN 978-80-89271-45-0.

POLEDNÍKOVÁ, Ľ. a kol.: *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo.* Martin : Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.
ROHÁČ, J. – DANCÁK, P.: *Kapitoly o práve a etike.* Prešov : VŠZ ÚSVaZ bl. P. P. Gojdiča v Prešove, 2009, 112 s. ISBN 978-80-89271-73-3.
ŠOLTÉS, L. - PULLMANN, R. a kol.: *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*.Martin : Osveta, 2008. 252 s. ISBN 978-80-8063-287-8.
ŽIAKOVÁ, E. a kol.: *Sociálna práca. Teoretické východiská a praktické kontexty*. Košice : Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2011. 286 s. ISBN 978-80-7097-870-2.

Kontakt:

PhDr. Jana Kollárčiková
M.V. Centrum sociálnej a opatrovateľskej starostlivosti
Duchnovičova 22, 066 01 Humenné
j.kollarcikova@gmail.com

15 let zkušeností prvního českého hospice v Červeném Kostelci

Král Ján

Abstrakt: Paliativní péče, kterou se snažíme uplatňovat v našem hospici,nabízí umírajícím a jejich rodinám účinnou pomoc tam,kde prostředky běžných léčebných postupů,ale také síly a schopnosti nejbližšího okolí často nestačí nebo selhávají.Primárním cílem není vyléčení, ale zmírnění bolesti a dalších tělesných,sociálních,duševních a duchovních strádání. Nedílnou součástí naší práce je i respitní péče.
Kličové slová: Červený Kostelec, Hospoc, Paliatívny péče.

15 years of experience of the first Czech hospice in Cerveny Kostelec

Abstract: Palliative care, which we apply in our hospice, dying, and offers effective assistance to their families, where the means of common medical procedures, but also the strength and capabilities of the area often enough or selhávají.Primárním goal is not cure, but alleviation of pain and other physical, social, mental and spiritual suffering. An integral part of our work is respite care.
Key words: Cerveny Kostelec, Hospoc, palliative care.

Představení Hospice Anežky České v Červeném Kostelci

První pacienty přijal náš hospic v lednu 1995, oslavili jsme tedy 15 let trvání naší činnosti. Náš hospic je 30 lůžkové zařízení,většina pokojů je jednolůžkových a přistýlkou pro doprovázející a každý pokoj má vlastní sociální zařízení.

Hospic má svou kapli,místnost posledního rozloučení, kuchyň,jídelnu,prádelnu,čajovnu.

V hospici pracuje 56 zaměstnanců a pomáhá nám 53 dobrovolníků. Za téměř 15 let jsme přijali celkem 56OO pacientů průměrného věku 73 let.Obložnost hospice za ta léta byla 84%.

Členy našeho hospicového týmu je ředitel-ekonom,administrativní aparát,lékaři,kněz,sociální pracovnice,

zdravotní sestry,ošetřovatelé,psychologové,kuchařky,pradlena a uklízečky,THP pracovníci,řidič sanity.

Co naším pacientům slibujeme:-že nebudou ve chvíli smrti sami: -že budeme ctít jejich lidskou důstojnost a individualitu,

-že nebudou zbytečně trpět bolestí a dalšími průvodními jevy závěrečných stádií smrtelných onemocnění.

Ekonomické aspekty hospicové péče

Platby od pojišťoven pokryjí jen 49% nákladů.Zdravotní pojišťovny v letech 2009,2010 a 2011 platí na lůžkoden 1187-1322 Kč,dle kategorie pacienta. Financování provozu hospice je tedy multizdrojové-dotace,granty od různých institucí a příspěvky měst, kraje,ministerstev.Pořádáme různé benefiční akce,máme projekt dárcovských SMS.Část nákladů hradí samy pacienti a jejich rodiny.

Indikace k přijetí pacienta do hospice

Pro přijetí do hospice jen indikován pacient,kterého jeho choroba ohrožuje na životě,potřebuje celodenní péči,přitom není nutná hospitalizace na lůžkovém akutním zařízení a není možná nebo nestačí domácí péče.

Nejčastěji se jedná o nemocné s progredující onkologickou chorobou,u kterých již byla ukončena aktivní onkologická terapie a je potřeba kontrola bolesti nebo je potřeba ošetřovatelsky náročná péče.

Koncept dobré smrti x eutanazie

V hospici se snažíme uplatňovat koncept dobré smrti.Velmi se vymezujeme proti eutanazii.

Důvody proč pacienti žádají eutanazii: strach z neznáma, strach z umírání, strach z bolesti, strach ze ztráty lidské důstojnosti, pocit ztráty smyslu života, strach z opuštěnosti, osamělosti, pocit, že jsem druhým na obtíž. Dáváme pozor na tzv. symbolickou řeč.

Základní okruhy potřeb pacienta.

Základní okruhy potřeb pacientů a jejich rodin. Hospicová myšlenka staví na tom, že každý člověk má čtyři základní druhy potřeb.

-potřeby tělesné,

-potřeby sociální, vztahové,

-potřeby spirituální.

Kazuistika typicky hospicového pacienta.

Když tyto potřeby nejsou naplněny, mluvíme o bolestech: vztahových, duševních, duchovních. Zvládnutí nádorové bolesti a dalších průvodních jevů terminálně nemocných, je základním předpokladem konceptu dobré smrti. Osamělost, ztráta kontaktu s rodinou může být pro pacienta velmi trýznivá. Potřeby dušení vycházejí z toho, že jsme bytosti emocionální. Emoce nejsou nic špatného, jsou darem Božím. S duchovními potřebami je v naší ateistické společnosti velká potíž, nejsme zvyklí o nich mluvit. Přitom duchovní potřeby má každý člověk. Jde především o duchovní doprovázení.

Jaké jsou duchovní potřeby:

-potřeba sebepřesahu,
-potřeba uchvácení,
-potřeba fascinace,
-potřeba uctívání,
-potřeba víry ve smysl a řád bytí,
-potřeba milovat a být milován/papež Jan Pavel II./.

Dr. Christina Puchalski shrnuje zdravotní výhody spirituality do 3 bodů:

-nižší úmrtnost, lepší zvládání stresujících událostí,jako je bolest nebo ovdovění, obvykle i lepší spolupráci při léčbě a její snazší průběh. Z těchto důvodů se doporučuje, aby zdravotníci věnovali spirituálním potřebám pacientů náležitou pozornost.

Fáze přijímání nemoci pacientem a rodinami

Fáze přijímání nemoci nemocnými a jejich blízkými:

-negace,
-agrese,
-smlouvání,
-deprese,
-smíření.

Uvedu typický příklad „smlouvání“ rodiny- víra v léčitele, alternativní postupy. Je zajímavý nesoulad mezi fází, kterou prožívá pacient a fází, ve které je právě rodiny pacientka.

Léčba bolesti

Problematika nádorové bolesti:
-zvládnutí nádorové bolesti by mělo být ctí každého lékaře,
-problém opiofobie a nakládání s opioidy,
-organizační problémy léčby opioidy.
Morfin je již 2OO let zlatý standart v léčbě nádorové bolesti. Jsou vyvíjeny stále nové léky, vylepšují se jejich farmakologické vlastnosti. Mluví se racionalizaci léčby bolesti.

Důležitá je monitorace léčby bolesti pomocí-VAS: 1-1O-visuální analogová škála.Jsou základní dva druhy bolestí: bolest bazální a bolest průlomová.

Bolest bazální: o kompenzovaném stavu mluvíme, je-li VAS menší než 4,0.

Bolest průlomová:
-má rychlý nástup, vysokou intenzitu, krátké trvání,
-má kolísavou frekvenci během dne a vysokou souvislost s aktivitami během dne

Předpokladem je zvládnutí bolesti bazální:
-je-li VAS pod 4,O- průlomovou bolestí trpí cca 4O% pacientů,
-je-li VAS nad 5,O- průlomovou bolestí trpí až 85% pacientů a intenzita průlomové bolesti je posunuta až k hodnotám VAS 9-1O!!,což je nejvyšší možná intenzita bolesti.

Závěr

Na základě 15-letých zkušeností s prací v hospicu jsme formulovali tzv. 4 hospicová dogmata:
Hospice jsou zdravotnická zařízení poskytující komplexní zdravotní péči těm nejvíce nemocným.
Materiální a personální vybavení hospiců bylo v minulých letech ověřeno a plně se osvědčilo.
Hospicové péče zasluhuje pozornost a plnou podporu ze strany všech relevantních politických a občanských institucí.
Hospicová zařízení jsou v systému našeho zdravotnictví zcela nepostradatelná.

Na úplný závěr slova mons. Dominika Duky, OP, arcibiskupa pražského a primase českého:

Hospice prolomily neochotu vidět umírání a smrt.

Vědomí, že moje smrt a mé umírání nejsou druhým lhostejné, že se mohu opřít o jejich pomoc nejen duchovní, ale také osobní, jak se to děje v hospicích, je myslím velmi dobrou zprávou pro současnou společnost a každého člověka.

Kontakt:

MUDr. Jan Král
Hospic Anežky České
ul.8. května 1170, 549 41 Červený Kostelec,
Česká republika

Sociálna práca a paliatívna starostlivosť

Kuffová Janka

Abstrakt: V paliatívnej starostlivosti sa multidisciplinárny odborníkov denne konfrontuje so smrťou, preto je dôležité, aby odborníci navzájom efektívne komunikovali a spolupracovali. Bez tejto spolupráce by sa nenaplnil jej cieľ, a to poskytnúť človeku, ktorý je na ňu odkázaný, nielen primeranú pomoc a starostlivosť, ale aj zachovať dôstojnosť jeho života v tomto období. Sociálna práca má preto v tejto starostlivosti svoje významné miesto.

Kľúčové slová: Sociálna práca, Paliatívna starostlivosť, Hospic, Terminálne štádium.

Social work and palliative care

Abstract: In palliative care multidisciplinary professionals confronted daily with death, it is important to communicate effectively with each other and cooperate. Without this cooperation would not fulfill its goal of providing the man who is on it would not only appropriate assistance and care, but also to preserve the dignity of his life in this period. Social work is therefore in their care of this important place.
Keywords: Social work, Palliative care, Hospice, End-stage.

Úvod

Paliatívna starostlivosť je nenahraditeľnou v starostlivosti o jedinca v terminálnom štádiu života a smrti, pretože jej filozofia a intervencie vychádzajú z možností všetkých zúčastnených dosiahnuť čo možno najlepšiu kvalitu života chorého jedinca do posledných chvíľ jeho života a ponúknuť ako im, tak ich rodinám odbornú pomoc. Nakoľko si sociálna práca v posledných desaťročiach získala svoje rovnocenné postavenie s ostatnými odbornými disciplínami pri riešení problémov občanov, ktorí sa dostali do zložitých a ťažkých životných situácii, zvyšuje sa jej význam, postavenie, pôsobenie a intervencie aj v oblasti

paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Cieľom príspevku je poukázať na význam paliatívnej starostlivosti a práce profesionálnych sociálnych pracovníkov v tejto oblasti.

Paliatívna starostlivosť a ľudská dôstojnosť

„Ľudská dôstojnosť predstavuje základné východisko každej spravodlivej etiky“. [151] Je vyjadrením uznania ľudskej a sociálnej hodnoty jedinca v každom období jeho života, stave a podmienkach, v ktorých sa nachádza, s rešpektovaním jeho osobitých a zvláštnych potrieb. Jedným z ťažkých období života človeka, je aj čas, v ktorom bojuje s chorobou, ktorá je vždy spojená s bolesťou. Bolesť, jej následky a prežívanie dotknutým jedincom môže vážne zasahovať do zachovania dôstojnosti, pretože trpí nielen celá osobnosť človeka, ale „bolesť zasahuje jeho oblasť telesnú, psychickú i duchovnú, ba aj sociálnu. Bolesť robí človeka pre sociálne okolie ťažko akceptovateľným, niekedy dokonca neznesiteľným. Ak sa jej poddá, môže ho zlomiť a urobiť malomyseľným. Aj po veľakrát prekonanej bolesti a jej príčin, príde chvíľa, keď každý boj bude neúspešný. Je to chvíľa konca – smrti“. [152] Ľudská dôstojnosť je vzácny dar, na ktorú má právo každý človek. I jedinec v terminálnom štádiu života a smrti má právo žiť i „zomrieť v takom komforte a dôstojnosti, ako je len možné“.[153] Preto hľadanie a uplatňovanie primeraných spôsobov pomoci a starostlivosti v tomto období života človeka je nevyhnutým predpokladom jej zachovania.

Paliatívna starostlivosť je aktívna liečba a starostlivosť o chorých, ktorých choroba nereaguje na kuratívnu liečbu. Jej úloha spočíva v kontrole a liečbe bolesti, ďalších symptómov, ktoré choroba prináša ako horúčka, dehydratácia a pod., zachovanie komfortu pri uspokojovaní ostatných základných fyziologických

[151]KALANIN, P.: *Starý človek medzi nami.* Ružomberok : KU, 2003. s. 57.
[152]ŠTEFKO, A.: *Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a zomieraní.* Bratislava : TF TU, 2003. s.10-11.
[153]ŠTEFKO, A.: *Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a zomieraní.* Bratislava : TF TU, 2003. s. 93.

potrieb, riešení psychologických, sociálnych a duchovných problémov a starostlivosti o rodinu chorého, čím sa zmierňuje utrpenie, ktoré choroba a umieranie prinášajú. Jej filozofia vychádza z toho, že umieranie chápe ako prirodzený proces, čím smrť ani neurýchľuje ani neoddiaľuje, poskytuje úľavu, pomoc a starostlivosť do takej miery, že jedinec môže dôstojne žiť do posledných chvíľ svojho života. Pre príbuzných vytvára podporný systém, ktorý im má pomôcť preklenúť toto obdobie, vyrovnať sa s chorobou, smrťou a zármutkom po smrti svojho príbuzného. Zabezpečujú ju ambulancie paliatívnej starostlivosti, ambulancie pre liečbu chronickej bolesti, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, stacionáre paliatívnej starostlivosti, oddelenia paliatívnej starostlivosti v nemocniciach, liečebniach pre dlhodobo chorých a iných zdravotníckych zariadeniach a hospicoch.

Hospicová starostlivosť je špecializovaná forma paliatívnej starostlivosti cielene zameraná na zmiernenie symptómov choroby u jedincov v terminálnom štádiu života a smrti, ktorým stanovila prognóza, že pravdepodobné prežijú život v maximálnom rozsahu šiestich mesiacov. Zabezpečuje im zachovanie primeranej kvality života s rešpektovaním ľudskej dôstojnosti, zmierňuje neznesiteľné bolesti a zabraňuje, aby v posledných chvíľach života neostali osamotení. Zároveň v sebe zahŕňa i starostlivosť o jeho rodinu. Táto forma ľudského sprevádzania vedie k dosiahnutiu najvyššieho možného stupňa kvality života trpiaceho jedinca. Jej cieľom je okrem minimalizovania symptómov ochorenia, zmierniť psychické problémy ako strach, depresie, agresivitu, odmietanie prijať danú situáciu v čase vyrovnávania sa so zomieraním a smrťou, komplexné uspokojovanie všetkých biologických, psychologických, sociálnych a duchovných potrieb a zaistenie doopatrovania.

Rozlišujú sa tri formy starostlivosti, a to starostlivosť v domácom prostredí, ktorá je ideálna z hľadiska starostlivosti ak je stav stabilizovaný a symptómy sú pod kontrolou, z hľadiska uspokojovania psychologických a sociálnych potrieb

zomierajúceho, ktorý nie je vytrhnutý zo svojho prirodzeného prostredia a kontaktov s najbližšími osobami. Pre rodinu je pomerne únavná a vyčerpávajúca. Stacionárna zahŕňajúca denný pobyt z dôvodu diagnostiky, liečby, psychoterapie a ak rodina nezvláda zabezpečenie sociálneho zázemia dvadsaťštyri hodín denne, alebo v prípade respitnej starostlivosti, ak rodina potrebuje zostať ekonomicky aktívna. Starostlivosť lôžková, ktorá môže byť krátkodobá, opakovaná či trvalá. Bez ohľadu na to, či je poskytovaná v špeciálnom lôžkovom zariadení, v domácnosti alebo inde, je pozitívnym prínosom pre spoločnosť i chorého a umierajúceho jedinca. [154]

„Pre hospicovú starostlivosť možno vymedziť niekoľko základných charakteristík: hospic je väčšinou neštátnym lôžkovým zdravotníckym zariadením, ktoré poskytuje hospicovú starostlivosť definovanú v návrhu zákona o zdravotníckej starostlivosti, hospic má nadviazané zmluvné vzťahy o platení poskytnutej starostlivosti so zdravotnými poisťovňami, starostlivosť v hospici je zásadne multidisciplinárna a tímová, v rámci celodenného programu rešpektuje hospic špecifické potreby človeka stajaceho na konci života, štandardnou súčasťou vybavenia hospicu je i vysoký technický štandard vybavenia i poskytovania starostlivosti, súčasťou hospicu je napr. i kaplnka a miestnosť poslednej rozlúčky, pri starostlivosti o klienta hospic počíta s účasťou blízkych osôb a poskytuje starostlivosť sprevádzajúcim a pozostalým, pri hospici pôsobí zbor dobrovoľníkov, ktorí predstavujú potrebný spojovací článok medzi hospicom a vonkajšou realitou, hospic máva zvyčajnú kapacitu cca 25 lôžok a rovnaký počet lôžok pre doprevádzajúcich, ktorí sa na starostlivosti podieľajú, ale svoj pobyt si uhrádzajú, hospic plní funkciu edukačného centra hospicovej starostlivosti v regióne“. [155]

[154]BALOGOVÁ, B.: *Seniori.* Prešov : Akcent Print, 2005.
[155]MUHLPACHR, P.: *Gerontopedagogika*. Brno : MU, 2004. s. 107.

Sociálna práca a sociálny pracovník v tíme odborníkov v paliatívnej starostlivosti

V starostlivosti o zomierajúcich ľudí sociálna práca vychádza okrem teoreticko-filozofického pozadia, kde patrí filozofia, tantalógia, psychológia, existenciálna analýza, logoterapia a prístup zameraný na človeka, z legislatívy a jej východiska, a to úcta k človeku, ktorý sa nachádza v akejkoľvek životnej situácii, stave a veku. [156] Zároveň plní úlohy, ktoré realizuje prostredníctvom práce sociálneho pracovníka. „Zoznámiť sa s potrebami pacientov a jeho rodiny: zhodnotiť potreby emočné, sociálne, praktické, finančné a pod.. Posúdiť silu a schopnosti pacienta a jeho rodiny situáciu zvládnuť a v prípade potreby taktne ponúknuť spôsoby pomoci. Vytvoriť optimálne podmienky chorému, jeho rodine a starajúcim sa, aby mohli vyjadriť svoje pocity, a to ako jednotlivo i spoločne. Chápať náboženské a etnické vplyvy, ktoré ovplyvňujú alebo sú ovplyvňované terminálnou chorobou alebo zármutkom. Zvlášť si všímať najzraniteľnejších ľudí, závislých, detí, adolescentov, starých príbuzných, predvídať u školákov ťažkosti s učením a pod.. Pomôcť rodine prekonať komunikačné ťažkosti, urovnať konflikty a využiť dobre čas, ktorý zostáva. Pomôcť všetkým zúčastneným prispôsobiť sa novej a zmenenej situácii a priebežne sa s ňou vyrovnávať. Riadiť a asistovať v jednaní s iným organizáciami a zohľadňovať potreby chorých a starajúcich sa osôb, pomoc s vybavovaním dávok. Byť spojkou medzi rodinou, školou, zamestnávateľmi a pod.. Zaistiť pozostalým pohrebné, sprostredkovať pomoc okolia“. [157]

Nakoľko starostlivosť o terminálne chorého človeka zahŕňa symptomatickú liečbu spojenú s komplexom činností od hygieny, stravovania, ošetrovateľských a lekárskych úkonov, cez psychologickú, právnu a sociálnu pomoc, poskytuje ju interdisciplinárny – multidisciplinárny tím, ktorý je zložený

[156]HROZENSKÁ, M. et al.: *Sociálna práca so staršími ľuďmi*. Martin : Osveta, 2008.
[157]MATOUŠEK, O., KOTRADYOVÁ, J., KODYMOVÁ, P.: *Sociálni práce v praxi.* Praha : Portál, 2005. s. 205-206.

z chorého jedinca a jeho rodiny, ošetrovateľa, hospicového lekára a sestry, sociálneho pracovníka, psychológa, kňaza, dobrovoľníkov, ďalších odborných pracovníkov ako fyzioterapeut, rehabilitačný pracovník, ergoterapeut. Sociálny pracovník má v tejto starostlivosti významné miesto. Interdisciplinárny charakter tejto práce si od neho vyžaduje schopnosť koordinácie pracovných postupov viacerých odborníkov a spoluprácu s dobrovoľníkmi. Keďže cieľom starostlivosti je aj zlepšenie kvality prežívania chorého, musí vedieť hľadať a využívať všetky zmysluplné možnosti a činnosti vzhľadom k očakávanému výsledku a typu chorého jedinca (dieťa, dospelý, senior), vylúčiť nevhodné postupy, ktoré by zhoršovali utrpenie zomierajúceho a jeho rodiny. Od postupu a činnosti v jeho práci sa často odvíja nielen jeho duševný pokoj, ale aj pokoj a istota umierajúceho človeka a jeho okolia. Ku kvalite jeho práce prispieva aj schopnosť viesť rozhovor, pracovať s bolesťou a traumou, s ktorou sa denne stretáva, nadviazať pozitívny vzťah, byť trpezlivý, autentický, realistický, vytvoriť kvalitné vzťahy a ponúknuť sociálnu oporu. Kontaktovať sa s rodinou aj po skone príbuzného, poskytnúť pomoc nielen pri vybavovaní administratívnych úkonov, ale aj počas doby trúchlenia.

Nakoľko práca naňho kladie zvýšené nároky, vytvára priestor na syndróm vyhorenia, je potrebné, aby sa zúčastňoval pravidelnej supervízie.

Záver

Peter Kalanin konštatuje, že existencia človeka v čase a priestore má dve základné charakteristiky, a to budúcnosť, ktorú je schopná svojou slobodou ovplyvňovať a budúcnosť, ktorá je neistá, kde môžeme zaradiť i čas smrti. Nakoľko chorobu či smrť ľudia vnímajú rôzne, podľa toho, v akom období života ich môže zastihnúť, aké sú jej príčiny, aká osobnosť je jej nositeľkou, ale aj od kvality informácií o závažnosti a prognóze choroby, môžeme formovanie starostlivosti pre toto obdobie života človeka ovplyvniť jej budovaním a skvalitňovaním aj prostredníctvom

sociálnej práce a práce sociálneho pracovníka, ktorý ponúka praktickú i emocionálnu pomoc.

Literatúra:

BALOGOVÁ, B.: *Seniori:* Prešov : Akcent Print, 2005. 156 s. ISBN 80-969274-9-3.
HROZENSKÁ, M. et al.: *Sociálna práca so staršími ľudmi.* Martin : Osveta, 2008. 181 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
KALANIN, P.: *Starý človek medzi nami*. Ružomberok : KU, 1991. 121 s. ISBN 80-7113-
034-6.
KOVAĽ, Š.: *Základy gerontológie pre sociálnu prácu.* Trnava : TU FZaSP, 2001. CDR.
KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci.* Praha : Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
MATOUŠEK, O., KOLAČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P.: *Sociálni práce v praxi.* Praha : Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
MÜHLPACHR, P.: *Gerontopedagogika*. Brno : MU, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovádzet.* Praha : Ecco Homo, 1999. 144 s. ISBN 80 902049-2-9.
ŠFEFKO, A.: *Dôstojnosť človekav starobe, chorobe a zomieraní.* Bratsilava : TF TU 143. ISBN 80-7174-429-8.

Kontakt:

PhDr. Janka Kuffová
LIKAVA-DSSaZpS
034 95 Likavka
kuffova@centrum.sk

Spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej starostlivosti v inštitucionálnom zariadení sociálnych služieb

Kurnát Anton, Kurnátová Eva

Abstrakt: Príspevok má za cieľ priniesť pohľad na inštitucionálny prístup k spolupráci odborných pracovníkov v zariadeniach sociálnych služieb.
Kľúčové slová: Kvalita života, Odborný pracovník, Katalóg zdravotných výkonov, Etický kódex.

Cooperation in the helping professions palliative care in institutional social services

Abstract: The aim of this report is to demonstrate how institutions influence the cooperation of their qualified employees in their working environment. Furthermore, it seeks to show how the implementation of an ethical code can influence social care employees' cooperation.
Key words: Quality of life, Specialist, catalog medical services, code of ethics.

Úvod

V príspevku sa zaoberám inštitucionálnym prístupom v oblasti poskytovania paliatívnej starostlivosti odbornými pracovníkmi v zariadeniach sociálnych služieb. Nedávna zmena sociálnej legislatívy priniesla aj „legalizáciu“ niektorých výkonov odborného zdravotníckeho personálu pracujúceho v sociálnych službách, a to aj v oblasti starostlivosti o umierajúceho. Rámec spolupráce pomáhajúcich profesií v inštitúcii môže určovať aj iná ako legislatívna norma,napríklad etický kódex.

Starostlivosť o zomierajúcich je určovaná v závislosti od dvoch hlavných cieľov, zmierňovania utrpenia a zvyšovania kvality života pacienta i jeho príbuzných. Kvalitu života môžeme posudzovať vo viacerých rovinách. Najjednoznačnejšie je kvalita života definovaná v osobnej rovine, kde sa týka každého z nás jednotlivo.

Podľa SZO je kvalita života *individuálne vnímanie vlastnej pozície v kontexte kultúry a hodnotových systémov so zreteľom na ciele, očakávania, životný štýl a záujmy*.

Kvalita života je zásadný princíp v paliatívnej starostlivosti ,všeobecne aj v zdravotníckej starostlivosti. K zabezpečeniu kvalitu života klienta či pacienta, musíme poznať jeho potreby a pristupovať k nemu komplexne ako k mnohodimenzionálnej etite, to determinuje aj starostlivosť poskytovanú multidisciplinárnym tímom. Jediným zdravotníckym pracovníkom v tomto tíme v prevažnej väčšine ZSS je sestra. Sestra pôsobí v paliatívnej starostlivosti ako súčasť tímu. Aby bola plnohodnotným členom, musí okrem potrebnej profesionality byť predovšetkým schopná spolupracovať a obhajovať uplatňovanie zásad svojho odboru ale aj práva prijímateľov sociálnej služby. Súčasťou tímu sú všetci odborní pracovníci, tak ako ich definuje zákon č.448/2008 Z.z. o sociálnych službách a najbližší príbuzní, často však len spoluobyvatelia ZSS.

Paliatívna starostlivosť je zdravotnícka starostlivosť podporovaná sociálnou starostlivosťou, najmä sociálnym poradenstvom ale v ZSS aj opatrovateľstvom. Aj keď v súčastnosti túto zabezpečujú hospice ako špecializované zdravotnícke zariadenia, paliatívnu starostlivosť a starostlivosť o umierajúcich „prirodzeným stárnutím“ poskytovali a poskytujú aj ZSS. Do konca júla t.r. však vo vyhláške č.109/2009 MZ SR Z.z. ktorou bol ustanovený výber zdravotných výkonov z katalógu zdravotných výkonov, ktoré v zariadeniach sociálnych služieb vykonávajú zamestnanci zariadenia sociálnych služieb, chýbali relevantné zdravotnícke výkony. Tak zdravotnícka starostlivosť v tejto oblasti bola nelegálna, zakázaná ale aj tolerovaná. Až nová vyhláška č.244 MZ SR z 13.júla 2011 priniesla zmenu. Medzi „povolenými“ zdravotníckymi výkonmi,ktoré môže vykonávať sestra v ZSS sa ocitli odbery a výtery, konzultácie s lekárom ale aj výkon *kontinuálna starostlivosť o umierajúceho pacienta.*

ZSS sú inštitucionálnymi zariadeniami a na tie, ktoré sú zriadené obcami a samosprávnymi krajmi sa vzťahujú záväzné

právne predpisy upravujúce pracovnoprávne vzťahy. Najmä zákon č.552/2003 Z.z. o výkone práce vo verejnom záujme, zákon č.553/2003 Z.z. o odmeňovaní niektorých zamestnancov pri výkone práce vo verejnom záujme, zákon č.311/2001 Z.z. zákonník práce, nariadenie vlády č.341/2004 Z.z. ,ktorým sa ustanovujú katalógy pracovných činností pri výkone práce vo verejnom záujme a ďalšie. Každá pracovná pozícia je tu definovaná svojim druhom práce a príslušnou katalógovou náplňou práce. Inštitucionálny rámec síce nebráni zadefinovaniu integrity a spolupráce pomáhajúcich odborných profesií ale nepodporuje ho priamo.

Menšie ZSS a ZSS približujúce podmienky komunitného a rodinného prostredia majú bližšie k efektívnej spoluprácii pomáhajúcich profesií. V niektorých európskych krajinách prebehol proces deinštutucionalizácie ZSS, v SR prebieha odborná diskusia na túto tému.

Integrujúcim prvkom spolupráce odborných profesií môže byť etický kódex pracovníka v ZSS. Integruje do rámca pracovných povinností profesionálny prístup, zodpovednosť, empatiu a angažovanosť, dodržiavanie ľudských práv, morálnych zásad, vytvárania prostredia dôvery a nediskriminácie a efektívneho využívania verejného aj spravovaného majetku a financií.

Kontakt:

Ing.Anton Kurnát
DSS ALIA, Ťačevská 38
085 01 Bardejov

RNDr.Eva Kurnátová
Spojená škola, Štefánikova ul.
085 01 Bardejov

Quo vadis ošetrovateľstvo?

Kolivošková Anna, Tardová Lenka, Goliašová Mária

Abstrakt: Kam kráčaš ošetrovateľstvo? V úvode tejto témy sa pozastavíme nad historickým vývojom ošetrovateľstva v SR. Aj u nás boli a sú významné osobnosti, ktoré stáli pri rozvoji a priekopníckej práci, keď po r.1990 s veľkým entuziazmom začali kráčať k uspokojeniu potrieb pacienta v ošetrovateľskej sfére.
Kľúčové slová: Nemocnica, Ošetrovateľstvo, Pacient, Sestra, Starostlivosť.

Quo vadis nursing?

Abstract: Where are you going, nursing? At the introduction to this topic let's pay attention to the historical development of nursing in Slovakia. There were and still there are great personalities, who partook in development of nursing and did groundbreaking work after 1990 as they began to work with a great enthusiasm on patients´ needs satisfaction.
Keywords: Care, Hospital, Nursury, Patient, Sister.

Ošetrovateľstvo

Ošetrovateľstvo kráča aj s prekážkami, ale s výsledkami pre dobro pacienta, ale aj sestier, aj keď sa ťažko kráčalo, niekedy sa stopy strácali, ale znova objavili:

- zavedenie ošetrovateľskej dokumentácie s oš. dg. podľa NANDA.
- medzinárodný projekt Lemon pre ošetrovateľstvo.
- postupný vznik asociácií sestier.
- vznik fakúlt ošetrovateľstva.
- prvé hospice.

Vo významných šľapajách ošetrovateľstva bol aj Prešov – SZŠ a NsP:

- zahájenie výučby ošetrovateľského procesu na SZŠ
- úspešná spolupráca SZŠ v Prešove s rakúskou SZŠ

- zahájenie odborných stáži v Rakúsku pre sestry NsP v Prešove
- zavedenie prvej ošetrovateľskej dokumentácie v spolupráci s rakúskou nemocnicou, kde kompletný preklad nám urobil MUDr. L. Szantó

Ďalšie úspešné kroky viedli do ošetrovateľského domu vo Švajčiarsku, v spolupráci s Česko-Slovenskou švajčiarskou asociáciou - stáže sestier. Na vysokej odbornej úrovni bola zahájená I, denná nemocnica s ADOS v Prešove.

- vznik neštátnych agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti.
- vznik Fakulty ošetrovateľskej pod vedením prof. A. Eliášovej.
- ošetrovateľstvo kráča dopredu.

Sestra dnes:- erudovaná, - flexibilná, - empatická- samostatná.

Výhodné podmienky pre uplatnenie ošetrovateľstva:

- prenosná technika.
- požičiavanie zdravotníckych pomôcok.
- vedenie ošetrovateľskej dokumentácie.
- samostatné vystupovanie.
- dostatok času pre pacienta.
- častejší kontakt s pacientom, ošetrujúcim lekárom.
- individuálny prístup.
- rozvoj potenciálu ošetrovateľského personálu.
- spolupráca so sociálnymi inštitúciami, opatrovateľskou službou.

Nevýhody v ADOS:

- pre pacientov s psychiatrickými dg.
- pre opustených.
- nedostupnosť k veľmi vzdialeným obciam.
- terminálne štádium s komplikovaným priebehom.

Komplexná ošetrovateľská starostlivosť

- akútne lôžko a krátkodobá hospitalizácia
- následná ošetrovateľská starostlivosť
- sociálna starostlivosť a starostlivosť



- **Akutné lôžko a krátkodobá hospitalizácia**
- **Následná ošetrovateľská starostlivosť**
- **Sociálna starostlivosť a strarostlivosť o zomierajúcich**

graf č. 1: Komplexná ošetrovateľská starostlivosť

O umierajúcich

Stopy smerujú k pacientovi, ale nie ruka v ruke, každý ako môže, vládze, nie je to ucelený koláč.

Reálny stav komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti:

- nedostatok ošetrovateľského a pomocného personálu
- limitácia výkonov ADOS
- deficit sociálnych zariadení a hospicov
-

graf č. 2: Reálny stav komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti



- **nedostatok ošetrovateľského a pomocného personálu**
- **limitácia výkonov ADOS**
- **deficit sociálnych zariadení a zariadení pre pacientov v infaustnom stave**

Starať sa sám o seba je pre človeka samozrejmosťou. V momente, keď je chorý a nie je v stave sa o seba postarať, je nútený si všímať ako sa stáva zavislým na pomoci druhých. Preto je nutné podporiť vznik nových inštitúcií a rozvoj ošetrovateľstva, rst. predchádzať osamelosti, opustenosti, aby sa neriešili ťažké chvíle, keď je človek na okraji spoločnosti z ľudského, ale aj ekonomického pohľadu.

Naša zakladateľka moderného ošetrovateľstva bola známa ako "dáma s lampou", dnes naše sestry sú bez lampy, ale nevidíme ich prácu v noci na ťažkých odd., v teréne, peši, vlakom, s ruksakom. Nemá viditeľnú lampu, ale kráča s lampou v srdci a jej stopy svietia na ceste k pacientovi.

Kontakt:
dipl. s.Anna Kolivošková,
PR Slovakia s.r.o. – ADOS Schneider
Čapajevova 23, 080 01 Prešov
ados.schneider@gmail.com

Z histórie prvého slovenského hospicu, Hospicu Matky Terezy v Bardejove

Krajči Jozef, Proněková Martina

Abstrakt: Príspevok sa zaoberá s históriou vzniku hospicov, o ich existencii v okolitých štátoch i na Slovensku. Charakterizuje charitu ako hlavného iniciátora ich výstavby a zriaďovania. Uvádza problémy pri výstavbe prvého slovenského hospicu a spomína, kde na Slovensku sú vybudované a funkčné. Predostiera finančné podhodnotenie i ťažkostí a spomína aj spoločenské aktivity, ktorými zvýrazňuje a propaguje ideu a potrebu hospicov na Slovensku, ako aj ich dnešné opodstatnenie v spoločnosti.
Kľúčové slová: Filozofia, Financovanie, História, Charita.

The history of the first Slovak hospice Mother Teresa's hospice in Bardejov

Abstract: The paper deals with the history of hospice, their existence in neighboring countries and Slovakia. Characterized by a charity as the main initiator of the construction and establishment. Mentioned problems in the construction of the first Slovak hospice and remembers where Slovakia is built and operational. Undercutting and raises the financial difficulties and also mentioned social activities, which highlights and promotes the idea of a need for hospices in Slovakia, as well as their justification in today's society.
Keywords: Philosophy, Finance, History, Charity.

Je všeobecne a najmä bardejovskej verejnosti známe, že dňom 1. júla roku Pána 2011 vstúpilo do ôsmeho roka svojej existencie a pôsobnosti moderné, charitné 20 – posteľové zdravotnícke zariadenie, prvé svojho druhu na Slovensku, sídliace v Bardejove, časť Bardejovská Nová Ves. Mnohí sa z toho tešíme a hrdíme, že je to práve naše mesto Bardejov, zapísané v jubilejnom roku 2000 do Zoznamu svetového dedičstva UNESCO (mimochodom v tom istom roku bol povýšený aj

nádherný gotický chrám sv.Egídia na baziliku minor) , ktorému patrí ďalšie ojedinelé prvenstvo v rámci Slovenska, keď práve v ňom uzrelo svetlo sveta toto súce, elegantné a pre mnohých osožné zariadenie.

Pripomeniem, že poslanie hospicu je dôstojne zabezpečiť a spríjemniť posledné chvíle života nevyliečiteľne dlhodobo chorých a zomierajúcich pacientov s nevýslovnou snahou a trpezlivosťou zmierňovať im bolesť a utrpenie tela a v mnohých prípadoch aj duše, vždy s prejavom citu a lásky sústavne prítomného personálu, rešpektujúc ich ľudskú dôstojnosť.

Prvé hospice boli budované začiatkom 19. storočia najmä vo Francúzsku, Írsku a Anglicku so zámerom pomáhať žobrákom, pútnikom, emigrantom, sirotám a neskôr aj chorým a umierajúcim. Prvým v dnešnom už v modernom ponímaní bol vybudovaný hospic v Londýne MUDr. Cecil Saundersovou (1967). V súčasnosti je ich vo svete vyše 2000. napr. v susednom Poľsku: 111, v Česku: 10, na Ukrajine: 6, v Rusku:4, v Maďarsku: 3,...). Pre zaujímavosť uvediem, že jeden z najstarších hospicov sveta „Hospic sv. Marty vo Vatikáne, nakoľko susedí si Sixtinskou kaplnkou (kde sa pri voľbe pápežov iba hlasuje) bol upravený a od roku 1990 slúži po prestavbe ako miestnosť pre konkláve k voľbe pápežov. 120-ti voliči sú v ňom ubytovaní s absolútnym zákazom styku s hocikým (žiadne návštevy, telefóny, média) - až do ukončenia volieb.

Najväčšími iniciátormi výstavby hospicov vo svete sú charity, ktorých motto: *„**Dielo lásky je dielom mnohých**“*, vystihuje ich úžasné poslanie. Tak je tomu aj na Slovensku, kde po r. 1989 pripravila Slovenská katolícka charita (v súčasnosti ju riadi prezident J. E. Mons. Štefan Sečka, nový spišský biskup) viacero vhodných projektov, ktoré sa však v dôsledku sústavného nedostatku financií, nie všetky realizovali.

A ako to bolo so vznikom toho nášho, bardejovského, na Slovensku prvého?

Myšlienka výstavby takéhoto zariadenia vznikala postupne od obnovenia činnosti Bardejovskej charity (1992) a postupne sa stala jej prioritou, ktorú uvítala a ochotne podporila rímsko-

katolícka cirkev, poskytnutím budovy bývalej školy spolu s pozemkom v Bard. Novej Vsi. Najskôr to bola snaha vybudovať klasické sociálne zariadenie (dom dôchodcov) s nákladom cca 1,6 mil. Sk. Také boli prvé zámery, ktoré sa však nevydarili, nakoľko sa zistilo, že budova je vo veľmi nevyhovujúcom stave a tak sa museli prepracovať pôvodné projekty, ktoré spôsobili nárast financií na výšku cca 10,mil.Sk. Mohlo sa začať. A tak 24. novembra 1997 bol požehnaný základný kameň i celé stavenisko s kapacitou 15. lôžok. V januári 1998 už začali stavebné práce firmou Rekostav a.s. Bardejov. ktorá však onedlho skrachovala a stavba sa zastavila. O stavbu sa začalo zaujímať aj zahraničie (Nemecko, Holandsko), čo dalo podnet zvýšiť kapacitu na dnešných 20 lôžok. Nove projekty stanovili vyššie náklady – 20,0 mil. Sk. Po mnohých obštrukciách a snahe sa podarilo nájsť novú firmu od Prešova: Horizont-Vertikál s.r.o., ktorej sa po mnohých ďalších problémoch a úskaliach technického i finančného charakteru, podarilo HOSPIC dobudovať. Hospic bol skolaudovaný a požehnaný J. E. Mons. Alojzom Tkáčom metropolitom košickej arcidiecézy 16. septembra 2002. (teda takmer a práve pred 9. rokmi).

Okrem toho nášho, sa na Slovensku vybudovalo a otvoril ďalších päť hospicov a to : 24-lôžkový Sv. Alžbety v **Kežmarku–Ľubica** (9/2005), 20-lôžkový Milosrdných sestier v **Trenčíne** (10/2005), 15-lôžkový U Bernadetky v **Nitre** (3/2007), 25-lôžkový v **Palárikove** (6.II.2008) a napokon 16-lôžkový Božieho milosrdenstva v **Banskej Bystrici** (2.5.2008)

Náš Hospic Matky Terezy patrí do košickej Arcidiecéznej charity, ktorú vedie Ing. Cyril Korpesio. Už pohľad na samotnú budovu a jej nádvorie je impozantný. Má vkusne usporiadaný interiér vhodne doplnený priestorom pre konanie ekumenických pobožností a sv. omší a nádhernou meditačnou kaplnkou Božieho Milosrdenstva i vkuským nádvorím, ktoré ocenila aj mestská Komunitná nadácia. (viď pekná skladačka, ktorá tvorí prílohu tohto konferenčného zborníka/CD. Hospic zamestnáva cca 20 stálych pracovníkov, ktorí majú svoju prácu radi a sú jej oddaní. Ináč to ani nemôže byť, pretože služba v ňom síce nie je ľahká ani

jednoduchá či jednostranná, ale zmysluplná a vďačná, nakoľko vo vzťahu k pacientom vždy ide o vzájomné obdarovanie sa, kde sa títo nemusia cítiť dlžníkmi...

Aj keď hospic je zdravotnícke zariadenie vytvorené pre dôstojne zomieranie,

neobchádzajú ho v tomto smere celoslovenské problémy, najmä čo sa týka financií, nakoľko výdaje na činnosť dlhodobo prevyšujú dostupné zdroje. Žiaľ, táto skutočnosť sa zdá u nás neriešiteľná. Preto sa musia sústavne hľadať najrôznejšie cesty a spôsoby chýbajúce financie nahradiť. Veľmi je nám nápomocná celoslovenská Nezisková organizácia Liga proti rakovine (1990) pod vedením MUDr. Evy Sirackej DrSc., viacerí bohuznámi donori, potom mnohí z Vás, ktorí ste poskytli isté prostriedky prostredníctvom 2% zo svojich daní, za čo vám patrí nesmierna vďačnosť a pod. Predstavte si, že nám pribudli isté prostriedky aj z benefičných koncertov uskutočňovaných pod záštitou slovenského veľvyslanca v Čechách v pražskom kostole sv. Tomáša čo je neuveriteľné...V tomto ohľade zohráva dôležitú úlohu neúnavne pracujúce občianske združenie pracujúce pod názvom OZ HOSPIC Božieho milosrdenstva. Jeho mottom je: „ **V mene kríža a s láskou do domu Božieho**“ a cieľom: Propagovať idey hospicového hnutia, poskytovať všestrannú pomoc pri jeho dobudovaní (stále je čo zabezpečovať a riešiť) a chodu samotnej prevádzky, ako aj vysvetľovať nový pohľad na kvalitu starostlivosti o ťažko chorých, ktorých neúmerne a rýchlo pribúda a tiež o zomierajúcich. OZ/BM sa snaží sústavne oslovovať ľudí dobrej vôle ochotných prispieť na činnosť hospicu a uvedené ciele. A možno konštatovať, že náš hospic je skutočne súci, keď okrem dobrých chýrov sú to uznania a iné, napr. Cena od primátora mesta Bardejov a Cena Antona Neuwirtha od OZ Fórum života Bratislava.

Poslanie hospicového hnutia výstižne vyjadruje jeho zakladateľka už spomínaná MUDr. Cecily Saundersová z Londýna s osobnou skúsenosťou so 40 ročným umierajúcim pacientom Dávidom, ktorý povedal : “Nikdy som v živote nikoho nemal, nič v živote som mimoriadne neurobil a napokon predsa

len ktosi prichádza vypočuť ma a ja mu mám čo povedať. Nachádzam priateľa, ktorý mi venuje pozornosť, lásku i srdce“. Odpoveď Mrs. Saundersovej bola: „Si dôležitý, lebo si človek a my robíme všetko čo je možné, aby si žil až do chvíle smrti“. V tomto príbehu je úžasne a výstižne obsiahnutá celá filozofia hospicovej starostlivosti. Viaceré takéto a podobné príbehy píše aj náš HOSPIC. Niekoľko naozaj nádherných už máme za sebou...

Kontakt:

Mgr. Ing. Jozef Krajči, Martina Proněková
Hospic Matky Terezy, B. N.Ves
Pri štadióne 2, 085 01 Bardejov
hospicbj@gmail.com

Syndróm vyhorenia u ľudí pracujúcich v oblasti opatrovateľskej starostlivosti

Laca Peter

Abstrakt: Syndróm vyhorenia je extrémne negatívny psychický stav, ktorý vyplýva z chronického stresu a dostavuje sa u ľudí pracujúcimi s ľuďmi. Príspevok sa zaoberá syndrómom vyhorenia u ľudí poskytujúcich opatrovateľskú starostlivosť osobám umiestnených v sociálnych zariadeniach alebo osobám bývajúcich vo vlastných domácnostiach. V príspevku sa kladie dôraz na dôležitosť uspokojenia spirituálnych potrieb opatrovateľov poskytujúcich opatrovateľskú starostlivosť, aby vedeli, kde hľadať zmysel a silu pre svoje náročné povolanie.
Kľúčové slová: Ľudia, Opatrovateľská starostlivosť, Opatrovateľ, Prevencia, Príznaky, Syndróm vyhorenia, Sociálne potreby.

Burnout for people working in social care

Abstract: Burnout is extremely negative psychological state that results from chronic stress and it appears to the people working with people. The paper deals with burnout syndrome in humans providing nursing care of persons placed in social institutions or persons living in their own homes. The article emphasizes the importance of satisfying spiritual needs of carers providing nursing care, to know where to find meaning and strength for their demanding profession.
Key words: Burnout, Guardian, Nursing care, People, Prevention, Social needs.

Úvod

O téme syndróm vyhorenia sa v poslednom čase čoraz viac diskutuje. Môžeme nájsť mnoho prác a štúdií, ktoré sa touto témou zaoberajú. Aj napriek tomu sme sa rozhodli venovať tejto téme v našom príspevku, lebo syndróm vyhorenia je vážnym problémom. Priamo ovplyvňuje človeka, v tomto prípade pracovníka, ktorý poskytuje opatrovateľskú starostlivosť osobám

umiestnených v sociálnych zariadeniach alebo osobám bývajúcich vo vlastných domácnostiach.

Cieľom tohto príspevku je poukázať na to, aby opatrovatelia vedeli, kde majú hľadať zmysel a silu pre svoju náročnú službu. Lebo opatrovatelia sa starajú o nevyliečiteľne chorých a umierajúcich klientov. Ich práca nie je ľahká, preto ju musia vykonávať s láskou, lebo klient je veľmi vnímavý na to, či je služba opatrovateľov skutočným poslaním, alebo iba zamestnaním. Psychický stav opatrovateľa ovplyvňuje zároveň aj uspokojenie potrieb klienta. Opatrovatelia poskytujúci opatrovateľskú starostlivosť sú zvlášť náchylný k rozvoju syndrómu vyhorenia, a to pre vlastnú podstatu svojho povolania, ktoré je spájané s vysokými emočnými nárokmi.

Syndróm vyhorenia a jeho zadefinovanie

Syndróm vyhorenia ako fenomén, o ktorom boli zmienky vo viacerých psychologických prácach, bol donedávna celkom neznámy. Tento fenomén nebol však otvorene diskutovaný a v niektorých profesiách bol dokonca zakázaný. Téma a zmienka o tomto syndróme mohla vyznieť neprofesionálne. Mnoho ľudí častokrát popierala, že niečo také vôbec existuje. Ak by aj pripustili túto existenciu, tak tvrdili, že príznaky sú veľmi vzácne a nepatrné.[158]

V rokoch 1974-1975 boli v USA prvykrát publikované zmienky o syndróme vyhorenia. Americký psychiater H. J. Freudenberg, ktorý pracoval v agentúre pre zdravotnú starostlivosť, si všimol, že dobrovoľní pracovníci, ktorí tam pracujú, prežívajú postupné emocionálne vyčerpanie, spojené so stratou pracovného zaujatia a motivácie. Tento proces trval asi jeden rok a bol sprevádzaný rôznymi telesnými aj psychickými symptómami. Po zverejnení jeho poznatkov sa ukázalo, že sa

[158]PRCHALOVÁ, E.: *Efekt vyhoření u zdravotních sester na neurológii*, Ošetřovatelství I., 1999, s. 20.

nejedná len o anomálne správanie týkajúce sa niekoľko málo jedincov, ale že celá záležitosť má širší sociálny kontext.[159]
S pojmom burnout sa stretávame od sedemdesiatych rokov minulého storočia. Anglické „burn out" môžeme preložiť ako *vyhorieť, vyhasnúť, vypáliť, vyčerpať*. V slovenských prekladoch prevláda a v podvedomí ľudí nachádza svoje miesto výraz *vyhorenie*. Pojem burnout použil po prvýkrát H. Freudenberg.[160] Syndróm vyhorenia sa dnes ako relatívne nový pojem objavuje hlavne v krajinách, ktoré na prelome 80. a 90. rokov prechádzali rozsiahlymi transformačnými zmenami, kde syndróm vyhorenia rozširuje okruh problémov, ktoré súvisia so zvládaním stresu.

Už takmer 25 rokov sa lekári a psychológovia zaoberajú stavmi celkového psychického vyčerpania, ktoré sa prejavuje v oblasti motivácie, emócie a kognície, zasahuje a ovplyvňuje postoje, názory, ale aj výkonnosť a následne aj celé vzorce profesionálneho správania sa a jednania osôb, u ktorých došlo k vzniku a rozvoju tohto syndrómu. Súčasne ide o veľmi aktuálny medicínsky problém, lebo syndróm vyhorenia okrem uvedených oblastí psychiky ovplyvňuje podstatne aj kvalitu života osôb, u ktorých sa vyskytuje.

Syndróm vyhorenia je podľa Ch. Maslach syndrómom, ktorý je charakterizovaný emocionálnym vyčerpanín depersonalizáciou a nízkou úrovňou osobného uspokojenia. Primárne ovplyvňuje ľudí, ktorí sa vo svojej práci nejakým spôsobom venujú ľuďom alebo pracujú s ľuďmi.[161] Syndróm vyhorenia sa vyvíja ako reakcia na chronické emočné napätie, ktoré je výsledkom jednania s inými ľuďmi, a zvlášť s ľuďmi, ktorí sa musia vysporadúvať s vážnymi problémami. Syndróm

[159]LIBIGEROVÁ, E.: *Syndrom profesionálního vyhoření.* Prakticky lékař, Roč. 79, s. 186.
[160]Publikoval to v roku 1974 v časopise Journal of social issues, v článku Staff burnout. Por. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I.: *Bornout syndrom. Teoretická východiská, diagnostické a intervenční možnosti*. Praha: Československá psychológie, Roč. XLII, 1998, s. 432.
[161]MASLACH, Ch, SCHAUFELI, W., B., MAREK, T.: *Professional burnout : recent developments in theorz and research.* Bristol : Taylor & Francis, 1993 s. 299.

vyhorenia tak možno považovať za typ profesionálneho stresu, ktorý vyplýva zo sociánej interakcie medzi osobou, ktorá poskytuje pomoc a osobou, ktorá pomoc prijíma. J. Křivohlavý nám približuje vo svojej knihe jednotlivé pohľady (definície) autorov, ktorí sa javom burnout zaoberali, snažili sa formulovať svoje predstavy a ujasniť to, čo burnout je.[162] J. Křivohlavý sa ďalej zmieňuje, že každá z definícií hovorí o syndróme vyhorenia z iného uhla pohľadu. Napríklad:

„Burnout je konečným štádiom procesu, pri ktorom ľudia, ktorí sa hlboko emocionálne niečím zaoberajú, strácajú svoje pôvodné nadšenie (svoj entuziazmus) a svoju motiváciu (svoje vlastné hnacie sily)." „Burnout je výsledok procesu, v ktorom ľudia veľmi intenzívne zaujatí určitou úlohou (ideou) strácajú svoje nadšenie." „Burnout je formálne definovaný a subjektívne prežívaný ako stav fyzického, emocionálneho a mentálneho vyčerpania, ktorý je spôsobený dlhodobým zaoberaním sa situáciami, ktoré sú emocionálne ťažké (náročné). Tieto emocionálne požiadavky sú najčastejšie spôsobené kombináciou dvoch vecí: veľkým očakávaním a chronickým situačným stresom."[163]

Príznaky syndrómu vyhorenia a profesia opatrovateľa

Medzinárodná klasifikácia chorôb priradzuje syndrómu vyhorenia kód ICD 10, kategória 73,0 s názvom Problémy spojené s ťažkosťami v usporiadaní života, ktoré majú tieto symptómy:[164]

Psychické príznaky môžeme rozdeliť na **rovinu poznávaciu, rozumovú**, v ktorej ide o stratu: nadšenia, schopnosti pracovného nasadenia, zodpovednosti, nechuti, ľahostajnosti k práci, negatívneho postoja k sebe samému, k práci, k inštitúcii, k spoločnosti, k životu, sústredennosti a

[162]KŘIVOHLAVÝ, J.: *Jak nestratit nadšení,* 1. vyd. Praha : Grada, 1998, s. 47
[163] KŘIVOHLAVÝ, J.: *Jak nestratit nadšení*, 1. vyd. Praha : Grada, 1998, s. 49
[164]Por.: MANOVÁ, J.: *Syndróm vyhoření v práci sester se seniory v regionu Kladno*, diplomová práce, Brno, 2009, s. 13.

rovinu emocionálnu. V nej ide o pocity bezmocnosti, skľúčenosti, agresivity, popudlivosti, nespokojnosti, pocitu nedostatku uznania.[165] Medzi psychické príznaky tiež patrí častá depresia, strach, úzkosť, pocit bezcennosti, samota, hnev, smútok, sebaobviňovanie, odmietanie rád a kritík, užívanie psychostimulačných látok, liekov, alkoholu, kávy, strata chuti do života, frustrácia a strata motivácie, egocentrizmus, strata pocitov radosti, cynizmus, pocit zúfalstva, úplne psychické a fyzické vyčerpanie. Emocionálne vyčerpaný človek sa cíti ako zbitý, má často pocit bezmocnosti a beznádeje, z ktorej nevidí žiadne východisko, je mnohokrát podráždený a nervózny. Tento stav môže v extrémnych prípadoch viesť až k vypuknutiu duševnej choroby, až k sebevražedným úmyslom.

Pre postihnutých syndrómom vyhorenia sa rodina stáva príťažou a majú k nej zvyčajne negatívny vzťah. U ľudí poskytujúcich opatrovateľskú starostlivosť klesá záujem o klientov, stávajú sa cynickými, prejavuje sa nepozornosť v práci a na výčitky reagujú výbuchmi hnevu alebo naopak plačom.[166] Dôsledkom je prudký úbytok fyzickej aj psychickej energie, čo sa začne spočiatku prejavovať na spôsobe a štýle komunikácie. Neskôr dochádza k prenášaniu problémov na okolie, partnera, rodinu, následkom čoho vznikajú konflikty a opatrovateľ alebo opatrovateľka sa začne uzatvárať do seba. Neskôr sa objavujú psychické problémy vo forme tenzie, úzkosti, depresie doprevádzané psychosomatickými ťažkosťami, ako sú napr. hypertenzia, nespavosť, emočná labilita, až agresivita vo vzťahu k okoliu. Z týchto ťažkostí začne hľadať únik v sedatívach, psychostimulačných liekoch. Objaví sa nevšímavé, pohŕdavé, arogantné, cynické až obviňujúce správanie sa. Môže vyústiť do fyzického násilia, týrania, trestania, zámerného neposkytovania potrebnej opatrovateľskej pomoci, liekov, odopierania základných

[165]Por. ROZPRÝMOVÁ, H.: Syndróm vyhoření, *Aktuální kapitolyz péče o seniory,* 1. vyd., Praha : Grada, 1999, s. 66.
[166]ŠTÍPALOVÁ, O., ŠEBEKOVÁ, V.: *Syndróm citového vyhorenia* 1. Ostravské sympozium ošetrovatelství s mezinárodní účastí. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita 2001, s. 114.

ľudských práv. Dochádza k rozvratu rodiny, konfliktom so spolupracovníkmi, zamestnávateľom, výpovediam v zamestnaní, stavia sa proti všetkému a proti všetkým. Tento stav vrcholí absolútnym fyzickým, emocionálnym a duševným vyčerpaním, pocitom nezmyselnosti ďalšieho života až suicidiom.[167]

Telesné príznaky, medzi telesné príznaky syndrómu vyhorenia patrí: výrazný pokles energie, celková telesná slabosť a chronická únava, bolesti hlavy a krčnej chrbtice, stuhnutosť svalov, brušná alebo hrudná bolesť, nepravidelná činnosť srdca, nechutenstvo alebo nezvyčajný hlad, až bulímia, poruchy spánku, výkyvy telesnej hmotnosti, hnačka a pokles telesnej hmotnosti, pri bulímii naopak obezita, hypertenzia.

Povolanie ľudí vykonavajúcich opatrovateľskú starostlivosť v sebe zahŕňa ochranu, rozvoj a prinavrátenie zdravia, prevenciu ochorenia a zmierňovanie utrpenia v starostlivosti o jednotlivca, skupiny alebo komunity. Najzákladnejším etickým princípom je úcta k človeku a s tým úzko súvisia ďalšie zásady, ako sebaurčenie (autonómia), neškodnosť (vyhýbanie sa spôsobeniu škody), konanie dobra (dobročinnosť), dôvernosť, pravdovravnosť, dodržiavanie sľubov, spravodlivé zaobchádzanie s ľuďmi. Potreba zdravotnej starostlivosti presahuje všetky etnické, národné, kultúrne, vzdelanostné, politické, osobnostné, pohlavné, rolové a náboženské rozdiely.

Ďalšou zásadou, o ktorej hovorí etický kódex je dimenzia odbornosti. Sú to vedomosti a zručnosti, ktoré je potrebné si osvojiť dosiahnutím príslušného vzdelania. Do komplexnej odbornosti v neposlednom rade patrí aj schopnosť komunikovať, schopnosť vytvoriť a udržať primeraný kontakt s l'udmi. Ľudský vzťah totiž zohráva podstatnú a dôležitú úlohu v povolaní opatrovateľov. Klienti sú ľudia v núdzi, ktorí od opatrovatľov očakávajú viac ako bravúrnu komunikačnú schopnosť. Veľmi citlivo vnímajú každý prejav

[167]ŠRAMKA, M.: *Syndróm vyhorenia v zdravotníctve – príčiny a dôsledky.* Komplexná starostlivosť o človeka v hraničných situáciach. In: Zborník FzaSP bl. P. P. Gojdiča, Prešov, 2005.

opatrovateľa, verbálny aj neverbálny a nevedome reagujú na celkovú atmosféru, v ktorej sa odohráva ich kontakt navzájom. Ak porovnávame profesiu opatrovateľov, tí sú na rozdiel od iných zdravotníckych pracovníkov s klientom v kontakte počas celého svojho pracovného času. Často sa dostávajú do intímnej zóny klientov, a tak sa medzi opatrovateľmi a klientmi vytvára špecifický vzťah, ktorý je nenapodobiteľný a nenahraditeľný žiadnym iným vzťahom. Tento špecifický vzťah ako uvádza E. Heftyová je jednou z príčin obrovskej náročnosti tohto povolania.[168]

Opatrovatelia pomáhajú iným, ale často nevedia pomôcť sebe a niekedy môžu vyjsť z tejto pomoci poškodení. Stres v osobnom živote zvyšuje hladinu stresu v profesionálnej práci. Profesionálny stres vyplýva z práce s chorými. Je to kvalitatívny rozdiel oproti iným profesiám, kde sa pracuje so zdravými ľuďmi. Medzi hlavné stresové faktory patrí práca s klientom, ktorý má bolesti, je smutný, má strach, depresie, niekedy má zlú alebo infaustnú prognózu. V sociálnych zariadeniach sú opatrovatelia často konfrontovaní s umieraním a smrťou. Ďalším stresujúcim faktorom môže byť nedostatok kvalitného materiálu. Skúsenosť ukazuje, že väčšina stresov prichádza zo zlých interpersonálnych vzťahov. Dôležitým faktorom je aj preťaženie z práce.

Prevencia syndrómu vyhorenia

Niektorí ľudia sa snažia uniknúť každodennému stresu tým, že sa idú pobaviť so svojimi priateľmi. Niekedy však dobrú náladu iba predstierajú, no v skutočnosti sú skľúčení. Keď sa snažia zmierniť stres alkoholom alebo inými návykovými látkami, proces, ktorý vedie k úplnej vyčerpanosti iba urýchlia. Najdôležitejšou vecou, ktorá vedie k zotaveniu je opora v ľuďoch, s ktorými môžu komunikovať. Veľmi pomáha, ak má človek vedľa seba ľudí, na ktorých sa môže spoľahnúť. Ľudia, ktorí sú náchylní na vyčerpanosť, majú vysoké nároky na

[168]HEFTYOVÁ,E.: *Hrozí sestrám vyhorenie?* Sestra, 2002, s. 44.

správanie a prejavujú starosť o druhých ľudí. Tým, ktorí trpia vyčerpanosťou najviac, často pomôžu slová ocenenia a pochvaly.[169]

Človek môže vo významnej miere ovplyvniť vlastné prežívanie stresovej situácie a intenzitu následnej stresovej reakcie, musí však poznať prostriedky a vedieť, ako na to.

V počiatočnej fáze by sa mohol dať proces zvrátiť kratšou prestávkou v práci, napr. niekoľkodňovou dovolenkou, aby ľudia poskytujúci opatrovateľskú starostlivosť načerpali nové sily. Čím je však proces pokročilejší, zotavenie je náročnejšie a časovo dlhšie. Burnout nie je iba problém osobný, často je problémom organizačným, a tak aj jeho riešenie má byť zamerané na tieto dve sféry. Opatrovatelia, ktorí týmto syndrómom trpia, potrebujú pomoc druhého človeka, lebo si nie sú schopní pomôcť. V akútnej fáze je potrebné získať určitý odstup a viac odpočívať. Možné je skrátenie pracovnej doby. Vhodná je výmena skúseností s pracovníkmi v rovnakej pracovnej situácii, aj napriek tomu, že títo nie sú postihnutí rovnakým syndrómom. K zníženiu výskytu burnout prispieva veľmi významne podpora členov tímu, výmena skúseností a názorov, ktoré sa týkajú profesionálneho rastu.[170]

Za protektívne, t. j. burnout tlmiace faktory sa považujú: dostatočná asertivita, schopnosť relaxovať, vhodne zorganizovaný čas a umenie nedostať sa do časovej tiesne, pestrosť práce a pracovná autonómia, pocit dostatku vlastných schopností, viera vo vlastnú schopnosť a sebauplatnenie, sociálna opora, v prípade burnout syndrómu sa ako najefektívnejšia javí opora zo strany spolupracovníkov, pocit adekvátneho spoločenského

[169]KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I.: *Bornout syndrom. Teoretická východiská, diagnostické a intervenční možnosti*. Praha: Československá psychológie, Roč. XLII, 1998, s. 439.
[170]BARTLOVÁ, JOBÁNKOVÁ, 2001, s. 78-79.

uznania a ekonomického ohodnotenia, osobný pocit spokojnosti so životom, pozitívne emócie.[171]

Skúsenosti mnohých odborníkov, ktoré môžu pomôcť ľuďom poskytujúcim opatrovateľskú starostlivosť zvládnuť záťaž a predchádzať syndrómu vyhorenia sa dajú zhrnúť do týchto odporúčaní: ovládajte svoje myšlienky, správanie a pocity, uvažujte o užitočných veciach a buďte rozhodní, ak vás niečo znervózni, vedome sa uvoľnite a dýchajte zhlboka, skúste sa na svoju situáciu pozrieť očami iného človeka, pochváľte druhých za to, čo si na nich vážite, vyjadrujte zaslúženú pochvalu, premáhajte negatívne uvažovanie, naučte sa hovoriť nie, ak vám váš časový plán nedovoľuje prijať ďalšie úlohy a prácu, každý deň sa venujte telesnému cvičeniu, pri jednaní s druhými buďte úctiví, udržujte si optimizmus a zmysel pre humor, pracovné problémy neprenášajte do súkromia, nechajte ich na pracovisku, prácu, ktorú máte vykonať ihneď nenechávajte na zajtrajšok.[172]

Burnout syndróm nemá len osobnú dimenziu, ale aj dimenziu organizačnú. Preto organizácia (sociálne zariadenie) by mala mať jasnú predstavu o svojich úlohách, ktoré sa týkajú starostlivosti o svojich pracovníkov starajúcich sa o klientov. Organizácia by mala mať tieto preventívne aktivity: pomocné programy, ktoré sú zamerané na odreagovanie pocitov, rozpoznanie zdrojov stresu, včasné rozpoznanie nesprávneho adaptačného správania, osvojenie schopností, ktoré sú potrebné pre riešenie problémov a adaptácie, uznanie schopností a individuálnej hodnoty každého opatrovateľa, vytváranie nových foriem uplatnenia a cieľov. lepšia obojstranná komunikácia, pružná pracovná doba, možnosť rotácie pri rozdeľovaní pracovných povinností.[173] Úlohou zamestnávateľa, organizácie alebo rodiny je zabezpečiť dobre motivovaným ľuďom pracovné podmienky, v ktorých

[171]KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I.: *Bornout syndrom. Teoretická východiská, diagnostické a intervenční možnosti*. Praha: Československá psychológie, Roč. XLII, 1998, s. 439.
[172]PRCHALOVÁ, E.: *Efekt vyhoření u zdravotních sester na neurológii*, Ošetřovatelství I., 1999, s. 23-24..
[173]KALFOSSOVÁ, M., H.: *Kto pečuje o pečujíci?* Onkologická péče, 4, 2002. , s. 12.

by mohli títo ľudia čo najlepšie pracovať. Táto úloha v sebe zahŕňa aj snahu zabrániť všetkému, čo by mohlo mariť ich úsilie a nadšenie.

Záver

Dnes je vyhorenie považované za naliehavý sociálny a individuálny problém. Keďže výskyt syndrómu vyhorenia v súčasnosti ďalej rastie, vzhľadom k zvýšenému životnému tempu, rastúcim nárokom na sociálne, ekonomické a emocionálne zdroje človeka, je potrebné téme syndrómu vyhorenia venovať sa. Preto sme v tomto príspevku definovali pojem syndróm vyhorenia, popísali najčastejšie príznaky tohoto syndrómu a podali to, ako si môžu pomôcť ľudia poskytujúci opatrovateľskú starostlivosť, aby zvládali záťaž a predchádzali syndrómu vyhorenia. Ľudová múdrosť hovorí, že bolesť, s ktorou sa podelíme sa zmenší o polovicu. A tak člověk, by sa mal deliť so všetkým a vyrastať v sociálnej skupine, ktorá určitým spôsobom vytvára tzv. sociálnu sieť na pomoc v boji so stresom a na zabránenie emocionálneho vyhorenia.

Literatúra:

HEFTYOVÁ,E.: *Hrozí sestrám vyhorenie?* Sestra, 2002.

KALFOSSOVÁ, M., H.: *Kto pečuje o pečujíci?* Onkologická péče, 4, 2002.

KEBZA,V., ŠOLCOVÁ, I.: *Bornout syndrom. Teoretická východiská,diagnostické a intervenční možnosti*. Praha: Československá psychológie, Roč. XLII, 1998.

KŘIVOHLAVÝ, J.: *Jak nestratit nadšení,* 1. vyd. Praha : Grada, 1998, 136 s., ISBN 80-7169-551-3.

LACA, S.: *Etické princípy v zdravotnej starostlivosti*, In: Zborník z medzinárodnej konferencie - Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti v teórii a praxi, Ružomberok : Verbum, 2010, 189 s. ISBN 978-80-8084-616-9.

LIBIGEROVÁ, E. : *Syndrom profesionálního vyhoření*. Prakticky lékař, Roč. 79, 190 s.

MANOVÁ, J.: *Syndróm vyhorení v práci sester se seniory v regionu Kladno,* diplomová práce, Brno, 2009, 97 s.

MASLACH, Ch, SCHAUFELI, W., B., MAREK, T.: *Professional burnout : recent developments in theorz and research.* Bristol : Taylor & Francis, 1993, 299 s., ISBN 1560322624.
PRCHALOVÁ, E.: *Efekt vyhoření u zdravotních sester na neurológii*,Ošetřovatelství I, 1999.
ROZPRÝMOVÁ, H.: Syndróm vyhorení, *Aktuální kapitolyz péče o seniory,* 1. vyd., Praha : Grada, 1999, 88 s., ISBN 80-7169-828-8.
ŠRAMKA, M.: *Syndróm vyhorenia v zdravotníctve–príčiny a dôsledky.* Komplexná starostlivosť o človeka v hraničných situáciach. In: Zborník FzaSP bl. P.P Gojdiča, Prešov, 2005.
ŠTÍPALOVÁ, O., ŠEBEKOVÁ,V.: *Syndróm citového vyhorenia* 1. Ostravské sympozium ošetrovatelství s mezinárodní účastí. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, 2001, 140 s.

Kontakt:

ThLic. Peter Laca
Greckokatolícka teologická fakulta, Prešovská univerzita
Ulica biskupa Gojdiča 2, 080 01 Prešov
peter.laca@post.sk

Paliatívna a hospicová starostlivosť v kontexte eticko a náboženských aspektov

Laca Slavomír

Abstrakt: Paliatívna a hospicová starostlivosť rešpektuje individualitu každého človeka. Je zameraná na riešenie biologických, psychických, sociálnych a spirituálnych potrieb ľudského jedinca, jeho blízkych. Pri tom však nesmieme zabudnúť ani na etiku života, ktorá je jej súčasťou.
Hospicová starostlivosť pomáha žiť umierajúcemu, čo najlepšie až do poslednej chvíle. Neberie chorému nádej, naopak pomáha mu hľadať zmysel života, pomáha mu uvedomiť si, kde je užitočný a kde môže byť užitočný. Týmto príspevkom chceme poukázať na potrebu celostného prístupu starostlivosti o terminálne chorých a zomierajúcich, na ich potrebu zachovať etiku života a ich práva, potreby a rešpektovania ich dôstojnosti. Je dôležité usilovať sa o hľadanie objektívneho pohľadu na problémy choroby a zomierania v kontexte etiky života a celkového pohľadu na človeka v jeho jedinečnosti a v skutočnosti, že je jeden z nás.
Kľúčové slová: Človek, Etika života, Hospicová starostlivosť, Paliatívna starostlivosť, Zdravie.

Palliative and hospice care in the context ethical and religious aspects

Abstract: Palliative and hospice care respects the individuality of each person. It aims to address the biological, psychological, social and spiritual - spiritual needs of human beings, their relatives and that we must not forget the ethics of life, which is part of it.
Hospice care helps the dying to live the best until the last moment. It does not take a sick hope in turn helps him find meaning in life, helps him realize where it is useful and where it can be useful. In this contribution we highlight the need for holistic approach to care for the terminally ill and dying, their need to maintain the ethics of life and their rights, needs and

respect their dignity. It is important to pursue the search for an objective view of the problems of disease and dying in the context of ethical life and the overall view of a man in his uniqueness and the fact that one of us.
Key words: Ethics of life, Hospice care, Human. Palliative care, Health.

Úvod

Každý ľudský jedinec má možnosť prežiť plnohodnotný a bohatý život tak, ako to chápe v rámci svojej sociálnej identity. Každú etapu života si treba vážiť ako potenciál, ktorý prispeje do sociálneho a ekonomického rozvoja. To znamená, že každý človek nie je príťažou pre spoločnosť. Chorí človek je človek, ktorý úmerne k svojmu veku prispieva k rozvoju spoločnosti.

A práve dôstojnosť ľudskej osoby, ktorú vlastí každý človek, je iniciátorom ochotnej služby ľudskej osobe, ktorá sa ocitla v situácii odkázanosti na iných.“174 Na tomto mieste je potrebné zdôrazniť ako je dôležité vychovávať deti od útleho veku úcte k chorým ľuďom, ako sa k takýmto ľuďom správať a ako sa od nich učiť. Je dôležité venovať sa tejto téme, nakoľko sa bytostne dotýka nás všetkých.

Paliatívna a hospicová starostlivosť a etika života

Na umieranie sa pozeráme ako na normálny proces, ktorý vychádza z reality. Všetci raz zomrieme, pretože sme smrteľní. Paliatívna starostlivosť potvrdzuje „život a umieranie akceptuje ako prirodzený proces, smrť neodsúva ani neurýchľuje, nie je autoritatívna, nevnucuje liečbu, spolupracuje s pacientom a jeho rodinou.“175 Paliatívny prístup nie je a nikdy nebol zameraný na predčasné ukončenie života. Tiež však považujeme za dôležité pripomenúť, že pokroky v medicíne by nemali slúžiť k tomu, aby

[174]DIRGOVÁ, E. – KALANIN, P.: *Filozoficko – etický pohľad na človeka v núdzi.* In: Posolstvo Jána Pavla II. pre dnešný svet. “Chudoba cez prizmu sociálnej náuky Cirkvi, spoločenských a ekonomických vied.” Poprad : PF KU, 2009, s. 128.
[175]HUDÁKOVÁ, Z., LACA, S. : *Hospicová starostlivosť v našich podmienkach.* In Zdravotnícke štúdie, roč. III., č.2, s. 30-34.

neprirodzene, nad únosnú hranicu predlžovali život. Hlavným ťažiskom by mal byť predovšetkým záujem o kvalitu života človeka a jeho dôstojnosť až do posledných chvíľ, k čomu nám má slúžiť etika.

Oblasť paliatívnej starostlivosti, ktorá sa zaoberá najmä záverečnou fázou ľudského života, je v súčasnosti vnímaná ako vzmáhajúci sa úsek sociálnej práce. Práve tu majú sociálni pracovníci možnosť využiť profesionálne zručnosti, a to ako pri hodnotení, analýze, tak i pri intervencii, s cieľom zlepšiť kvalitu starostlivosti o umierajúcich, na princípe etiky a morálky.

Paliatívna starostlivosť je špeciálny druh zdravotníckej (nemocničnej aj ambulantnej) starostlivosti o chorých v pokročilom štádiu ochorenia, keď bola stanovená diagnóza, vyčerpaná kauzálna liečba a uplatňuje sa iba liečba zmierňujúca príznaky. Ďalej autorka M. Svatošová vysvetľuje, že pojem paliatívna starostlivosť je odvodený z gréckeho slova paliatus – odetý plášťom. „Zameriava sa na komfort jednotlivca s dôrazom na medicínskom modeli, často začína a niekedy aj zotrváva v zariadení akútnej starostlivosti.“176 Môžeme konštatovať, že paliatívna starostlivosť sa zaoberá liečbou chorých s aktívnym pokročilým ochorením v terminálnom štádiu. Paliatívna starostlivosť je aktívna, celková starostlivosť o pacientov v čase, keď ich choroba nereaguje na ďalšiu liečbu. Cieľom liečby a starostlivosti je kvalita ich života. Najdôležitejšou súčasťou je liečba bolesti, symptómov ako aj riešenie psychologických, sociálnych a duchovných problémov chorých.

Paliatívna starostlivosť nie je iba starostlivosťou v terminálnom štádiu. Je určená veľkej skupine klientov, ktorí trpia na následky malígného ochorenia. Je poskytovaná súčasne s aktívnou proti nádorovou liečbou, alebo môže byť poskytovaná samostatne. Autroka Haškovcová hovorí, že „paliatívna starostlivosť je paliatívna medicína, utešujúca, zmierňujúca

[176]LACA, P.: *Etické požiadavky na povolanie v zdravotnej starostlivosti*, In Zborník z medzinárodnej konferencie - Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti v teórii a praxi, Ružomberok : Verbum, 2010, 160 s. 63.

bolesť a predstavuje ucelený a nádejný systém pomoci umierajúcim a ich rodinám“, ktoré má mať na zreteli etiku života.“177

Paliatívna starostlivosť predstavuje osobitný druh zdravotnej ale aj sociálnej starostlivosti. Jej cieľom nie je len zmiernenie bolesti, či stabilizácia zdravotného stavu, ale ide tu najmä o zlepšenie možnej kvality života klienta až do jeho smrti, kde veľkú rolu zohráva humánny „etický“ prístup. Zahŕňa v sebe nielen podporu, ale i pomoc klientovi a jeho rodine.

Hospicová starostlivosť je ponímaná v rámci všeobecných princípov podobne ako paliatívna starostlivosť. Rozdiely možno pozorovať v komplexnosti vnímania potrieb umierajúceho, napr. vo vzťahu k jeho prostrediu, sociálnym vzťahom a potrebám jeho blízkych.

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie hospicová starostlivosť je „integrovaná forma zdravotnej, sociálnej a psychologickej starostlivosti, poskytovaná klientom všetkých indikačných, diagnostických a vekových skupín, u ktorých je prognózou ošetrujúceho lekára predpokladaná dĺžka života v rozsahu menej ako šesť mesiacov.“178 V rámci hospicovej starostlivosti sa poskytuje iba paliatívna liečba. Draganová et al. zdôrazňuje, že hospicová starostlivosť nepatrí medzi sociálne zariadenia. Podľa nej ide o „starostlivosť o umierajúceho a nevyliečiteľne chorého v konečných štádiách choroby, ktorý potrebuje ošetrovateľskú starostlivosť a liečbu na zmiernenie utrpenia.“179 Cieľom hospicovej starostlivosti je sprevádzať ťažko chorých na poslednom úseku ich života a pomáhať aj ich príbuzným znášať ťažké chvíle lúčenia.

Väčšina ľudí si nesprávne myslí, že hospic je dom smrti. Je to však veľmi zjednodušená a hlavne nesprávna charakteristika hospicov, kde sa uskutočňuje paliatívna a hospicová starostlivosť. Myšlienka hospicu totiž vychádza z úcty k životu a z úcty

[177]HAŠKOVCOVÁ, H.: *Thanatológie. Náuka umíraní a smrti.* Praha : Galén, 2000, s. 29.
[178]HANZLÍKOVÁ et al.: *Komunitné ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 2006, s. 266.
[179]DRAGANOVÁ et al.: *Sociálna starostlivosť*, Martin : Osveta, 2006, s. 89.

k človeku, ktoré sa stotožňuje s etikou života a jej princípmi. Podľa Štefka hospic je hnutie, ktorého základná myšlienka vychádza z úcty k životu a k človeku ako jedinečnej a neopakovateľnej bytosti. Je to služba človeku, ktorý to potrebuje.

Bez ohľadu na to, kde je hospicová alebo paliatívna starostlivosť poskytovaná, vždy je dôležité, aby starostlivosť bola komplexná, aby boli uspokojované všetky potreby klienta. Túto komplexnú starostlivosť nie je možné poskytovať bez uplatňovania tzv. holistického prístupu. Ide o filozofiu, ktorá je uplatňovaná v starostlivosti o zomierajúceho človeka v paliatívnej starostlivosti. Jedná sa o komplexnú starostlivosť o človeka v chápaní jeho bio-psycho-sociálnej jednoty. Táto starostlivosť nezahŕňa iba starostlivosť o pacienta, ale aj o jeho rodinu, ich vzájomné vzťahy, potreby a problémy. Je to starostlivosť, ktorá rešpektuje potreby tela, mysle i ducha.

Právo človeka na dôstojnú smrť je základom etických princípov, ktoré nikto nemôže spochybňovať. Každý človek je jedinečnou osobnosťou líšiacou sa od druhých ľudí v jednotlivých charakteristikách, stránkach, zložkách, ako aj v štruktúrach svojej osobnosti. Vo svojej podstate je každý iný, či už z biologického, psychického alebo sociálneho hľadiska a to sa týka aj kvality a hlavne etiky života.

Problematika etiky života v paliatívnej a hospicovej starostlivosti jedinca patrí v súčasnosti k najdiskutovanejším otázkam dnešnej spoločnosti. Je často stotožňovaná so život rôznych ľudí, je vďačným námetom pre médiá, ale predovšetkým je sociálnou realitou života každého jedného človeka. „Z charakteru a z úloh života, ako aj zo vzťahu človeka k nemu, sa odôvodňujú najvyššie princípy etiky života, ktorým je súhlasný postoj k životu, úcta k životu a posledným princípom je láska k životu“.180 Pritom pod etickým princípom rozumieme základné východisko i zásadu, z ktorého odvodzujeme etické

[180]LACA, S.: *Etika života a interrupcia*, Prešov : Kušnír, 2008, s. 10.

zákony a etické normy, ktoré sa v paliatívnej a hospicovej starostlivosti vyžadujú. Všetky tieto princípy predpokladajú hodnotu ľudského života a jeho transcendentný rozmer siahajúci až k božskej Transcendencii.

Prvým princípom je súhlasný postoj k životu, ktorý vyplýva zo základného pozitívneho práva a taktiež vzťahu človeka k životu, v ktorom človek život apriórne nezavrhuje, ale naopak sa životu bytostne otvára i napriek všetkým nástrahám a prekážkam neraz spojených s utrpením, ktoré prichádza z rôznych strán. Pritom sa potvrdzuje hodnota života, ktorá sa nedá ničím nahradiť.

Druhým princípom k problematike etiky života je princíp úcta k životu, pre ktorý je charakteristická bázeň pred životom. K tomuto princípu sa dopracoval A. Schweitzer ktorý vychádzal z predpokladu, že „najbezprostrednejšou skutočnosťou je pre nás zážitok, ktorý sa vyjadruje v tvrdení, že som život, ktorý chcem žiť uprostred života, ktorý chce žiť...“181. Z tohto dôvodu život nemožno obmedzovať na prosté vegetovanie, ale treba ho skvalitniť, lebo úcta k životu sa prejavuje uznávaním úspechu všetkých bytostí, ku ktorému tiež patria aj rôznorodé dobrá. „A to sa vzťahuje na všetkých ľudí, bez ohľadu na to, či sú chorý alebo zdravý.“182 Čiže úcta k životu obsahuje všetko, čo poznáme ako lásku, oddanosť, spoločné utrpenie, spoločnú radosť a spoločné úsilie.

Posledným možným princípom etiky života je princíp láska k životu. Keďže život pochádza od Boha, je aj on hodný lásky, lebo „jeho najzákladnejším atribútom je láska“183. V takomto porozumení sa Boh odkrýva v našej mysli a nášmu srdcu ako trojpersonálna absolútna láska s plnosťou božského Života. Tento život Trojice je paradigmou všetkých ostatných oblastí života, ktoré sú ako všetko, čo existuje mimo Boha. Život ako

[181]ŠLIPKO: Hranice života. Trnava : Dobrá kniha, 1998, s. 28.
[182]ČERNÁ, Ľ: *Celoživotné vzdelávanie a neformálne vzdelávanie dospelých*. In: Úloha neformálneho vzdelávania v procese celoživotného vzdelávania : Zborník z rovnomennej medzinárodnej konferencie NKOS. Košice : TYPOPress, 2009, s. 34.
[183]KKC 735.

stvorenstvo je základná podobnosť s Bohom v láske, z ktorého vyplýva objektívna, ontologická hodnota života. A preto „láska k životu sa v tomto porozumení stáva zjednocujúcim činiteľom života, ktorý mobilizuje človeka k etickému konaniu“184.

Etika života v paliatívnej a hospicovej starostlivosti nadobúda zásadnú dôležitosť koordinovať etické postoje a vzájomné spolužitie podľa overených princípov spoločného dobra, solidarity a subsidiarity pre všetkých. Etickosť „života“ nadväzuje na morálnu skúsenosť, ktorá je závislá od formovania svedomia v súlade s poznaním, slobodou a najmä zodpovednosťou. Etika života by sa mala v úzkej súvislosti a nadväznosti na morálnu filozofiu zamerať na zmenu mentality, na reformu výrobných štruktúr v súlade s právom, na reformu výchovy s cieľom vytvárať kultúru pokoja a lásky v planetárnom zmysle, na oživenie solidarity medzi všetkými ľuďmi v spoločnosti. V takomto plnení bude etika rozvíjať a aplikovať v praxi zásady a princípy všetkých oblastí etiky života a osobitne ľudského života.

Sociálno-náboženské ponímanie koncepcie chorí ľudí

Problém chorých ľudí je taký starý, ako ľudstvo samo. V minulosti boli tendencie považovať chorého, najmä s dlhodobými a rozsiahlymi poruchami, a tiež starého človeka za príťaž celej spoločnosti. No napriek tomu, už v antických dobách sa hlásala zásada konania dobra pre týchto ľudí. Až kresťanstvo prinieslo významný zlom v prospech chorého a starého človeka, a to konkrétne v osobe Ježiša Krista. Jeho príklad o milosrdnom Samaritánovi je definíciou, že naším blížnym je každý chorý a doráňaný človek. Kristus sa počas svojho verejného účinkovania venoval často chorým. Láska k blížnym, zvlášť k chorým a starým je jednou z ťažiskových tém Kristovho učenia. Poslanie túto lásku k blížnym šíriť ďalej zveruje Kristus apoštolom a tým aj celej Cirkvi.

[184]LACA, S.: *Etika života a interrupcia*, Prešov : Kušnír, 2008, s. 11.

Tento postoj sa i naďalej tradoval a zdokonaľoval v priebehu stáročí prostredníctvom apoštolov, ktorým Ježiš Kristus povedal: „Daná mi je všetka moc na nebi a na zemi. Choďte teda a robte učeníkmi všetky národy“ (Mt 28,18.19). „Choďte do celého sveta a zvestujte evanjelium všetkému stvoreniu“ (Mk 16,15). Tieto slová pripomínal Kristus učeníkom častejšie, aby lepšie pochopili ich význam. Ďalej im dal moc uzdravovať chorých, na ktorých budú klásť ruky a oni ozdravejú. Kristus prišiel uzdraviť chorých a potešiť starých. Bol stelesnením zdravia a sily. Chorým, trpiacim a starým dával zo svojej životodarnej sily. Neodohnal nikoho, kto ho prišiel prosiť o uzdravenie. Dobre vedel, že chorí si chorobu zavinili sami, ale ani tak ich neodmietol uzdraviť. Len, čo týchto úbožiakov prenikla Kristova moc, uvedomili si svoju hriešnosť, a mnohí boli zbavení svojho duševného i telesného trápenia.

Ďalší pokračovatelia Kristovho učenia zriaďovali, tzv. lazarety, ktoré boli predchodcami nemocníc. Nimi sa urobilo veľa pre mnoho chorých a starých ľudí. Tu sa vyznamenali najmä členovia rôznych rehoľných spoločností, ktorí pod patronátom Cirkvi zasvätili celý svoj život a všetko svoje snaženie na pomoc chorým a starým ľuďom. Nezabudnuteľné je napríklad svedectvo Matky Terezy, ktorá venovala celý svoj život starostlivosti o starých, chorých a zomierajúcich. Postupne pribúdali nemocnice. V ostatnom čase sa zasa budujú hospice.

Dnešný moderný človek veľmi nechce uveriť, že život mu bol daný, že on sám bol vložený do života. Boh nám odovzdáva život ako súčasť seba, ako lásku. Byť stvoreniami znamená, že sme dostali všetko, čo je potrebné, aby sme mohli žiť rozumne, slobodne, v láske, zároveň aj v závislosti od lásky. Preto každý človek by nemal zabúdať na to, že starať sa o svoje vlastné zdravie, ako aj o zdravie druhých ľudí, či pomáhať chorým, či vážiť si starých ľudí je základnou povinnosťou každého kresťana a základnou podmienkou vzájomného spolunažívania medzi ľuďmi. „Z celkového pohľadu na ľudský život vyplýva, že

základným postojom každého človeka ku starobe i zomieraniu je princíp zachovania a nedotknuteľnosti života.“185

„Starostlivosť o starých a chorých ľudí je povinnosťou každého jedného človeka.“186 Človek by mal prejavovať úctu k životu v každom veku, v mladosti, starobe aj chorobe. Úcta k životu obsahuje všetko, čo poznáme ako lásku, oddanosť, spoločné utrpenie, spoločnú radosť a spoločné úsilie. Úcta, ochrana a starostlivosť, ktoré práve tak patria k ľudskému životu, vyvierajú z jeho zvláštnej dôstojnosti, ktorá trvá od začiatku ľudského života. V rámci celého viditeľného stvorenia je jedinečnou hodnotou. Všetko je stvorené pre človeka. Len človek stvorený na obraz a podobu Boha (porov. Gn 1, 26-27) nie je zameraný k niekomu inému, či k iným, ale iba k Bohu, pre ktorého existuje. Lebo človek je osoba, má dôstojnosť subjektu a hodnotu cieľa.

V pokročilom veku je veľmi dôležitá duchovná starostlivosť, ktorej by sa mali vo veľkej miere venovať väčšinou kňazi a rehoľníci. Posilňovať chorých a starých ľudí vo viere, dodávať im vnútornú silu a odvahu prekonať aj tie najťažšie okamihy v ich živote. Touto problematikou sa už zaoberali apoštoli v prvotnej cirkvi, ktorí nasledovali svojho Pána, Ježiša Krista. Mnohí cirkevní otcovia, pápeži a iní predstavitelia cirkvi učili, že starostlivosť o starých a chorých ľudí je základom kresťanskej lásky. Zvlášť veľkú pozornosť danému problému venoval Boží služobník pápež Ján Pavol II., známy hlavne svojou filozofiou lásky k človeku. Etickým zameraním na činnosť človeka sa obracia na celé ľudstvo s výzvou, aby tí, čo sú zdraví, pomáhali chorým, trpiacim, ako keby boli ich bratmi. Lebo oni nimi aj sú. „Budujme stránky lásky k chorým, lebo zaiste sa nám to vráti,

[185]DIRGOVÁ, E. – KALANIN, P.: *Fenomén starnutia cez prizmu sociálnej gerontológie.* In: Disputationes Scientificae Universitatis catholicae in Ružomberok. -Ružomberok: Katolícka univerzita, 2010, roč. 10, č. 2, s. 111.
[186]DIRGOVÁ, E.: *Kvalita života seniorov – zrkadlo spoločnosti.* In: Disputationes Scientificae. Ružomberok : Katolícka univerzita, 2010, roč. 10, č. 1, s. 12.

keď aj my budeme raz chorí a bezvládni.“187 Táto výzva by sa mala dotknúť všetkých ľudí, zdravotníkov, štátnych a cirkevných orgánov, zdravých aj chorých. Venovať pozornosť, úctu, pomoc a pochopenie chorému sme povinní všetci bez rozdielu.

Katolícka cirkev na čele s pápežom Benediktom XVI. hľadí na všetkých starých, chorých a trpiacich, pričom svoju pozornosť upriamuje na nevyliečiteľne chorých, z ktorých mnohí zomierajú v dôsledku svojej choroby v terminálnom štádiu. Nachádzame ich na každom kontinente, najmä na miestach, kde chudoba a rôzne ťažkostí zapríčiňujú biedu a nesmiernu bolesť. Uvedomujúc si ich trápenia, chce byť Benedikt XVI. s nimi spojený v modlitbe a duchom prítomný s ich ťažkosťami. Lebo aj takto sa dá vyjadriť svedectvo o Pánovej láske a milosrdenstve.

Záver

Každý človek je originál a jedinečná je aj každá jednotlivá situácia, každá chvíľa aj každý okamih, ktorý prežije. Nikto si nemôže dopredu napísať scenár svojho života a už vôbec to nemôže zaňho urobiť niekto iný, pretože nikto nevie, čo ho čaká. Isté je len jedno, smrť neminie ani jedného z nás. Jestvuje na svete jediná spravodlivosť, a to, že každý raz musí zomrieť, hovorievajú ľudia pri rôznych príležitostiach. Existujú však veľké rozdiely v zomieraní. Tak, ako každé ľudské bytie je jedinečné, i jeho ukončenie má milióny podôb. Práve pri umierajúcich pacientoch, ktorým nemožno pomôcť, ktorým vyhasla posledná iskierka nádeje a sami to prežívajú ťažko, môže byť riešením hospicová a paliatívna starostlivosť.

Úroveň kvality poskytovania služieb ťažko chorým a nevyliečiteľným ľuďom je kritériom morálnej vyspelosti každej ľudskej spoločnosti. Kvalitná starostlivosť sa nezaobíde bez komplexného vnímania a uspokojovania potrieb chorého človeka a jeho rodiny, ktoré musia v sebe obsahovať určité etické a morálne zákonitosti.

---

[187]KRUPA, J.: *Acta.* Bratislava : Rímskokatolícka cyrilo-metodská bohoslovecká fakulta UK, Polygrafia SAV, 2002, s. 274.

Literatúra:

ČERNÁ, Ľ: *Celoživotné vzdelávanie a neformálne vzdelávanie dospelých.* In: Úloha neformálneho vzdelávania v procese celoživotného vzdelávania : Zborník z rovnomennej medzinárodnej konferencie NKOS. Košice : TYPOPress, 2009. ISBN 978-80-89089-87-1.

DIRGOVÁ, E.: *Kvalita života seniorov – zrkadlo spoločnosti*. In: Disputationes Scientificae. Ružomberok : Katolícka univerzita, 2010, roč. 10, č. 1, 112 s. ISSN 1335-9185.

DIRGOVÁ, E. – KALANIN, P.*: Filozoficko – etický pohľad na človeka v núdzi.* In: Posolstvo Jána Pavla II. pre dnešný svet. "Chudoba cez prizmu sociálnej náuky Cirkvi, spoločenských a ekonomických vied."– Poprad : PF KU, 2009, s. 127-132. ISBN 978-80-8084-459-2.

DIRGOVÁ, E. – KALANIN, P.: *Fenomén starnutia cez prizmu sociálnej gerontológie.* In: Disputationes Scientificae Universitatis catholicae in Ružomberok, Ružomberok : Katolícka univerzita, 2010, roč. 10, č. 2, s. 101-112. ISSN 1335-9185.

DRAGANOVÁ, H. et al. *Sociálna starostlivosť*. Martin : Osveta, 2006. 195 s. ISBN 978-80-8063-240-3.

HAŠKOVCOVÁ, H.: *Thanatológie. Náuka umíraní a smrti*. Praha : Galén, 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.

HANZLÍKOVÁ, A. et al.: *Komunitné ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 2006. 280 s. ISBN 80-8063-213-8.

HUDÁKOVÁ, Z., LACA, S.: *Hospicová starostlivosť v našich podmienkach.* In Zdravotnícke štúdie. ISSN 1337-723X, 2010, roč. III., č.2, s.30-34.

Katechizmus Katolíckej cirkvi. Trnava : SSV, 1993, 918 s. ISBN 80-7162-259-1.

KOLLÁROVÁ, A.: *„Problematika predprofesijnej prípravy detí z detských domovov ako znevýhodnenej skupiny"*. In: HUČÍK, J. : Predprofesijná príprava a profesijná orientácia postihnutých, 2009, ZOUS, 120 s., ISBN 978-80-970359-6-9

KOLLÁROVÁ, A., KOLLÁR, M.: *Viacnásobné postihnutie ako sociálny problém.* In: PROHUMAN - Odborný internetový časopis - sociálna práca, psychológia, pedagogika, sociálna politika, zdravotníctvo, ošetrovateľstvo. Prohuman, 2009-2011, ISSN 1338-1415

KRUPA, J.: *Acta*. Bratislava : Rímskokatolícka cyrilometodská bohoslovecká fakulta Univerzity Komenského, Polygrafia SAV, 2002. 306 s., ISBN 1335-8081.

LACA, P.: *Etické požiadavky na povolanie v zdravotnej starostlivosti*, In: Zborník z medzinárodnej konferencie - Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti v teórii a praxi, Ružomberok : Verbum, 2010. 160 s. ISBN 978-80-8084-616-9.
LACA, S. , S.: *Etika života a interrupcia*, Prešov : Kušnír, 2008, 105 s. ISBN 978-80-969984-70.

Kontakt:

PaedDr. Slavomír Laca, PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava
Palackého 1, 810 00 Bratislava
slavomir.laca@gmail.com

Úloha sociálneho pracovníka v hospicovej starostlivosti

Micheľ Radoslav

Abstrakt: Hospice sú centrom bio-psycho-socio-duchovnej podpory a pomoci ťažko chorým alebo zomierajúcim ľuďom. Často u ťažko chorých ľudí ide aj o hľadanie zmyslu života a určitej cesty k duchovnému rozmeru ľudskej existencie. Uvedomenie si významu blízkeho a skutočne úprimného vzťahu s Bohom vedie u trpiaceho človeka k dôstojnému a znesiteľnému zvládaniu poslednej životnej cesty.
Kľúčové slová: Hospic, Hospicová starostlivosť, Modlitba, Paliatívna starostlivosť, Pastorálna starostlivosť.

Role social workers in hospice care

Abstract: Hospice is a center of bio-psycho-socio-spiritual support and assistance to seriously ill or dying people. Often in severely ill people as well as search for meaning of life and a path to spiritual dimension of human existence. Awareness of the importance of close and genuinely sincere relationship with God resulting in human suffering of decent and tolerable way of life mastering the last.
Keywords: Hospice, Hospice care, Prayer, Palliative care, Pastoral care.

Úvod

„Ak len raz uľavíme v trápení alebo žiaľu, ak len raz pomôžeme v bolesti. Ak len raz zmiernime niekoho nešťastie. Potom nežili sme nadarmo, nezišli sme na scestie.“

(Emily Dickinsonová)

Je veľmi potrebné hľadať cestu k Bohu, aby každý človek mohol prežívať svoj život dôstojne až do úplného konca. V tomto smere má nezastupiteľnú úlohu paliatívna a hospicová starostlivosť. Hľadanie zmyslu života je často kľúčovou otázkou u mnohých ľudí, pretože vo výraznej miere to pomáha urobiť ľudí šťastnejšími.

Život je možné prirovnať k plavbe **lodi na mori**. Loď zo začiatku vypláva z materského prístavu, vypláva na otvorené more, dosť dlhú dobu sa po tomto mori pohybuje a nakoniec sa blíži **k cieľovému prístavu.**

Sociálna práca povzbudzuje zomierajúcich ľudí v záťažových situáciách a v životných krízach. Je vybavená určitými kompetenciami, púšťa sa do blízkych vzťahov, ale stále musí udržiavať profesný odstup.

Sociálna práca v paliatívnej a hospicovej starostlivosti musí spolupracovať s **mnohými vedeckými disciplínami** ako sú, napr. psychológia, medicína, sociológia, ošetrovateľstvo, filozofia, teológia a pod. Preberanie poznatkov z iných vedných odborov umožňuje sociálnej práci holistický pohľad na zomierajúceho človeka. Komplexné vnímanie života každého človeka vedie k pochopeniu a k integrovaného odbornému prístupu, ktorý zohľadňuje všetky aspekty životného bytia. Ide hlavne o celostný bio-psycho-socio-duchovný rozmer ľudskej existencie.

Veľmi podstatné je tiež udržiavať **autonómiu (samostatnosť) a nezávislý život** aj na poslednom **životnom úseku cesty človeka**, pretože tento faktor vo výraznej miere umožňuje prežiť ťažko chorým ľuďom dôstojný život. Zomierajúci ľudia potrebujú veľmi ľudský (humánny), empatický a citlivý prístup. V mnohých prípadoch nestačí len odbornosť sociálneho pracovníka alebo iného odborníka, ktorý pracuje s ťažko chorými ľuďmi. Veľmi dôležitá je okrem odbornosti aj ľudská stránka sociálneho pracovníka.

Každý človek je **jedinečný a neopakovateľný**, preto aj potreby, ktoré sú uspokojované musia odrážať skutočné bio-psycho-socio-duchovné zdravie každého človeka. V tejto oblasti má dôležitú rolu práve **veľmi citlivé vnímanie a rešpektovanie prianí a túžob zomierajúcich ľudí.**

Okrem správnych liekov alebo medicínskych prístupov je veľmi potrebné aj **vhodné slovo a držanie za ruku**, teda umenie sprevádzať trpiaceho človeka na poslednej životnej ceste.

Tak ako patrí k životu zdravie, láska, tak patrí k životu aj choroba, smrť. Filozofia hospicovej a paliatívnej starostlivosti nás

všetkých v tejto pretechnizovanej materialistickej dobe môže naučiť okrem iného aj tomu, ako byť ohľaduplný, úctivý, vedieť sa zastaviť, počúvať, podeliť sa a najmä s vďačnosťou prežívať každý prítomný okamih ako veľký dar.

Paliatívna starostlivosť

Paliatívna starostlivosť je paliatívna medicína, ktorá **zmierňuje bolesť** a predstavuje ucelený systém pomoci umierajúcim a ich rodinám.[188]

Paliatívna starostlivosť je aktívna starostlivosť poskytovaná pacientom, ktorí trpia nevyliečiteľnou chorobu v pokročilom alebo v konečnom štádiu. Cieľom paliatívnej starostlivosti je **zmierniť rôzne telesné a duševné problémy.**

Paliatívna starostlivosť:

- sa usiluje o zachovanie života, ktorý bude svojou kvalitou pre pacientov prijateľný;
- rešpektuje dôstojnosť nevyliečiteľne chorých;
- vychádza dôsledne z potrieb pacientov a rešpektuje ich hodnotové priority;
- snaží sa vytvoriť podmienky, aby pacienti mohli posledné obdobie svojho života prežiť v spoločnosti svojich blízkych;
- chápe umieranie ako súčasť života, ktorú každý človek prežíva jedinečne;
- ponúka všestrannú oporu príbuzným a priateľom umierajúcich a pomáha im zvládať ich smútok aj po smrti blízkeho človeka.

Paliatívna starostlivosť teda znamená určitú **filozofiu starostlivosti** (dôraz na bio-psycho-socio-spirituálnu jedinečnosť každého človeka, nerozlučná prepojenosť somatických a psychosociálnych aspektov zdravia).[189] Podľa nášho názoru paliatívna starostlivosť má významnú úlohu okrem zmierňovania

[188]HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2000. *Thanatológie - Náuka umíraní a smrti*. Praha : Galén, 2000. 191 s.
[189]SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří et al. 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha : Gálen, 2007. 25 s.

telesných problémov zomierajúceho človeka aj v oblasti duchovného sprevádzania na poslednej ceste životom.

Hospicová starostlivosť

Hospic je hnutie, ktorého základná myšlienka vychádza z úcty k životu a k človeku ako **jedinečnej a neopakovateľnej bytosti.**[190]

Hospic sa špecializuje na poskytovanie paliatívnej starostlivosti, ktorá sa zameriava na **kvalitu života zomierajúcich,** ako aj na **psychologické, sociálne a spirituálne potreby chorých**.[191]

Hospicová starostlivosť je *„integrovaná forma zdravotnej, sociálnej a psychologickej starostlivosti, poskytovaná klientom všetkých indikačných, diagnostických a vekových skupín, u ktorých je prognózou ošetrujúceho lekára predpokladaná dĺžka života v rozsahu menej ako šesť mesiacov“* .[192]

Hospicová starostlivosť sa poskytuje viacerými formami. Mohli by sme ich rozdeliť do štyroch základných skupín:

- **domácu hospicovú starostlivosť** – poskytuje hospicový tím odborníkov priamo v domácom prostredí chorého. Multidisciplinárny tím by mal byť zložený z lekárov, sestier, rehabilitačných pracovníkov, ošetrovateľov, psychológov, sociálnych pracovníkov, atď. Chorý človek je obklopený blízkymi ľuďmi, ktorí sa o neho starajú, a nachádza sa v prirodzenom (domácom) prostredí;
- **ambulantná hospicová starostlivosť** – sa poskytuje prostredníctvom odborných zásahov, ktoré sú určené chorým dochádzajúcim za odborníkmi (lekár, sociálny pracovník, atď.);

[190]ŠTEFKO, Aurel. 2003. *Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a zomieraní.* Bratislava : Dobrá kniha, 2003. 150 s.
[191]http://www.fend.sk/murgas/fondy.php?ref1=4&ref2=10 (05. 08. 2011).
[192]HANZLÍKOVÁ, Alžbeta. et al. 2006. *Komunitné ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 2006. 280 s.

- **stacionárna hospicová starostlivosť** – je poskytovaná zomierajúcim v prostredí stacionára, do ktorého je prijatý ráno a popoludní, resp. večer sa vracia domov;
- **lôžkový typ hospicu** – klientovi, jeho rodine sa venuje odborný personál, ktorý tvoria: lekári, vrchné sestry, všeobecné sestry, diétne sestry, ošetrovatelia, sociálni pracovníci.[193]

Modlitba

Vzťah s Bohom je zakorenený **hlboko v človeku**. Modlitba je forma komunikácie. Človek vo svojej obmedzenosti môže poznať vo svojej zlej zdravotnej situácii Boha v najľudskejšom človekovi, Ježišovi Kristovi, spôsobom, akým ho doteraz vôbec nepoznal.

Pre kresťanov je modlitba príležitosť uvedomiť si v konkrétnej situácii **Božiu prítomnosť a spoznať Božiu vôľu**. Je ťažké ju prijať, no ochota prijať Krista je zároveň i ochotou pre prijatie zložitej životnej situácie. Tú silu dáva Boh práve cez modlitbu. Úplná odovzdanosť, návaly bolesti a otupenosti z liečby, to sú všetko faktory, ktoré sa môžu odovzdávať a kontemplovať.

Okrem toho modlitba má aj **sociálny rozmer**. Je prosbou o ochranu pred zlom. V modlitbe, ktorá je rozhovorom s Otcom, hľadáme aj **spoločnú reč s ľuďmi**. Prostredníctvom modlitby môžu aj starší zomierajúci ľudia získať pokoj v dôverujúcej nádeji.[194] Myslíme si, že v utrpení mnohí ťažko chorí ľudia nájdu zmysel života. Ide hlavne o uvedomenie si významu dobrého zdravia v prepojení s duchovným rozmerom vlastného bytia.

Úloha sociálneho pracovníka v paliatívnej a hospicovej starostlivosti

Sociálny pracovník spolupracuje s lekárom pri výbere pacientov do daného zariadenia, stanovuje sociálnu diagnózu

[193]http://prolife.sk/forumzivota/ehome/index.php?xy=3&xz=2&zy=2 (05. 08. 2011).
[194]ŠTEFKO, Aurel. 2003. *Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a zomieraní.* Bratislava : Dobrá kniha, 2003. 150 s.

a uskutočňuje sociálnu terapiu. Vedie sociálnu dokumentáciu pacientov a spolupracuje s úradmi a rôznymi inštitúciami. Sociálny pracovník tiež sprostredkováva kontakt pacientov s blízkymi, v prípade potreby zariaďuje vykonáva terénnu sociálnu prácu priamo v bydlisku pacienta.

Sociálny pracovník a psychológ sa zúčastňujú veľkej vizity a pravidelných pracovných a prevádzkových porád zariadenia (hospicu) a tiež sú aktívni na rôznych vzdelávacích seminárov a konferenciách týkajúcich sa paliatívnej starostlivosti.[195]

U sociálnych pracovníkov pôsobiacich v hospicovom prostredí sa vyžaduje predovšetkým **hospicová etika** a v druhom rade **špecifická odbornosť**. Sociálna práca by mala využívať svoju psychosociálnu kompetenciu a preberať hlavne úlohy spojené s aktiváciou zdrojov, so školením a podporou dobrovoľných poskytovateľov a so sociálno-právnym poradenstvom. Podľa nášho názoru sociálny pracovník musí byť na vysokej úrovni, čo sa týka ľudskej aj odbornej stránky, pretože len kvalitné prepojenie správneho charakteru sociálneho pracovníka a odbornej erudovanosti umožňuje ťažko chorým pacientom prežiť dôstojné zomieranie.

Sociálni pracovníci si uvedomujú, že trpiaci, umierajúci a smútiaci blížni sú ľuďmi, ktorých potreby sú **centrom hospicovej starostlivosti**. Orientácia na ich **dôstojnosť je základným prístupom**. Sociálna práca svojím špecifickým postojom, svojimi odbornými vedomosťami vykonáva službu, ktorú iné odbory veľmi ťažko môžu nahradiť.[196] Podľa nášho názoru sociálny pracovník musí byť na vysokej úrovni, čo sa týka ľudskej aj odbornej stránky, pretože len kvalitné prepojenie správneho charakteru sociálneho pracovníka a odbornej erudovanosti umožňuje ťažko chorým pacientom prežiť dôstojné zomieranie.

[195]DOBRÍKOVÁ-PORUBČANOVÁ, Patricia a kol. 2005. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti.* 1. vyd. Trnava : Spolok svätého Vojtecha, 2005. 209-210 s.
[196]STUDENT, Johann-Christoph, MŰHLUM, Albert, STUDENT, Ute. 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče.* 1. vyd. Praha : Vyšehradská, 2006. 161 s.

Duchovný rozmer utrpenia

Medzi utrpením a láskou existuje veľmi úzka súvislosť. Človek nemôže milovať, ak nechápe tajomstvo kríža. Nemožno ísť celým srdcom za Kristom, ak sa neprijíma utrpenie. Sme povolaní k rôznym úlohám a do domu Otca ideme na pozemskej púti rôznymi cestami, ale niet medzi nimi ani jednej, ktorá by nebola poznačená utrpením. Ono je totiž súčasťou nášho života od narodenia až po smrť.

V čom spočíva apoštolát obetovania utrpenia?
Týka sa prijatia každodenného kríža a obetovania utrpenia na úmysly svätej Cirkvi a apoštolátu života. Modlime sa za rodiny – aby prijali každý život a chránili ho od počatia až po prirodzenú smrť. Za ťažko chorých ľudí – aby obklopení láskou najbližších mohli dôstojne odchádzať z tohto sveta.
Čo znamená obetovať utrpenie?
Obetovať znamená súhlasiť s krížom. Vo chvíli utrpenia povedať: „Pane Ježišu, spájam svoje utrpenie s tvojím utrpením. Všetko, čo je pre mňa fyzickou bolesťou alebo duchovným trápením, vkladám do tvojich rán, lebo v nich je moje uzdravenie.
Akú hodnotu má utrpenie a čo môže naučiť človeka?
Utrpenie je skúškou viery a zároveň školou dozrievania vo viere a láske. Je skúšobným kameňom našej lásky. To sa týka tak trpiaceho človeka, ako aj tých, ktorí spolu s ním majú účasť na prežívaní kríža.
Akú hodnotu má utrpenie a čo môže naučiť človeka?
Ukazuje nám pravdu o nás samých. Vo svojej bezradnosti voláme k Bohu, aby nás zmenil, aby sme mohli trpiacemu pomôcť. Aby sme mu mohli vysvetliť, že ani fyzická bolesť, ani duchovné trápenie nikdy nie sú zbytočné, že práve v tých hodinách bolesti duša zhromažďuje svoj najväčší poklad. Chorý je pre nás darom. Pomáha nám uvedomiť si, čím je milosť zdravia, vyvoláva v nás vďačnosť, ale aj túžbu dobre využiť čas. Ľudia zvyčajne hovoria: „Čas sú peniaze,“ nesmieme však zabúdať, že čas je

predovšetkým milosť. Utrpenie je tiež pozvaním k dôkladnému spytovaniu svedomia z času, ktorý nám Boh zveril.
Týka sa apoštolát utrpenia len dlhodobo chorých?
Do apoštolátu utrpenia sa môžu zapojiť všetci, chorí aj zdraví, ľudia mladí aj v pokročilom veku. Niet človeka, ktorý by vo svojom živote neprežíval bolestné chvíle. Ide o to, aby z nich mal duchovný úžitok. Svätý Otec Ján Pavol II. povedal: „Nič tak neobohacuje človeka, ako nezištný dar utrpenia."
Keby ľudia chápali, že bolestné zážitky sa môžu stať tvorivou silou a zdrojom života pre iných, volili by si iné hodnoty. Nebolo by násilia, potratov a eutanázie. A k chorým, psychicky postihnutým, starým ľuďom by sa správali s úctou a láskou.
Čo urobiť, aby som sa nebál/nebála kríža?
Krásnu odpoveď na túto otázku dala Matka Terézia z Kalkaty: „Pozri sa na kríž. Uvidíš Ježiša so sklonenou hlavou, aby ťa pobozkal. Jeho ramená sú roztvorené, aby ťa objal. Jeho srdce je otvorené, aby ťa uzavrelo do svojej lásky. Keď vieme, že kríž je znamením najväčšej lásky Krista k tebe i ku mne, prijímajme jeho kríž so všetkým, čo nám chce dať, a s radosťou mu odovzdajme všetko, čo nám chce zobrať. Ak budeme tak konať, svet spozná, že sme jeho učeníkmi, že patríme Ježišovi, že skutky, ktoré konáme, ty aj ja aj všetci bratia a sestry, nie sú nič iné ako naša láska vtelená do života"197

Literatúra:

DOBRÍKOVÁ-PORUBČANOVÁ, Patricia a kol. 2005. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti.* 1. vyd. Trnava : Spolok svätého Vojtecha, 2005. 288 s. ISBN 80-7162-581-7.
HANZLÍKOVÁ, Alžbeta. et al. 2006. *Komunitné ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 2006. 280 s. ISBN 80-8063-213-8.
HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2000. *Thanatológie - Náuka umíraní a smrti.* Praha : Galén, 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.

[197](http://www.milujtesa.org/nr/zmysel utrpenia/utrpenie a laska.html, 03. 10. 2011).

POMPEY, Heinrich. 2004. *Zomieranie.* Trnava : Dobrá kniha, 2004. 180 s. ISBN 80-7141-462-X.
SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří et al. 2007. *Paliativní medicína pro praxi.* 1. vyd. Praha : Gálen, 2007. 364 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
STUDENT, Johann-Christoph, MŰHLUM, Albert, STUDENT, Ute. 2006. *Sociální prácev hospici a paliativní péče.* 1. vyd. Praha : Vyšehradská, 2006. 163 s. ISBN 80-7319-059-1.
ŠTEFKO, Aurel. 2003. *Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a zomieraní.* Bratislava : Dobrá kniha, 2003. 150 s. ISBN 80-7141-429-8.
http://www.fend.sk/murgas/fondy.php?ref1=4&ref2=10 (05. 08. 2011).
http://prolife.sk/forumzivota/ehome/index.php?xy=3&xz=2&zy=2 (05. 08. 2011).

Kontakt:

PhDr. Radoslav Micheľ
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Ústav Kráľovnej Pokoja z Medžugorja
Štefaniková 64, 085 01 Bardejov
michel.rado@centrum.sk

Význam efektívnej komunikácie s hospicovým pacientom

Michňová Anna, Veselská Magdaléna

Abstrakt: Komunikácia je dôležitá medzi zdravotníckymi pracovníkmi a ľuďmi s terminálnym ochorením, pozitívne ovplyvňuje psychický stav a kvalitu života ľudí, napomáha v zmiernení telesných symptómov. Komunikáciu komplikuje nedostatok vedomostí a času. Je často náhodná. Mnohé sestry i ďalší zdravotnícki pracovníci nemajú dostatočné komunikačné zručnosti k tomu, aby pomohli pacientom diskutovať o ich problémoch.
Kľúčové slová: Komunikácia, Pacient, Rodinní príslušníci, Sestra, Terminálne štádium.

The importance of effective communication with hospice patients

Abstract: Communication is essential between health professionals and people with a terminal disease, a positive effect on mental state and quality of life, helps in relieving physical symptoms. Communicate complicated by the lack of knowledge and time. It is often accidental. Many nurses and other health professionals do not have sufficient communication skills to help patients discuss their problems.
Keywords: Communication, Patient, Family, Sister, End-stage.

„Príroda nám dala jeden jazyk a dve uši, aby sme počuli dvakrát toľko ako hovorili“.

Epiktetus

Pacient v priebehu ochorenia, najmä v terminálnom štádiu, kladie často hlboko bytostné otázky o zmysle života, zmysle utrpenia, o vine, odpustení, o obavách z budúcnosti, zo smrti, o posmrtnom živote. Na takéto otázky by mali byť zdravotníci i príbuzní pripravení, mali by ich akceptovať a nezľahčovať ich. Ak sa na takýto rozhovor necítia, mali by to priznať a pacientovi

podľa jeho priania sprostredkovať partnera na rozhovor: lekára, člena rodiny, priateľa, psychológa, duchovného.[198]

Zdrojom neefektívnej komunikácie môžu byť problémy zo strany pacienta i zdravotníckych pracovníkov.

Bariéry zo strany pacienta:

❖obavy resp. neochota zveriť sa s problémami,
❖individuálne preferencie spôsobu komunikácie,
❖pacient v bezvedomí,
❖multikultúrne problémy ovplyvňujúce komunikáciu.

Zdravotník by mal aj v starostlivosti o etnické skupiny na prvé miesto klásť potreby pacienta a zaistiť, aby osobné hodnoty zdravotníka nemali negatívny vplyv na záujmy pacienta. Výsledok komunikácie je ovplyvnený tým, do akej miery je rozhovor zameraný na pacienta.

Bariéry zo strany zdravotníkov:

❖nedostatok komunikačných zručností,
❖„dištancovanie sa“ od pacienta,
❖ignorovanie citových prejavov pacienta,
❖poskytovanie falošnej nádeje,
❖zmena v téme rozhovoru alebo zameranie sa na praktické úkony,
❖sústredenie sa skôr na telesné symptómy ako na citové problémy,
❖neschopnosť rozpoznať problém,
❖nedostatok vedomostí o tom, čoho sa pacienti zvyčajne obávajú.

Aby komunikácia bola úspešná, je dôležité rozpoznať, že pacient má obavy. Efektívna komunikácia v paliatívnej a hospicovej starostlivosti je veľmi dôležitá. Pacienti a rodinní príslušníci potrebujú profesionálne rady. Sestry potrebujú poznať pravdepodobné príčiny pacientovej tiesne, musia byť schopné

[198]VORLÍČEK, J. – ABRAHÁMOVÁ, J. – VORLÍČKOVÁ, H. et al. 2006. *Klinická onkologie pro sestry všech odboru*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 328 s.

správne odhadnúť skryté problémy či obavy. Komunikácia umožní zistiť pacientove hlavné problémy a pocity, pomôcť pri prijímaní „špatných" správ, spolupracovať pri rozhodovaní a liečbe, sledovať nepriaznivé reakcie pacienta. [199]

Efektívna komunikácia vyžaduje prípravu prostredia**,** objasnenie účelu rozhovoru**,** navodenie dôvery**,** schopnosť získať informácie**,** aktívne počúvať a analyzovať verbálne a neverbálne prejavy pacienta s využitím empatie. Vzdelávanie sestier sa málokedy zaoberá rozvojom komunikácie, ktorá je potrebná v starostlivosti o pacientov v psychickom strese alebo náročnej životnej situácii. Podľa niektorých výskumných štúdií existuje vzájomná súvislosť medzi stupňom psychického stresu a tým, či sa pacient zverí so svojimi problémami. Psychiatrické problémy sa zhoršujú vplyvom liekov a negatívne vnímaných symptómov. Organické poruchy spôsobujú zmätenosť a delírium. Dôležité je nenechať trpiacich ľudí samých, vedieť ich počúvať, načúvať ich potrebám, poznať, aké dôležité je aj mlčanie či dotyk ruky, nebáť sa s pacientom smiať sa i plakať, nechať priestor citom – nedusiť ich.

Keď sa pacient nachádza už v bezvedomí, je nevyhnutné príbuzných oboznámiť so špecifikami komunikácie s pacientom v bezvedomí. „Každú činnosť v jeho prítomnosti je vhodné komentovať, aby sa nezľakol. Nám sa to zdá banálne alebo až zbytočné, ale pre neho aj obyčajné presunutie stoličky znamená nový silný zvuk a tým aj stres, ktorý by sme mali eliminovať práve komunikáciou. Dobré je, keď chorému oznámime aj svoj odchod z miestnosti. Vždy by pre nás malo byť najdôležitejšie maximálne dobro a pohoda pacienta."[200]

Pacient sa niekedy nevie alebo hanbí vyjadriť svoju potrebu pred jeho príbuznými. Sestra musí byť dobrou pozorovateľkou i poslucháčkou a na základe získaných informácií vhodnou

[199]O`CONNOR, M. – ARANDA, S. 2005. *Paliativní péče*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. s. 98.
[200]DOBRÍKOVÁ-PORUBČANOVÁ, P. et al. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti*. 1. vyd. Trnava : Spolok svätého Vojtecha, 2005. 280 s.

komunikáciou sprostredkovať správy rodine. Ak počas rozhovoru sestra vycíti, že informácie sú dôverného charakteru, je vhodné, aby ho vopred uistila o tom, že obsah rozhovoru ďalej neposunie.

Sestra aktívne počúva aj príbuzných, vedie s nimi rozhovor o problémoch, o zlých správach, povzbudzuje ich, načúva. V prípade požiadavky im dohodne stretnutie s kňazom, psychológom alebo sociálnym pracovníkom. Pozoruje príbuzných v rôznych situáciách so zomierajúcim a následne hodnotí ich správanie i komunikáciu. ,,Chorobou svojho blízkeho je zasiahnutá v istom zmysle aj rodina pacienta. Všeobecne je rodina pozadu za pacientom. Vo svojich fázach spracovávania novej životnej situácie rodina zaostáva za členom, ktorý je priamo postihnutý. Je dobré prejaviť empatiu s rodinou a rovnako tak poukázať na to, kde sa nachádza samotný pacient. On je stredom, ostatní by mali byť jeho podporou. Ak celú situáciu znášajú horšie ako chorý, venujeme im osobitnú starostlivosť alebo sa obrátime na pomoc iného odborníka.“[201]

Sestra sa stáva sprostredkovateľom hlavne vtedy, ak v rodine nastanú problémy vyplývajúce zo zmien počas choroby. Situácia si vyžaduje mimoriadnu toleranciu členov rodiny. V takejto situácii by nemala zlyhávať komunikácia, pretože tu nejde len o výmenu informácií, ale aj výmenu nálad, predstáv, postojov a pocitov. Sestra vymieňa informácie medzi pacientom a rodinou i naopak: pravdivo, jasne, zrozumiteľne. Je mostom v komunikácii medzi pacientom a jeho príbuznými.

Choroba nikdy nezasiahne len pacienta, ale i celú jeho rodinu. Keď sestra prichádza do kontaktu s príbuznými, musí brať do úvahy jeho závažný stav. Rodine treba venovať veľkú pozornosť. Členovia rodiny sú bezmocní a bezradní. Osobitne citlivý prístup si vyžadujú príbuzní pacientov v terminálnom štádiu ochorenia. Komunikácia s príbuznými začína už pri prvom

[201]PRÁŠILOVÁ, M. 2003. *Duchovné a pastorálne sprevádzanie chorých a zomierajúcich v nemocnici*. b. m. Evanjelická diakonia Evanjelickej cirkvi a. v. na Slovensku, 2003. s. 40.

telefonickom či osobnom kontakte. Príbuzní musia nadobudnúť istotu, že sme tu pre nich, musíme si získať ich dôveru. To je prvou podmienkou úspechu. Personál by mal odovzdať pravdivé informácie zrozumiteľnou formou a nepoužívať odbornú terminológiu. Dôležitá je spätná väzba na overenie si, či príbuzní informácie pochopili. Počas hospitalizácie potrebujú podporu, radu a empatický prístup. Musíme ich vedieť počúvať a dať im priestor na vyjadrenie svojich pocitov. Často príbuzným odporúčame pomoc duchovného. [202]

Veľkým problémom v komunikácii s príbuznými býva otázka pravdy diagnostickej i prognostickej. Kým sa nepresvedčia o tom, že to s nimi myslíme dobre, bývajú nedôverčiví, neústupní, zakazujú nám hovoriť s pacientom úprimne a otvorene. Keď však na sebe spoznajú pocit, ktorý nasleduje po úprimnom a láskavom rozhovore, doprajú ho i pacientovi. Tí, ktorí sa pravde najviac bránili, obvykle za ňu najviac ďakujú. Príbuzní, ktorí prichádzajú za pacientom na návštevy alebo sú ubytovaní priamo v hospici, často od personálu žiadajú radu, ako majú v konkrétnej situácii reagovať, ako chorému odpovedať na otázky, ako ho sprevádzať v preterminálnom i terminálnom štádiu choroby vrátane agónie.[203]

Komunikácia prebieha vždy v dvoch smeroch a to od pacienta k zdravotníkovi alebo od príbuzného k zdravotníkovi a naopak. Môžeme povedať, že aj neverbálna komunikácia zo strany sestry a príbuzných má veľký význam pre zomierajúceho. Ak je človek vyčerpaný, unavený a nedokáže už verbálne komunikovať, je dôležité neprestať v komunikácii.

Omnoho väčší význam má vtedy neverbálna komunikácia, či už je to prítomnosť, dotyk, zrakový kontakt, držanie za ruku. Zomierajúci to cíti a vníma, dokonca v takomto stave dokáže opätovať našu prítomnosť: zrýchli sa mu akcia srdca, hyperventiluje, vyroní slzu, zažmurká očami, usmeje sa. Je

[202]HUSÁRIKOVÁ, M. 2005. Špecifiká komunikácie na OAIM. In: *Sestra*, 2005, roč. IV., č. 2, s. 12-13.
[203]SVATOŠOVÁ, M. 2002. Práce s příbuznými a pozůstalými. In: *Sestra*, 2002, roč. 12, č. 1, s. 22.

nádherné, keď spozorujeme, že spojenie je úspešné, čo i len na malú chvíľku.

„Sestra musí príbuzným a priateľom vysvetliť i možné odmietnutie návštevy, ak si chorý neželá nikoho vidieť. Je prospešné, ak sestra v krátkosti vysvetlí príbuzným momentálny psychický stav pacienta a z neho vyplývajúce správanie a konanie.“[204]

Pacienti aj príbuzní potrebujú cítiť náš záujem o nich. Často stačí dotyk, úsmev, empatia, naša prítomnosť. Musia mať istotu, že sú pre nás dôležití. Ak mal chorý v rodine nevyriešené záležitosti, žiada nás zavolať rodinného príslušníka, priateľa či kňaza.

Zomierajúci ľudia potrebujú až do konca ľudskú blízkosť. Starostlivý prístup rodinných i zdravotníckych príslušníkov ich má chrániť pred osamelosťou. „Zomierajúci človek si nikdy nezaslúži opustenie zdravotníckym systémom, pretože smrť je súčasťou ľudského života, či je nečakaná alebo naopak predvídateľná. Medicína má mnohoraké možnosti, ako pomôcť nevyliečiteľne chorému a zomierajúcemu človeku zomierať pokojne, bez bolestí a postupne sa s týmto faktom hoci aj keď nie zmieriť, aspoň vyrovnať. Každý človek má právo ukončiť svoj život dôstojne, pokiaľ možno obklopený svojimi blízkymi, s ktorými sa chce a môže rozlúčiť.“[205]

Literatura:

DOBRÍKOVÁ-PORUBČANOVÁ, P. et al. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti*. 1. vyd. Trnava : Spolok svätého Vojtecha, 2005. 280 s. ISBN 80 –7162–581 -7.

HEGYI, L. – KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatra*. 1. vyd. Bratislava : Herba, 2010. 608 s. ISBN 978 – 80 – 89171 – 73 – 6.

[204]RYBÁROVÁ, Ľ. – DERŇÁKOVÁ, Ľ. 2005. Význam komunikácie v podpore osôb sprevádzajúcich chorých v terminálnom štádiu choroby a umierajúcich. In: *Ošetrovateľský obzor*, 2005, roč. 2, č. 4, s. 108 – 112.

[205]HEGYI, L. – KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatra*. 1. vyd. Bratislava : Herba, 2010. 608 s.

HUSÁRIKOVÁ, M. 2005. Špecifiká komunikácie na OAIM. In: *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2005, roč. IV., č. 2, s. 12-13.
O`CONNOR, M. – ARANDA, S. 2005. *Paliativní péče*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80–247–1295–4.
RÁŠILOVÁ, M. 2003. *Duchovné a pastorálne sprevádzanie chorých a zomierajúcich v nemocnici*. b. m. Evanjelická diakonia Evanjelickej cirkvi a. v. na Slovensku, 2003. s. 40.
RYBÁROVÁ, Ľ. – DERŇÁKOVÁ, Ľ. 2005. Význam komunikácie v podpore osôb sprevádzajúcich chorých v terminálnom štádiu choroby a umierajúcich. In: *Ošetrovateľský obzor*, ISSN 1336-5606, 2005, roč. 2, č. 4, s. 108 – 112.
SVATOŠOVÁ, M. 2002. Práce s příbuznými a pozůstalými. In: *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2002, roč. 12, č. 1, s. 22.
VORLÍČEK, J. – ABRAHÁMOVÁ, J. – VORLÍČKOVÁ, H. et al. 2006. *Klinická onkologie pro sestry všech odboru*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80–247–1716–6.

Kontakt:

Mgr. Anna Michňová
Ing. Magdaléna Veselská
DOM Božieho milosrdenstva – hospic
ul. Tibora Andrašovana 44, 974 01 Banská Bystrica
michnova.anna@gmail.com

Posúdenie spirituálnych potrieb sestrou

Novysedláková Mária, Hudáková Zuzana

Abstrakt: Príspevok sa zaoberá možnosťami posúdenia spirituálnych potrieb sestrou v ošetrovateľskom procese. Vysvetľuje základné pojmy spojené so spiritualitou, hodnotiacimi škálami, dotazníkmi a celkovým posúdením pacienta sestrou. Aktuálny stav v duchovnej sfére sa chápe aj ako prebiehajúci vnútorný hodnotiaci a sebahodnotiaci proces spojený so životom ako celkom. Ošetrovateľský proces sa zameriava na objektívne faktory plynúce z diagnózy alebo z potrieb pacienta.
Kľúčové slova: Spirituálne potreby. Sestra. Hodnotiace škály. Ošetrovateľský proces.

Assessment of spiritual needs of nurse

Abstract: The paper deals with possibilities of assessing spiritual needs of nurse in nursing process. It explains the basic concepts associated with spirituality, assessment scales, questionnaires and overall assessment of the patient nurse. Current status in the spiritual realm is understood as an ongoing internal evaluation and self-evaluation process associated with life as a whole. Nursing process focuses on objective factors arising from the diagnosis or the patient's needs.
Key words: Spiritual needs, Nurse, Assessment scale, Nursing process.

Úvod

V teológii sa spiritualita považuje za osobný a spontánny prejav duchovného života, ktorý súvisí s Božím pôsobením, pôsobením Ducha Svätého. Ako uvádza [206] Stríženec-Košč prvý raz sa termín spiritualita objavuje v teológii v 16. storočí, avšak k jeho skutočnému používaniu dochádza až začiatkom 20. storočia. V súčasnosti dominuje náboženský význam slova spiritualita.

[206]STRÍŽENEC,M., KOŠČ, L. 2003. Kresťanstvo a psychológia. Trnava: Spolok Sv. Vojtecha. s. 26.

Spiritualitu charakterizujú určité hodnoty vo vzťahu človeka k sebe, iným ľuďom, prírode, životu a tomu, čo sa považuje z a "posledné platné". [207] Spirituálna (duchovná) doména akceptuje „schopnosť človeka sebapresahovania (sebatranscendencie) smerom k tomu, čo je nutnou podmienkou a možno aj dôvodom života ako celostného bytia“. [208]

Obsah

Spiritualita – duchovnosť je často zahrnutá do psychológie, mohli by sme však povedať, že oblasť psychológie, ktorá sa duchovnosťou zaoberá je psychológia náboženstva. Ide tu o komplex javov: náboženské presvedčenie, náboženské prežívanie a konanie v osobnom vzťahu človeka k Bohu. Religiozita je komplexný jav a znamená osobný kladný vzťah človeka k náboženstvu. Zahŕňa myslenie, prežívanie a formy správania. Podľa súčasných psychologických poznatkov viera a náboženstvo nie sú vrodené, ale sa získavajú učením v procese socializácie.[1]

Duchovnosť nepopierateľne súvisí so zdravím. Viacerí autori Gardner a Corveleyn analyzovali výskumy o religiozite a duševnom zdraví a prišli k záverom, že pri vyššej religiozite (zvnútornenej), je zriedkavejší výskyt depresivity a anxiety. Religiózni ľudia žijú dlhšie, majú menší sklon k samovražde, používaniu alkoholu, drog. „Ich náboženské presvedčenie a životný štýl prispievajú k terapii rôznych ochorení a ich prevencii.“[209]

Pojem zdravie zahrňuje popri somatickom, psychickom a sociálnom rozmere človeka, aj rozmer duchovný. Otázkou by bolo, či je viac duchovnosť aspektom celkového zdravia alebo zdravie aspektom duchovnosti. Závisí ako obsiahlo vnímame zdravie a ako obsiahlo vnímame duchovnosť. Obe sú veľmi blízko prepojené, súvisia a vzájomne jedno z druhého vychádza.

---

[207]STRÍŽENEC,M.: *Spiritualita a jej zisťovanie.* www.saske.ak/cas/1-2005/strizenec.htlm
[208]NEMČEKOVÁ, M., PALENČÁR, M., KAVCOVÁ, E.: *Onkologický pacient ako osobnosť.* Slovenský lekár 1995;19 (5-6): 6.
[209]LACA, S.: *Etické princípy v zdravotnej starostlivosti,* In: Zborník z medzinárodnej konferencie - Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti v teórii a praxi, Ružomberok : Verbum, 2010, s. 89.

Mnohí zdravotnícki pracovníci považujú spiritualitu za súkromnú tému. „*Ignorovanie duchovných potrieb pacienta je jeden extrém. Druhým extrémom by mohlo byť nerešpektovanie slobodnej vôle človeka, vnucovanie vlastných názorov, vlastného presvedčenia. To by bola tiež veľká chyba.*“[210] Diagnostika spirituálnych potrieb pacientov v praxi je problematická pre sestry kvôli nedostatočným klinickým zručnostiam. Vybrané nástroje na zisťovanie miery spirituality boli vytvorené najmä psychológmi.

Reich (2001) poukazuje na existenciu množstva návodov na rozvíjanie osobnej spirituality. Uvádza, že napríklad pre účely sebahodnotenia vývinu spirituality bol vytvorený "Dotazník spirituálneho zdravia" (Spiritual Health Questionnaire). Tento zachytáva nasledujúcich päť dimenzií :

- Spirituálna oddanosť (angažovanie sa, viera, zriekanie sa);
- Spirituálna múdrosť (religiozita, zbožnosť, svedectvo);
- Spirituálna receptívnosť (modlitba, meditácia, jednoduchý životný štýl);
- Spirituálne spolucítenie (služba, láska, odpúšťanie);
- Spirituálne prospievanie (bezpečnosť, pokoj, transcendencia).

Pražský dotazník spirituality PSQ 36 má 36 položiek rozdelených do 6 subškál – Eko –spiritualita, etické zaujatie, spolupatričnosť, mystická skúsenosť, Latentný monoteizmus, etické zaujatie II. Môžeme ho využiť na posúdenie potreby odpustenia seba a iným, potreby harmonických vzťahov, potreby uctievania a zbožnosti. Celkové skóre má hodnoty 36 – 180. Vyššie skóre svedčí pre vyššiu spiritualitu.[211] Na určenie potreby zmyslu a účelu života môžeme použiť Škálu životnej

[210]SVATOŠOVÁ, M.: *Hospic, Umenie sprevádzať*. Bratislava: Lúč, 2001. 157 s.
[211]ONDREJKA,I., ŽIAKOVÁ,K., FARSKÝ, I.: *Diagnostika spirituálnych potrieb u pacientov.* In Ošetřovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech. Ostravská univerzita v Ostravě. 2008.s. 37 – 42.

zmysluplnosti, ktorá má 18 položiek. Meria kognitívnu, afektívnu a motivačnú dimenziu. Celkové skóre je od 18 – 90 .[212]

Spirituálna pohoda sa posudzuje pomocou Spiritual Well-being – scale. [5] Má 20 položiek rozdelených do subškál – náboženská pohoda – môžeme ju využiť pri posudzovaní viery, že Boh je milujúci a prítomný a subškála existencionálnej pohody – obsahuje položky na posúdenie potreby nádeje, cieľov a zmyslu. Celkové skóre môže byť od 20 do 120. Nižšie skóre označuje vyššiu spirituálnu pohodu.

Komplexné posúdenie duchovných súvislostí života pacienta vyžaduje dlhodobejší kontakt, dôverný vzťah medzi ním a sestrou. Vzhľadom na jeho emocionálny stav je niekedy nevyhnutná urýchlená identifikácia dysfunkcie potreby a intervencia. V sociálnej oblasti sa zisťujú osoby a vzťahy, ktoré sú dôležité pre pacienta, sila rodinného zázemia, jeho hierarchia, problémy vo vzťahoch, otvorené či nevyriešené konflikty. Dôležité sú zvyky, praktizované sviatočné či každodenné rituály, problémy s plnením sociálnych rolí, dosiahnuté vzdelanie, pracovné zaradenie, životný štýl, realizácia záujmov, spôsob trávenia voľného času. Aktuálny stav v duchovnej sfére sa chápe aj ako prebiehajúci vnútorný hodnotiaci a sebahodnotiaci proces spojený so životom ako celkom. Dôvody narušenej či nefunkčnej spirituality treba hľadať v spojitosti so všetkými problémami, ktoré súvisia so sebaobrazom a sebahodnotením. Táto citlivá a špecifická sféra si vyžaduje vytvorenie dôverného vzťahu aj intímnejšiu atmosféru. Najprv treba zistiť, čo pacienta trápi a z čoho má najväčšie obavy, prípadne aký problém mu možno pomôcť riešiť. Pre skúseného a vnímavého pozorovateľa môže byť cenným zdrojom poznania aj množstvo nepriamych informácií. Dôležité je zistiť, do akej miery spiritualita pomáha vyrovnávať sa s ochorením, sociálnym statusom a inými problémami. Podľa odporúčaní odborníkov je potrebné

[212]HALAMA, P.- ADAMOVOVÁ, L. – HATOKOVÁ, M. – STRÍŽENEC, M.: *Religiozita, spiritualita a osobnosť.* Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV. s. 72

venovať pozornosť najmä sebaobviňovaniu a chápaniu ochorenia ako trestu za spáchané hriechy, morálne poklesky. V súvislosti s vekom a kultúrnym kontextom sa zisťuje svetonázorová orientácia, preferované hodnoty, ich hierarchia, životné ciele a spôsob, akým jednotlivec prejavuje svoje presvedčenie. Treba sa zamerať na identifikáciu religiozity. U kresťanov možno očakávať získanie a udržanie viery, primerané zaobchádzanie s vlastnou vinou, zodpovedný spôsob života, neustále učenie sa kresťanskej láske, prekonanie zamerania na seba, vnútorný pokoj a iné.[213] Pri hodnotení duchovných potrieb je nutné si uvedomiť, že to nemá byť len jednorazovou záležitosťou ale musí ísť o kontinuálny proces. Dotazníky by mali byť nástrojom pre zahájenie konverzácie, mali by pomôcť pacientom, rodinám a personálu, aby nebolo pre nich problémom o týchto otázkach hovoriť. [214]

V klasifikačnom systéme NANDA – International je problém spirituality zahrnutý v doméne 10. Životné princípy. Doména rieši ošetrovateľské problémy, ktoré súvisia s hodnotami, presvedčením a rovnováhou medzi hodnotami a skutkami. Sú zaradené do tried:

1.trieda - hodnoty

2.trieda – presvedčenie

3.trieda - súlad hodnôt, presvedčenia a činov. Trieda obsahuje aktuálne ošetrovateľské diagnózy : - duchovná tieseň 00066, - narušená religiozita 00169

Potenciálne ošetrovateľské diagnózy - riziko duchovnej tiesne 00067, riziko narušenej religiozity 00170

Ošetrovateľské diagnózy k zlepšeniu zdravia – ochota k zlepšeniu religiozity 00171

Aktuálna ošetrovateľská diagnóza Duchovná tieseň 00066 rieši ošetrovateľský problém človeka s narušenou

[213]KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R.: *Ošetrovateľstvo 1,2.* Martin: Osveta, 1995. s. 1474.

[214]O`CONOR, M., ARANDA, **S.**: *Paliativní péče pro sestry všech oboru*. Praha: Grada , 2005. s. 324.

schopnosťou dávať prostredníctvom seba samého, ľudí, umenia, hudby, literatúry, prírody alebo vyššej moci svojmu životu zmysel a cieľ.

Určujúce znaky pre aktuálnu ošetrovateľskú diagnózu **Duchovná tieseň 00066** sú rozdelené:

1. na vlastnú osobu: vyjadrenie nedostatku: nádeje, významu a zmyslu života, mieru / pokoja, prijatia / akceptácie, lásky, odpustenie sebe samému, odvahy, hnev, vina, slabá, zlé zvládanie záťaže
2. orientované na inú osobu: odmietanie vzájomnej súčinnosti s duchovnými, odmietanie vzájomnej súčinnosti s priateľmi, rodinou, verbalizácia túžby po nezávislom živote, bez ich podpory a pomoci, vyjadrenie pocitov odcudzenia.
3. orientované na umenie, hudbu, literatúru, prírodu: neschopnosť venovať sa predchádzajúcej tvorivej činnosti, nezáujem o trávenie času v prírode, nezáujem o čítanie spirituálnej literatúry.
4. orientované na vyššiu moc: neschopnosť sa modliť (predtým osoba praktizovala), neschopnosť zúčastniť sa na náboženských aktivitách, vyjadrenie hnevu smerom k Bohu, neschopnosť prežívať transcendentálnych zážitkov (predtým osoba praktizovala), náhla zmena spirituálnych praktík. neschopnosť nahliadnuť do seba, do svojho vnútra, verbalizácia vlastnej existencie bez nádeje, trápenie sa.

Súvisiace faktory: sebaodcudzenie, osamotenosť/sociálne odcudzenie, úzkosť, sociokultúrna deprivácia, smrť alebo umieranie inej osoby alebo vlastné umieranie, bolesť, životná zmena, vlastné chronické ochorenie alebo inej osoby.

Aktuálna ošetrovateľská diagnóza: Narušená religiozita 00169

Rieši ošetrovateľský problém človeka s narušenou schopnosťou získavať oporu vo svojej viere a s narušenou schopnosťou podieľať sa na špecifických náboženských obradoch

Určujúce znaky: s ťažkosťou dodržuje svoje náboženské rituály, napr. náboženské obrady, modlenie sa, vyjadruje emocionálny distres z dôvodu odtrhnutia od komunity veriacich,

vyjadruje emocionálny distres voči religióznemu presvedčeniu, vyjadruje potrebu nadviazať na predchádzajúce presvedčenie a zvyklosti, zaujíma sa o náboženské správanie a zvyklosti.

Súvisiace faktory:

1. telesné:
- ochorenie
- bolesť

2. psychologické
- neefektívna podpora/zvládanie záťaže
- osobné nešťastie / kríza
- nedostatok bezpečia
- úzkosť
- strach zo smrti
- neefektívne zvládanie ochorenia
- využitie náboženstva na manipuláciu

3. sociokultúrne
- prekážky na praktizovanie náboženstva (kultúrne a okolité prostredie)
- nedostatočná sociálna integrácia
- nedostatočná spoločenská / kultúrna integrácia

4. spirituálne
- duchovná kríza
- utrpenie

5. vývojové a situačné faktory
- životné krízy záverečného obdobia života
- predchádzajúce životné obdobie
- starnutie .[215]

Záver

Ošetrovateľský proces sa zameriava na objektívne faktory plynúce z diagnózy alebo z potrieb pacienta. V duchovnej starostlivosti sú faktory, ktoré zahrňujú vzťahy medzi pacientom

[215]MAREČKOVÁ, J.: *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménach.* Praha: Grada, 2006, s. 204 – 213.

a sestrou ale aj medzi ostatným zdravotníckym personálom. Tieto faktory sa nedajú dopredu opísať, ani nemajú cieľ merateľný v číslach.

Duchovná starostlivosť o pacientov môže byť plánovaná rovnako ako všetky intervencie. Hodnotenie duchovných potrieb by sa malo vykonávať šetrne. Ak hľadáme stratégiu pre duchovnú starostlivosť, sestry sa musia zamerať na situácie a príbehy. Ošetrujúci personál musí dobre poznať pacienta. Holistickú starostlivosť nemôže poskytovať žiadny člen tímu sám. Medzi personálom a pacientom musí byť vzájomná úcta, rešpekt, porozumenie a otvorenosť. Sestry poskytujú pacientovi nielen svoje vedomosti, ale aj svoju prítomnosť, ľudskosť a pocit istoty.

Literatúra:

HALAMA, P.- ADAMOVOVÁ, L. – HATOKOVÁ, M. – STRÍŽENEC, M.2006. Religiozita, spiritualita a osobnosť. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV. s. 72 ISBN 80- 88910-22-6.

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo 1,2.* Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.

LACA, S.: *Etické princípy v zdravotnej starostlivosti*, In: Zborník z medzinárodnej konferencie - Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti v teórii a praxi, Ružomberok : Verbum, 2010, 189 s. ISBN 978-80-8084-616-9.

MAREČKOVÁ, J. 2006. Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménach. Praha: Grada, 2006, s. 204 – 213. ISBN 80-247-1399-3.

O`CONOR, M., ARANDA, S. 2005. Paliativní péče pro sestry všech oboru. Praha: Grada , 2005. 324s. ISBN 80-247-1295-4.

NEMČEKOVÁ, M., PALENČÁR, M., KAVCOVÁ, E.1995. Onkologický pacient ako osobnosť. Slovenský lekár 1995;19 (5-6): 6. ISSN 1335-0234.

ONDREJKA,I., ŽIAKOVÁ,K., FARSKÝ,I. 2008. Diagnostika spirituálnych potrieb u pacientov. In Ošetřovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech. Ed. Bužgová, R. Sikorová, L. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 2008.s. 37 – 42. ISBN 978-80-7368-499-0.

REICH, K. H. 2000. What characterizes spirituality? International Journal for the Psychology of Religion, 10, 2000, 2, s. 125-128. In Stríženec, M.(2005): Spiritualita a jej zisťovanie. Citované [25. 08. 2011]. Dostupné na internete www.saske.ak/cas/1-2005/strizenec.html.

STRÍŽENEC, M.2005. Spiritualita a jej zisťovanie. Citované [25. 08. 2011]. Dostupné na internete www.saske.ak/cas/1-2005/strizenec.htlm.
STRÍŽENEC,M., KOŠČ, L. 2003. Kresťanstvo a psychológia. Trnava: Spolok Sv. Vojtecha. s. 26 ISBN 80-7162-411-X.
SVATOŠOVÁ, M. 2001. Hospic, Umenie sprevádzať. Bratislava: Lúč, 2001. 157 s. ISBN 80-7114-335-9.

Kontakt:

PhDr. Mária Novysedláková, PhD.
Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48, 034 01, Ružomberok
maria.novysedlakova@ku.sk

PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48, 034 01, Ružomberok
zuzana.hudakova@ku.sk

Etické aspekty starostlivosti o ťažko chorých a zomierajúcich

Peřinová Nadežda

Abstrakt: Moderný životný štýl ako aj úsilie odborníkov predlžovať život spôsobili, že väčšina ľudí dnes zomiera v nemocniciach alebo inštitúciách pre starých či dlhodobo chorých. Preto je dôležité, aby zdravotnícky personál zvládal starostlivosť o starých, ťažko chorých a zomierajúcich nielen odborne a technicky, ale aj eticky. Hospicová a paliatívna starostlivosť sú alternatívnym riešením problému utrpenia, chronickej bolesti u nevyliečiteľne chorých pacientov.

Kľúčové slova: Hospicova a paliatívna starostlivosť, Etika, Pacient, Zdravotnícki pracovníci.

Ethical aspects of care the seriously ill and dying

Abstract: The modern lifestyle as well as efforts to prolong life professionals has meant that most people now die in hospitals or institutions for the elderly or long-term illness. It is therefore important that health professionals managed the care of elderly, severely ill and dying, not only professionally and technically, but also ethically. Hospice and palliative care as an alternative solution to the problem of suffering chronic pain in terminally ill patients.

Keywords: Hospice and palliative care, Ethics, Patient, Health professionals.

Etický prístup zdravotníckych pracovníkov, súčasť komplexnej starostlivosti

Filozofia hospicovej a paliatívnej starostlivosti je filozofiou holistickou, ktorá vníma človeka ako jednotný celok. Hospicová starostlivosť život nepredlžuje, ani neurýchľuje smrť. Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť je komplexná ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná sestrami s odbornou spôsobilosťou so

zameraním na manažment, uspokojenie potrieb pacienta s nevyliečiteľným ochorením a zomierajúceho pacienta.

Avšak moderný životný štýl ako aj úsilie odborníkov predlžovať život spôsobili, že väčšina ľudí dnes zomiera v nemocniciach alebo inštitúciách pre starých či dlhodobo chorých. Preto je veľmi dôležité, aby zdravotnícky personál, ktorý tuto špecializovanú starostlivosť poskytuje zvládal starostlivosť o starých, ťažko chorých a zomierajúcich pacientov/klientov nielen po odbornej a technickej stránke, ale mal k ním dostatočný eticky prístup. Kladie to zvýšené nároky na ich osobnostné predpoklady – vlastnosti, charakter, morálne postoje, zodpovednosť, schopnosť komunikovať s druhými ľuďmi a vytvárať s nimi hodnotné vzťahy, schopnosť empatie, trpezlivosť, obetavosť, ochotu pracovať na sebe. Prístup zdravotníckych pracovníkov pri poskytovaní hospicovej a paliatívnej starostlivosti je vymedzený a usmerňovaný dvoma relevantnými dokumentmi:

Etický kódex zdravotníckeho pracovníka (príloha č. 4 Zákona 578/2004 Z.z.) a Charta práv pacienta v SR. V Etickom kódexe, v časti „Zdravotnícky pracovník a výkon jeho povolania“,sa v odseku 5 uvádza: „*Zdravotnícky pracovník u nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich zmierňuje bolesť, rešpektuje ľudskú dôstojnosť, priania pacienta v súlade s právnymi predpismi a zmierňuje utrpenie. Eutanázia a asistované suicidum sú neprípustné.*“

Postoje a porozumenie zdravotníckych pracovníkov k ťažko chorému a zomierajúcemu

Bolesť, zomieranie a smrť sú univerzálnou a nevyhnutnou skúsenosťou ľudstva u každého jednotlivca. Zomieranie sa netýka len biologickej stránky človeka, ale zasahuje aj psychologickú a sociálnu stránku. Americká psychiatrička v 60. rokoch E. Kueblerová – Rossová publikovala teóriu o štádiách zomierania. Bola prvým vedcom, ktorý sa vôbec kedy odvážil opakovane si sadnúť s umierajúcimi ľuďmi a pýtať sa ich aký z toho majú pocit. Na základe týchto skutočností napísala klasickú prácu On

Death and Dying (Hovory s umierajúcimi, 1992).[216] Odhalila, že umierajúci sa vyjadruje pomocou náznakov, rečou symbolov. Aj keď sú reakcie jednotlivých ľudí na ťažké životné situácie rôzne a závisia od mnohých okolností, sú určité zákonitosti. Popísala ich veľmi prehľadne ako „fázy". Zdravotnícki pracovníci, ktorí pri výkone svojho povolania sú v bezprostrednom kontakte s umierajúcimi, by si mali tieto fázy osvojiť a hľadať na základe svojich ošetrovateľských vedomosti a zručnosti čo najviac úcty, porozumenia a ľudského chápania k zomierajúcemu.

Prvá fáza – **negácia**: šok, popieranie

Odmietanie vziať na vedomie fakt smrteľnosti. Pacient sa dozvie, že diagnóza je nezlučiteľná so životom. V tejto fáze odmieta myslieť na svoju smrť, nechce si ju pripustiť, nie je na túto situáciu pripravený. Potreba nadviazať kontakt a získať dôveru.

Druhá fáza – **agresia**: hnev, vzbura

Chorý dostáva hnev na všetko a na všetkých. Okolie by malo tento hnev pochopiť a dovoliť odreagovanie, nepohoršovať sa. Dovoliť chorému odreagovať sa a nepohoršovať sa.

Tretia fáza – **vyjednávanie**:

Chorý ešte hľadá nejakú možnosť, sľubuje, obracia sa k Bohu. Hľadá zázračné lieky, liečiteľov, diéty a povery. S chorým je potrebné mať trpezlivosť.

Štvrtá fáza - **depresia**: smútok

Nastupuje zápas so smrťou, s „démonom, ktorý sa pokúša o ľudskú dušu". Strach o rodinu. V tejto situácii očakáva od zdravotníkov aj od rodiny trpezlivosť, schopnosť načúvať, rešpektovať ľudskú dôstojnosť.

Piata fáza – **zmierenie**: súhlas

Je to doba kľudu. Mizne záujem o informácie. Chorý používa gestá namiesto slov. Je veľmi dôležité, aby pri ňom boli jeho blízki, aby si nemyslel, že odchádza z pozemského života

[216]KUBLER - ROSSOVÁ, E. *O smrti a umíraní. Turnov.* Arica, 1995. s.251

opustený. Potreba tichej ľudskej prítomnosti, držanie za ruku a utretie sĺz. Nezabúdať ani na rodinu, ktorá často tiež potrebuje pomoc a podporu od nás zdravotníkov. Fázu zmierenia – prijatia, je nutné odlíšiť od rezignácie.[217]

Zachovanie dôstojnosti voči ťažko chorým a umierajúcim

Umieranie a smrť sú údelom každého z nás. Všetci sa stretávame tvárou v tvár so smrťou a nikto nemôže vedieť ako túto situáciu zvládne, ako sa bude chovať, čo bude hovoriť. Veríme však, že množstvo ľudí by si prialo aby sa s nimi do poslednej chvíle zaobchádzalo dôstojne. Človek je v umieraní a smrti jedinečnou bytosťou, preto si zaslúži jedinečnú starostlivosť a dôstojnosť.

- Človek má svoju inherentnú dôstojnosť pretože je človekom.
- Nemôže ju stratiť kvôli chorobe.
- Ľudská bytosť je vždy cieľom a nie prostriedkom k inému cieľu.
- Záujmy a blaho ľudskej bytosti sú nadriadené záujmom spoločnosti a vedy.
- Človeka je potrebné vždy rešpektovať v jeho celosti, vo všetkých vzájomne previazaných dimenziách. [218]

Pojem dôstojnosť je zložitá entita. Obvykle ju spájame s pojmami ako je úcta, autonómia a ovládanie. V rámci štúdie Dôstojnosť a starí Európania bol spracovaný užitočný model, ktorý rozlišuje najmenej štyri typy dôstojnosti:

- dôstojnosť zásluh
- dôstojnosť mravnej sily
- dôstojnosť osobnej identity
- Menschenwurde – neoddeliteľnou hodnotou ľudských bytostí ako takých [219]

Ontologický personalizmus zaručuje človeku tú najväčšiu ochranu a úctu súvisiacu s jeho dôstojnosťou (definovanú ako úctu vyžadujúcu hodnotu prináležiacu ľudskej bytosti) a to od

[217]KUBLER - ROSSOVÁ, E. *O smrti a umíraní. Turnov.* Arica, 1995. s.251
[218]MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie, nebo paliatívni péče*? Praha : Grada Avicenum, 2005. s.108.
[219]MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie, nebo paliatívni péče*? Praha : Grada Avicenum, 2005.

počatia až do jeho prirodzeného konca. Tento prístup – v súlade s vedeckým poznaním v odbore embryológia a molekulárna biológia – považuje už zygotu za počiatočné štádium človeka. A preto si už aj zygota zaslúži rešpekt a ochranu. Toto, samozrejme, platí v priebehu celého života, navzdory najrôznejším chorobám a hendikepom, ktoré môžu každého postretnúť. Aj človek v bezvedomí a človek umierajúci zostáva osobou do posledného vydýchnutia.[220] Dôstojnosť môžeme teda chápať ako pojem morálneho vedomia, ktorý vyjadruje predstavy o hodnote ľudského jedinca ako bytosti rovnocennej, rovnoprávnej, slobodnej a autonómnej.

Dôstojný prístup k človeku znamená:

- prejavovať úctu k hodnote ľudskej bytosti, jej osobnosti a individualite v rámci jej ochrany,
- rešpektovať slobodu, ktorá je špecifickým znakom ľudského bytia,
- dodržiavať spravodlivosť (sociálnu, individuálnu),
- dodržiavať rovnoprávnosť (opak diskriminácie),
- vytvárať možnosti na uspokojovanie potrieb a záujmov ľudí.

Dôstojné umieranie a dobrá smrť v sebe vždy nerozlučne zahŕňajú kvalitu poskytovanej starostlivosti a pacientove subjektívne hodnotenie a prežívanie konca života. Americký Institute of Medicine definuje dobrú smrť ako „smrť, pri ktorej je odstránené a zmiernené všetko ovplyvniteľné utrpenie a stres pacientov, ich blízkych a tiež tých, ktorí sa o pacienta starajú“. Všetko sa deje s rešpektom podľa prianí pacienta a jeho rodiny a v rozumnej miere sú rešpektované klinické, kultúrne a estetické štandardy**“.** [221]

Alternatívne riešenie je hospicová a paliatívna starostlivosť

Stretnutie so smrťou nie je ľahké, hlavne pre človeka, ktorý na ňu nie je pripravený. Prvýkrát je tento zážitok možno desivý a

[220] MUNZAROVÁ, M. Zdravotnícka etika od A do Z. Praha : Grada Avicenum, 2005. s. 74 – 91.
[221]MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie, nebo paliatívni péče*? Praha : Grada Avicenum, 2005.

každý ho prežíva inak. Niekto potrebuje pomoc odborníka, niekto sa s tým zdôverí svojim najbližším, no v konečnom dôsledku si každý vytvorí k smrti svoj názor a postoj.

Je na mieste hľadať nové a účinné spôsoby, ako zmierniť chorému utrpenie a pomôcť mu prekonať strach zo smrti. V súčasnosti sa nám ako najlepšie riešenie javí paliatívna a hospicová starostlivosť a jej súčasťou musí byť samozrejme etika života.

Pomoc zomierajúcemu či nevyliečiteľne chorému pacientovi vyrovnať sa so svojím stavom, ukázať mu nádej na spokojné dožitie svojho života, sprevádzať ho v posledných chvíľach, tak aby ich prežil čo najdôstojnejšie ponúka organizovaná hospicová starostlivosť, ktorá je alternatívnym riešením problému utrpenia, chronickej bolesti u nevyliečiteľne chorého. Nikto by nemal zomierať sám a dôstojná smrť by mala mať charakter sociálneho aktu.[222] Hospicová starostlivosť tvorí súhrn odborných lekárskych, ošetrovateľských, religióznych, psychologických, rehabilitačných činností poskytovaných terminovane chorým s cieľom minimalizovať bolesť a zmierniť bio – psycho – spirituo – sociálne potreby chorého a jeho rodiny. Paliatívna starostlivosť - slovo je odvodené z latinského pallium (maska, pokrytie, zakrytie plášťom). Jej cieľom je „maskovať“ neliečiteľné príznaky choroby. Prvoradou úlohou je kontrola bolesti alebo iných symptómov, psychologických, sociálnych a duchovných problémov. Cieľom paliatívnej starostlivosti je dosiahnutie najlepšej kvality života pre chorého a jeho rodinu. Ošetrovanie nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich je okrem mimoriadnej náročnosti a obtiažnosti aj pomerne nákladné a neraz predstavuje etickú dilemu. Žijeme v čase, keď sa všade hľadajú možnosti úspor výdavkov na zdravotníctvo pri súčasnom úsilí o zachovanie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, dostáva sa táto problematika do popredia záujmu. Bez ohľadu na to, kde je hospicová alebo paliatívna starostlivosť poskytovaná, vždy je

[222]NEMČEKOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K. , MIŠTUNA. D. *Práva pacientov- filozofická reflexia.* Bratislava, 2000 s.148.

dôležité, aby starostlivosť bola komplexná, aby boli uspokojované všetky potreby klienta. Táto starostlivosť nezahŕňa iba starostlivosť o pacienta, ale aj o jeho rodinu, ich vzájomné vzťahy, potreby a problémy. Je to starostlivosť, ktorá rešpektuje potreby tela, mysle i ducha.[223]

Charakteristická preň je komplexnosť, kontrola symptómov, psycho - sociálna podpora, nádej a viera, tímová spolupráca, akceptácia a uistenie, flexibilita, rešpektovanie pacienta. Tam, kde sa tento program realizuje na patričnej úrovni, stáva sa otázka tzv. eutanázie bezpredmetnou.

Ťažko sa je vcítiť do mysle smrteľne chorého pacienta, ktorý trpí veľkými bolesťami a pociťuje stratu vlastnej dôstojnosti. Aj z tohto dôvodu by sa mala spoločnosť skôr ako bude hľadať východiská a právne normy na legalizáciu eutanázie, zamerať skôr na rozvoj paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Takto by sa umožnilo ťažko chorému človeku prežiť dôstojne posledné chvíle života. Každému nevyliečiteľne chorému a zomierajúcemu pacientovi treba zabezpečiť takú paliatívnu starostlivosť, aby o aktívne zabitie nemusel žiadať, znamená neopustiť ho v najťažších chvíľach. Paliatívna starostlivosť potvrdzuje život a chápe umieranie ako prirodzenú súčasť života. Zdôrazňuje sa predovšetkým úľava od bolesti a podpora pacienta žiť tak aktívne, ako je len možné až do jeho smrti.[224]

Medicína dokáže zmierniť utrpenie liečbou bolesti, psychologickou podporou a v prípade neznesiteľného utrpenia a pocitu straty ľudskej dôstojnosti možno podávať paliatívnu, sedatívnu liečbu, aby pacient netrpel.

Smrť je mementom v živote človeka, kde všetko nenávratne končí. Preto aj odpovede na otázky, ako by sme sa zachovali keby sme boli sami smrteľné chorí, alebo svedkami utrpenia a bolesti svojich blízkych sú ťažko zodpovedateľné. Terminálne

[223]LACA, S. Paliatívna a hospicová starostlivosť ako súčasť etiky života. In MÁTEL, A. – SCHAVEL, M. – MÜHLPACHR, P. – ROMAN, T. 2010. s. 413.
[224]GOMOLČÁKOVÁ, V.: Ošetrovanie starých ľudí v terminálnom štádiu života. 2003, s. 28-29

alebo nevyliečiteľne chorí ľudia si vyžadujú špeciálnu starostlivosť. A práve hospicová a paliatívna starostlivosť je najracionálnejšou formou starostlivosti o ťažko chorých a umierajúcich. Alternatívna starostlivosť napomáha prijímať smrť ako prirodzenú súčasť života a humanizuje proces zomierania.

Literatúra:

GOMOLČÁKOVÁ, V.: Ošetrovanie starých ľudí v terminálnom štádiu života. In: *Sestra*. roč.2, 2003, č.4, s. 28-29 ISSN 1335-9444.

KUBLER - ROSSOVÁ, E. *O smrti a umíraní. Turnov*. Arica, 1995. s.251. ISBN 80-7141-429-8.

LACA, S. Paliatívna a hospicová starostlivosť ako súčasť etiky života. In MÁTEL, A. – SCHAVEL, M. – MÜHLPACHR, P. – ROMAN, T. 2010. Aplikovaná etika v sociálne práci a ďalších pomáhajúcich profesiách. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety. 413 s. ISBN 978-80-89271-89-4.

MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie, nebo paliatívni péče*? Praha : Grada Avicenum, 2005. s.108. ISBN 80-247 1025-0.

MUNZAROVÁ, M. Zdravotnícka etika od A do Z. Praha : Grada Avicenum, 2005. s.74 -91 ISBN 80-247-1024-2.

NEMČEKOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K. , MIŠTUNA. D. *Práva pacientov-filozofická reflexia*. Bratislava : Iris, 2000 s.90-98. ISBN 80-88778-94-8.

Zákon o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov 576/2004 Z.z.

Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti príloha č. 4 Zákona 578/2004 Z.z Etický kódex zdravotníckeho pracovníka.

Kontak:

PhDr. Nadežda Peřinová PhD
FNsP J.A.Reimana
Hollého 14, 08001 Prešov
perinova@fnsppresov.sk

Finansowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej

Połomska Renata

Streszczenie: Prowadzenie zespołowej, profesjonalnej opieki hospicyjnej wymaga dobrze wyszkolonego, fachowego personelu medycznego oraz odpowiednich leków i środków medycznych, a także dużych nakładów finansowych. Opieka hospicyjna jest bezpłatna dla chorego i rodziny. Ta bezpłatność jest bardzo istotna w opiece hospicyjnej, aby mogła być dostępna dla każdego chorego, który jej potrzebuje.

Kluczowe słowa: Finansowanie, Opieka paliatywna i hospicyjna stacjonarna i domowa.

Financing paliative and hospice care

Abstract: Leadnig interdyscyplinary, porffesional hospice services requires engaging well-educated, specialistic medical staff, also, possesion of adequate medicines and other medical means, as well as and huge financial resources. Hocpice care is free for patient and the family. This is a fundamental fact, which make it accessible for all needy.

Key words: Financement, Pallaitive in-patient and home care.

Wstęp

Opieka paliatywna i hospicyjna ma na celu poprawę jakości życia chorego i jego bliskich zmagających się z codziennymi problemami związanymi z postępującą, często nieuleczalną chorobą. Podejmowane działania mają na celu zapobieganie cierpieniu, niesienie ulgi, leczenie bólu i duszności oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów wraz ze wsparciem dla rodziny pacjenta.

Świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej udzielane są w warunkach:

- stacjonarnych – w oddziale medycyny paliatywnej oraz hospicjum stacjonarnym;
- domowych – w hospicjum domowym;
- ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej.

Świadczenia zdrowotne w opiece paliatywnej udzielane są, w zależności od potrzeb, przez wielodyscyplinarny zespół osób przygotowanych do opieki nad umierającym. W skład takiego zespołu wchodzą lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psycholog. Żeby pacjent mógł być objęty opieką paliatywną i hospicyjną konieczne jest skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Prowadzenie zespołowej, profesjonalnej opieki hospicyjnej wymaga dużych nakładów finansowych. Opieka hospicyjna wymaga dobrze wyszkolonego, fachowego personelu medycznego oraz odpowiednich leków i środków medycznych. Opieka paliatywna i hospicyjna jest opieką bezpłatną dla chorego i rodziny. Ta bezpłatność jest bardzo istotna w opiece hospicyjnej, między innymi że przy narastaniu liczby chorych z różnymi nieuleczalnymi schorzeniami , nie posiadających rodzin, o niskich rentach i emeryturach, ludzi samotnych, dla których bardzo trudno jest zorganizować 24-godzinną opiekę w domu - odpowiednie jej refundowanie jest nieodzowną sprawą.

W Polsce działają trzy sektory w ochronie zdrowia:

- publiczny – środki publiczne zapisane w budżecie państwa,
- prywatny – pozyskiwane z działalności gospodarczej,
- pozarządowy – organizacje non profit, czyli nie działające dla zysku – wspierane przez darczyńców oraz przez dotacje i dofinansowanie działań w ramach zlecania zadań publicznych w drodze konkursu.

Finansowanie opieki:

Kto finansuje świadczenia zdrowotne:

1. Osoby posiadające prawo do bezpłatnych świadczeń – koszty pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – refundacja w ramach podpisanych umów z hospicjami.
2. Osoby nie uprawnione np. nie posiadające ubezpieczenia zdrowotnego opłacają świadczenia według stawek określanych przez dyrektora zakładu, których wysokość jest obliczana według zasad określonych przez Ministra Zdrowia.
3. Osoby przebywające w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych ponoszą koszty wyżywienia i

zakwaterowania. Koszty badań, leków, wyrobów medycznych i produktów leczniczych, zastosowanych w trakcie udzielania świadczeń ponosi świadczeniodawca.

Podmioty lecznicze: stowarzyszenia i fundacje, podmioty kościelne, publiczne zakłady opieki zdrowotnej, instytuty, przedsiębiorcy podpisują umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na dany okres. Umowa określa liczbę zakupionych przez NFZ świadczeń oraz kwotę refundowaną.

Struktura kosztów opieki w hospicjum stacjonarnym

- Koszty osobowe z pochodnymi 61,2%.
- Leki 5,6%.
- Sprzęt jednorazowy 1,3%.
- Opatrunki 0,9%.
- Materiały medyczne 2,5%.
- Inne materiały 0,2%.
- Żywienie chorych 8,2%.
- Środki czystości 2,4%.
- Diagnostyka 0,9%.
- BHP1, 1%.
- Usługi inne 3,3%.
- Pozostałe koszty (np.prąd, CO, remonty, obsługa) 12,4%.

Struktura kosztów opieki w hospicjum domowym

- Koszty osobowe z pochodnymi 96,34.
- Leki 0,33%.
- Sprzęt jednorazowy 0,11%.
- Opatrunki 0,01%.
- Inne materiały 0,03%.
- Diagnostyka 0,94%.
- Bhp 0,08%.
- Usługi inne 1,67%.
- Pozostałe koszty w tym na remonty, inwestycje 0,49%.

Kwoty refundowane przez NFZ przeważnie nie wystarczają pozarządowym non-profitowym organizacjom na prowadzoną opiekę hospicyjną stacjonarną i domową. Opieka prowadzona w pozarządowych hospicjach jest opieką całościową: medyczną, pielęgnacyjną, duchową, psychologiczną i socjalną. Hospicja zatrudniają oprócz lekarzy i pielęgniarek także rehabilitantów, psychologów, kapelanów i pracowników socjalnych. Pomoc hospicyjna jest skierowana nie tylko do chorych ale i do ich rodziny. Rodziny otrzymują wsparcie w okresie choroby bliskiej osoby jak I w okresie żałoby. W większości hospicjów pozarządowych koszty są refundowane przez NFZ w wysokości 75%. Dlatego też hospicja pozarządowe muszą prowadzić działania pozwalające na pozyskanie dodatkowych środków, polegających na:

- pozyskiwaniu funduszy z składek członkowskich oraz darów pieniężnych i rzeczowych od przyjaciół i sympatyków (osób prawnych i fizycznych),
- prowadzeniu kwest i inne akcji pozyskiwania funduszy, w tym organizowaniu aukcji oraz imprez charytatywnych i artystycznych,
- staraniach o granty, dotacje i subwencje ze źródeł (środków) publicznych i niepublicznych, poprzez występowanie między innymi do władz i administracji państwowej samorządowej oraz innych instytucji
- prowadzeniu działalności gospodarczą, jako dodatkowej w stosunku do działalności statutowej, z której cały dochód przeznaczany jest na prowadzoną opiekę hospicyjną.

Poniżej podano strukturę przychodów TPCH Hospicjum św. Łazarza w Krakowie:

W 2010 roku Towarzystwo na realizacje celów statutowych pozyskało

w sumie 8 006 239,59 zł

w tym m.in.:

Składki	1 840,00 zł
Dary	2 009 431,41 zł
1% podatku na OPP	1 622081,23zł
Nawiązki sądowe	58 404,28 zł
Kwesty	348 082,34 zł
Fundacja Pomoc Krakowskiemu Hospicjum	186 020,82 zł
Program „Pola Nadziei”	499 105,32 zł
Dary rzeczowe	61 977,02 zł
Granty Urzędu Marszałkowskiego	31 000,00 zł
Rezydent - Ministerstwo Zdrowia	41 920,77 zł
Pozostałe przychody	297 779,53 zł
Pozostałe przychody finansowe (odsetki)	238 918,25 zł
NFZ	2 439 078,45 zł
Przychody z działalności gospodarczej	163 180,27 zł
Dotacja z UE i środków publicznych	287 367,02 zł

Kontakt:
Renata Połomska
Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. św. Łazarza”
ul. Fatimska 17, 31-831 Kraków, Poľsko
renata@polanadziei.pl

Klient paliatívnej starostlivosti a bezpečnosť práv pacienta

Pribišová Emília, Žák Silvester, Bugri Štefan

Abstrakt: Umieranie a smrť patrí k životu a je jeho súčasťou. Nikto by nemal zomierať bez svojich blízkych, či už sú to príbuzní alebo zdravotnícki a sociálni pracovníci. Umierajúci potrebujú zdravých a zdraví potrebujú umierajúcich k tomu, aby sami nestrácali neprimeraný strach zo smrti a mohli žiť kvalitnejšie. Paliatívna a hospicová starostlivosť ešte stále patrí medzi pomaly rozvíjajúce sa oblasti v SR a patrí medzi stále podceňované oblasti záujmu vzdelávacích inštitúcií, vlády, organizácií, financovania, zdravotných poisťovní, ale aj ľudí samotných. Pritom sa v súčasnosti okruh pacientov vyžadujúcich paliatívnu a hospicovú starostlivosť každým rokom zvyšuje. Pri rozhodovaní v závere života je nevyhnutné riešiť etické otázky. Práva pacientov predstavujú významný etický kódex, kde okrem všeobecných práv pacientov sa vyvíjajú aj špecifické práva, vzťahujúce sa na skupiny chorých, napr. Práva onkologických pacientov, Charta práv umierajúcich pacientov, a iné. Pacient, či už taký, u ktorého perspektíva vyliečenia je vysoká, alebo taký, ktorý je v poslednom štádiu svojho života, je vždy človekom
Kľučové slová: Klient, Zdravotná starostlivosť, Paliatívna a hospicová starostlivosť, Práva pacientov.

Client palliative care safety and patient rights

Abstract: Dying and the death belong to the life and they are its part. Nobody should die without their close ones, the relatives, sanitary or social workers. Dying people need the healthy ones and the healthy need dying so they would not loose the inappropriate fear of death and could live quality life. Lenitive and nursery care still belongs to the slowly developing areas in Slovakia and belongs among disregarded areas of interest of educational institutions, government, ogranizations, financing, health care insurance companies but also people themselves. Even though, in present the circle of patients needing the lenitive and

nursery care is increasing every year. The decisions in the last of part of the life are necessary to solve with ethical questions. The legal rights of the patients represent important ethical codex where besides general rights of patients are also developing specific rights pertaining on the groups of ill people, for example The rights of oncological patients, The Carta of dying patients rights and others. Patient, whose perpective of curing is high, or the patient who is in last state of his life, is always a person.
Keywords: Client, Health care, Palliative and hospice care, Patients' rights.

Ošetrovanie a starostlivosť o nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich v ich poslednom štádiu života je okrem mimoriadnej náročnosti a obtiažnosti aj na pomery súčasnej ekonomiky značne nákladné a finančne náročné a neraz predstavuje etickú dilemu. V čase, keď sa všade hľadajú možnosti úspor výdavkov na zdravotníctvo pri súčasnom úsilí o zachovanie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, keď lekári v mnohých zdravotníckych zariadeniach hromadne podávajú výpovede, pretože majú pocit finančného podhodnotenia ich odbornej a špecializovanej činnosti a keď ministerstvo zdravotníctva nemá potrebný záujem riešiť túto ťažkú situáciu v zdravotníctve, dostáva sa táto problematika do popredia záujmu. Všetky média venujú denne pozornosť práve problémom v zdravotníctve, aj keď doposiaľ nedošlo k žiadnemu jeho konkrétnemu riešeniu. Tento problém je komplexný, zasahuje do rôznych oblastí spoločnosti a týka sa každého občana SR.

V tejto ťažkej situácii, keď chýbajú finančné prostriedky pre každodenné liečenie a poskytovanie zdravotnej starostlivosti bežným pacientom, takmer úplne sa zabúda na tých, ktorí sa nachádzajú v poslednom štádiu svojho života. Prieskumy poukazujú na neraz nedôstojné podmienky umierajúcich v nemocniciach, v liečebniach pre dlhodobo chorých, v sociálnych zariadeniach, ale aj v domácom prostredí. Aj dnes môžeme súhlasiť s Hintonom „ich nedôstojná a hrozná smrť nemôže vykričať do sveta zanedbanie, ktoré okúsili“. Umierajúci akoby

strácal svoju ľudskú hodnotu a dôstojnosť. Smrť je novým tabu v modernej spoločnosti aj v medicíne. Práve v tomto čase by mala podávať pomocnú ruku týmto pacientom sociálna starostlivosť o umierajúcich.

Jedným z mnohých riešení tohto problému je zavádzanie nových prístupov v starostlivosti o komunitu terminálne chorých. Dosiaľ najefektívnejším prístupom, charakterizovaným novou kvalitou tak zdravotnej ako aj sociálnej starostlivosti, sa javí hospicový program, v súčasnosti už úspešne rozšírený a aplikovaný v celom kultúrnom svete. Tam, kde sa tento program realizuje na patričnej úrovni, stáva sa otázka tzv. eutanázie bezpredmetnou. Hospicová starostlivosť začína vtedy, keď už nemožno dúfať v predlžovanie života.

Hospicová a paliatívna starostlivosť je v našich podmienkach stále pomerne novým pojmom. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie je „paliatívna starostlivosť aktívna, celková starostlivosť o pacientov v čase, keď ich choroba už neodpovedá na kauzálnu liečbu a kontrola bolesti alebo iných symptómov a psychologických a sociálnych problémov je prvoradá. Celkovým cieľom paliatívnej starostlivosti je najvyššia možná kvalita života pacienta a jeho rodiny.“

Paliatívna medicína je špecializačný odbor, ktorý sa zaoberá diagnostikou a liečbou pacientov s chronickou nevyliečiteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním. Paliatívna starostlivosť potvrdzuje život a chápe umieranie ako prirodzený proces. Paliatívna starostlivosť sa poskytuje na špecializovaných oddeleniach a klinikách, stacionároch, ambulanciách a v hospicoch.

Z pohľadu poskytovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti v oblasti paliatívnej starostlivosti bola Ministerstvom zdravotníctva SR s účinnosťou od 1.7.2006 prijatá *Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti*.

Keďže paliatívna medicína a starostlivosť je medicínsky odbor, klient, nachádzajúci sa v stave, že je odkázaný na hospicovú starostlivosť, sa týmto stáva pacientom

v zdravotníctve. Ako náhle sa do zdravotníctva dostala ziskovosť, mnohí sme z pacienta urobili klienta. Samozrejme, keď ide o financie, o vyššie príjmy ako výdavky, a keď je potrebné za poskytovanie služby platiť, platí termín „klient“. Je primerané používať takýto pojem aj v zdravotníctve?

Klientom môže byť:

- osoba stále používajúca služby (najmä) advokáta, lekára alebo banky, zriedkavejšie iných podnikov/osôb, zákazník, pacient
- v histórii:

- neplnoprávny chránenec svojho pána v starovekom Ríme,
- v stredoveku: politický chránenec.

Pacient (z lat. patiens = trpezlivý, trpiaci < lat. pati = znášať, trpieť) je človek, ktorý sa z najrôznejších príčin dostal do starostlivosti lekára – utrpel úraz, má infekčné, zápalové, nádorové alebo iné ochorenie. Ak ide o preventívnu prehliadku, z psychologických dôvodov sa často používa termín klient.

Starostlivosť o terminálne chorých určite nie je ľahká úloha a je jedno, či sa vykonáva doma, na oddelení paliatívnej starostlivosti alebo v hospici. Vždy je tu najdôležitejší humánny „eticko - morálny“ prístup v rámci ľudskej etiky a morálky. Stretnutie so smrťou nie je ľahké, hlavne pre človeka, ktorý na ňu nie je pripravený. Uvedomiť si skutočnosť, že zomieram, je určite pre každého zážitok možno desivý a každý ho prežíva inak. Niekto potrebuje pomoc odborníka, niekto sa s tým zdôverí svojim najbližším, no v konečnom dôsledku si každý vytvorí k smrti svoj vlastný názor a postoj.

Každý pacient, aj ten, ktorý stojí pred smrťou, má svoje práva. Práva pacientov v Slovenskej republike sú zakotvené vo viacerých zákonoch. Charta práv pacienta v Slovenskej republike bola prijatá vládou Slovenskej republiky dňa 11. apríla 2001 a upravuje ľudské práva a slobody pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Každý má právo, aby sa jeho základné ľudské práva a slobody pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti rešpektovali.

V rámci starostlivosti o nevyliečiteľne chorých a umierajúcich sú Chartou práv pacienta určené tieto práva pacientov:

1. Pacient má právo v nevyliečiteľnom štádiu ochorenia na takú úľavu a zmiernenie bolestí, ktoré zodpovedajú súčasným vedomostiam a možnostiam zdravotnej starostlivosti o umierajúcich.
2. Nevyliečiteľne chorý a umierajúci pacient má právo na humánnu starostlivosť.
3. Pacient má právo, aby ho v posledných chvíľach života sprevádzala osoba podľa jeho želania.
4. Pacient má právo na dôstojné umieranie.
5. Pacient má nárok na dôsledné rešpektovanie písomnej žiadosti nebyť resuscitovaný alebo odmietnuť aplikáciu liečebných zákrokov a postupov. Ak pacient napriek náležitému vysvetleniu odmieta potrebnú zdravotnú starostlivosť, lekár si od neho vyžiada vyjadrenie o jej odmietnutí v písomnej alebo v inak preukázateľnej forme.

V rámci Európskej charty práv pacientov, prednesenej v Bruseli 15.11.2002, je aj **právo pacienta na bezpečnosť**, v rámci ktorého každý jednotlivec má právo neutrpieť škodu spôsobenú nedostatočným fungovaním zdravotníckych služieb, zanedbaním lekárskej starostlivosti a chýb, a právo na prístup k zdravotníckym službám, ošetreniu a liečbe, ktoré spĺňajú vysoko stanovené bezpečnostné normy.

Nemocnice a zdravotnícke služby, ktoré to chcú zaručiť, musia sústavne sledovať rizikové faktory a zaistiť, aby sa elektronické lekárske zariadenia riadne udržiavali a aby bol obsluhujúci personál riadne zaškolený.

Všetci odborní pracovníci v zdravotníctve musia niesť plnú zodpovednosť za bezpečnosť pacienta vo všetkých etapách a súčastiach lekárskeho ošetrenia a liečby. Lekári musia vedieť predchádzať rizikám omylu sledovaním prípadov, ktoré sa prihodili, a priebežnými školeniami. Pracovníci poskytujúci zdravotnícku starostlivosť, ktorí nahlásia existujúce riziká svojim

nadriadeným alebo kolegom, musia byť chránení pred možnými negatívnymi následkami.

Bezpečnosť pacienta znamená, že s liečbou nie je spojené poškodenie zdravia. Ide o vážny problém v Európskej únii. Výsledky nedávno vypracovaných štúdií v rastúcom počte krajín zhodne dokazujú, že približne v 10 % prípadoch hospitalizácii dochádza k pochybeniu v zdravotnej starostlivosti. Chyby sa stávajú na všetkých úrovniach poskytovania zdravotnej starostlivosti vrátane primárnej, sekundárnej, sociálnej, domácej, súkromnej a akútnej starostlivosti, starostlivosti o chronicky chorých ako aj o nevyliečiteľne chorých pacientov.

Zavedenie a plnenie bezpečnosti pacientov je potrebné v rámci celoeurópskej spolupráce na zlepšenie starostlivosti o pacientov v celej EÚ, a to bez ohľadu na to, či občan vyhľadá starostlivosť doma alebo v inom členskom štáte. Snaha o zlepšenie bezpečnosti pacientov závisí od realizácie účinných a stabilných politík programov v celej Európe.

Bezpečnosť pacientov je prioritou politickej agendy EÚ. V roku 2005 vytvorili členské štáty EÚ mechanizmus, v rámci ktorého diskutujú o otázkach bezpečnosti pacientov a snažia sa túto otázku zaradiť medzi priority v oblasti zdravotnej starostlivosti. Pri skupine na vysokej úrovni pre zdravotné služby a lekársku starostlivosť bola založená pracovná skupina, prostredníctvom ktorej sa Európska komisia snaží pomôcť členským štátom a podporiť ich prácu a činnosti v tejto oblasti. Na činnosti tejto pracovnej skupiny sa aktívne podieľajú Svetová zdravotníctva organizácia, hlavne prostredníctvom Svetovej aliancie bezpečnosti pacienta, Rada Európy, OECD a európske združenia pacientov, lekárov, zdravotných sestier, lekárnikov, zubárov a nemocníc.

V hospicovom prostredí sa neposkytuje iba zdravotná starostlivosť, ale aj sociálna starostlivosť zomierajúcim pacientom. V procese rozhodovania zúčastnený nie je len samotný zomierajúci pacient, ale aj jeho rodina a celý sprevádzajúci tím pracovníkov. Pod zdravotnou starostlivosťou si veľa občanov predstavuje ošetrovateľskú starostlivosť a tiež

sprevádzanie klienta, či pacienta. Úlohou lekára je poskytovanie informácií, liečba, ako aj sprevádzanie zomierajúceho. Ošetrovateľská starostlivosť o zomierajúcich pacientov je veľmi dôležitá, avšak bez spojenia so sociálnou starostlivosťou nie je kompletná. Na druhej strane ešte stále nie je u nás vytvorený časový priestor pre sprevádzanie chorých a blízkych aj zdravotníckymi pracovníkmi. Preto je dôležité, aby sa v zdravotníckych zariadeniach zvýšil počet sociálnych pracovníkov, vytvoril sa im právny status a zaradil ich do liečebného poriadku. A pritom všetkom nesmieme zabúdať na pacienta ako na človeka, na jeho práva, ochranu a zabezpečenie bezpečnosti pri poskytovaní zdravotnej či sociálnej starostlivosti.

Literatúra:

ANDRÁŠIOVÁ, M. a kol.: *Hospic a paliatívna starostlivosť – príručka pre dobrovoľníkov.* Bratislava. 2002. ISBN 80-968416-0-2.
Balogová, B.: *Seniori.* Prešov, 2005. ISBN 80-969274-9-3..
http://www.udzs.sk/obcania-informacie/prava-pacientov-podla-europskej-charty.html?page_id=179.
http://www.zdravie.sk/sz/72-99/ministerstvo-zdravotnictva-europska-charta-prav-pacientv.html?print=1.
http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/patient_safety/index_sk.htm.

Kontak:

Ing. Emília Pribišová, PhD., MPH, Ing. Silvester Žák, Doc. Ing. Štefan Bugri, PhD.,MPH.,
Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča v Prešove,
Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, v Bratislave
Dilongova č. 13, 080 01 Prešov

Možnosti poskytovania sociálno-zdravotnej starostlivosti zomierajúcim – pomoc v zomieraní a pomoc zomrieť

Sedlárová Katarína

Abstrakt: Príspevok je zameraný na umieranie a smrť, vnímajúc túto problematiku v kontexte sociálno-zdravotnej starostlivosti o zomierajúceho. Zameriavame sa na zomierajúceho a na jeho potreby. Stojí tu zároveň úloha pre sociálnych pracovníkov rozšíriť ich zameranie doplnením o ďalšie vzdelávanie v paliatívnej a hospicovej starostlivosti a prepojenie sociálnej a zdravotnej starostlivosti o zomierajúcich nielen v príprave budúcich sociálnych pracovníkov, ale pokúsiť sa o túto zmenu aj v legislatíve.
Kľúčové slová: Zomieranie, Smrť, Zomierajúci, Paliatívna starostlivosť, Hospicová starostlivosť, Sociálno-zdravotná starostlivosť.

Possibilities of providing social-health care for dying – assistance in dying and assistance to die

Abstract: The article is focused on death and dying, to sentient this issue in the context of socio-medical care for the dying. We focus on the dying and his needs. It standing also the task here for social workers to expand their focusing by supplementing it with additional training in palliative and hospice care and linking social and health care for the dying, not only in preparing future social workers, but to try to change this in the legislation.
Keywords: Dying, Death, Dying, Palliative care, Hospice care, Social and health care.

Záver života mnohých z nás, je ešte stále často krát zbytočne sprevádzaný bolesťou, osamelosťou, stratou dôstojnosti a ďalšími formami utrpenia, ktorým by bolo možné predísť. Príčin je veľa, no jednou z najdôležitejších sú nedostatočné vedomosti a praktické schopnosti sociálnych a zdravotných pracovníkov, ktorí sa o zomierajúcich starajú. Nemožno zabudnúť, že

starostlivosť o slabých a zomierajúcich je prirodzenou súčasťou života spoločnosti.

Umieranie a smrť patria k hraničným situáciám bytia človeka. Smrť je všadeprítomná a mala by byť znovu rešpektovaná ako sociálny akt. Vo vzťahu k umierajúcim ľuďom a k problematike umierania a smrti je potrebné poukázať najmä na potrebu prepojenia zdravotnej a sociálnej starostlivosti. V situáciách, keď je človek zmierený s tým, že si vie zrátať dni a mesiace, ktoré mu ešte zostávajú, mení sa zásadne kvalita jeho života, jeho návyky, zvyky a denný režim. Ak sa však dostane do situácie, kedy sa kvôli chorobe nevie postarať sám o seba a nemá nikoho, kto by prevzal na seba túto starostlivosť, prichádza na rad spoločnosť. Ide o problematiku, ktorej sa vo vyspelých krajinách venuje pozornosť už dlhé roky, tak veríme, že aj u nás sa postupne prejaví patričný záujem napriek stále pretrvávajúcim ťažkostiam v zdravotnej a sociálnej sfére.

Zomieranie a smrť

Túžbou každého človeka je, aby umieral čo najkratšie, v relatívne dobrom fyzickom komforte, bez bolesti a pokiaľ by to bolo možné aj pri jasnom vedomí. Z klinického hľadiska sa posledná fáza zomierania označuje ako terminálny stav. Tento stav podľa Vorlíčka je definovaný „ako postupné a nezvratné zlyhávanie životne dôležitých funkcií orgánov s následkom smrti indivídua“.[225] V širších súvislostiach je tak umieranie predovšetkým časovo dlhším úsekom, ako terminálny stav. Jeho začiatok môžeme si môžeme všimnúť v okamžiku, kedy vojde do odborného a následne i laického podvedomia, že choroba, ktorá vstúpila do života konkrétneho jedinca, je nezlučiteľná so životom.

V súčasnosti sa umieranie a smrť inštitucionalizujú. Menej sa zomiera doma, čoraz viac v ústavoch. Aj keď máme mnoho inštitúcií, ktoré pomáhajú človeku v množstve jeho núdzových

[225]VORLÍČEK, J. 2004. *Paliatívni medicína. Citované s. 435.*

situácií, dosiaľ nemáme dostatočne prepracovanú prípravu lekára i ďalších zúčastnených na to, ako pomáhať človeku v jeho najväčšej kríze tesne pred príchodom smrti alebo počas smrteľných chorôb.

Křivohlavý chápe umieranie ako proces, teda neustále sa meniaci stav – dianie v čase. Podľa toho, ako rýchlo tento proces prebieha, rozlišuje sa na jednej strane tzv. rýchla smrť a na druhej strane tzv. pomalá smrť.[226]

Podľa Steindla, väčšina umierajúcich prechádza týmito etapami vývoja:

-*Uvedomenie si existencie vážnej choroby:* pacienti v tomto štádiu hovoria, že nechcú poznať pravdu, že sa musia ,,z toho" dostať, že predsa nemôžu byť smrteľne chorí.

-*Štádium zatrpknutosti:* často si kladú otázky, akým právom práve oni majú zomrieť a prečo privilégium ďalšieho života majú mať iní?

-*Štádium odovzdania sa a prijatie faktu smrti:* aktívne zmierenie sa s ukončením života. Ani v tomto štádiu sa nevzdávajú nádeje na predĺženie života. Ak sa nádej stráca, potom pacient vstupuje do poslednej fázy.

-*Odpútanie sa od života:* v tomto štádiu sa obyčajne dostávajú do agonálneho stavu. Ide o proces separácie od celého sveta.[227]

Fázy umierania Elizabeth Kübler-Rossovej diferencuje na jednotlivé postoje a štádia voči zomieraniu a smrti a rozlišuje celkove päť štádií:

1. Šok – popieranie hroziacej neprijateľnej skutočnosti.
2. Vzbura – prejavy hnevu a agresie, vzbúrenie sa proti tomu, čo sa deje.
3. Vyjednávanie – sľubovanie a ochota dať všetko za uzdravenie.
4. Smútok a depresia – prejavy zármutku, ľútosti nad tým, čo končí, plač.
5. Prijatie – vyjadrenie súhlasu s nemenným dianím, zmierenie s tým, čo sa deje.[228]

---

[226]KŘIVOHLAVÝ, J. 1991. *Křesťanská péče o nemocné.*
[227]STEINDL, R. 2000. *O smrti.*

Modely zomierania

„V nemocniciach je chorým dopriaty štandardný liečebný, ošetrovateľský a sociálny komfort. Umierajúcim je síce poskytovaná potrebná starostlivosť, dominantný je ale prakticizmus a profesionalita. Tmavšie stránky inštitucionalizovaného modelu sú zrejmé a ich spoločným menovateľom je chladná profesionálna starostlivosť“ [229].

V tomto modeli umierania chýba potrebný ľudský kontakt, umieranie stratilo charakter sociálneho aktu. Rodina prichádza na návštevu a nevie, ako sa má správať, čo má hovoriť a myslí si, že profesionál je tu od toho, aby sa o umierajúceho pacienta postaral. Je snahou nájsť riešenie, aby malo umieranie opäť charakter sociálneho aktu.[230]

Môcť zomrieť doma, toto, už takmer zabudnuté želanie, opäť trocha ožíva. V dôsledku skrátenia pobytu v nemocnici sa chorý nezriedka prepúšťa v zdravotne labilnom stave. Želaniu mnohých dlhodobo chorých, aby strávili posledný úsek svojho života v domácom prostredí, už možno vyhovie prostredníctvom mnohých ponúk.

Podľa Kelnerovej domácim modelom umierania rozumieme umieranie doma, v kruhu jeho rodiny. V minulosti sa o chorého starala predovšetkým rodina, starostlivosť bola teda prevažne laická. Prednosťou bola emotívna podpora umierajúceho a nezanedbateľný význam mal i ritualizovaný scenár. Každý zo zúčastnených mal zreteľne vymedzenú rolu a vedel, čo môže a čo má robiť. Tiež umierajúci vedel, aké sú jeho dostupné formy pomoci.[231]

Pre rodinu nastáva veľká zmena, musí sa prispôsobiť novej situácii a prijať novú rolu zomierajúceho. Ako tvrdí Sims pre blízkych je ťažké vzdať sa svojej nezávislosti tak isto ako aj pre umierajúceho človeka. Práve tu je dôležitá otvorená komunikácia

[228]KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*.
[229]HAŠKOVCOVÁ, H. 2000. *Thanatologie*. *Citované* s. 31
[230]BÁRTLOVÁ, S. - MATULAY, S. 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*.
[231]KELNAROVÁ, J. 2007. *Tanatologie v ošetřovatelství*.

a je potrebné sa otvorene a úprimne rozprávať o svojich pocitoch.[232]

Potreby pacienta v terminálnom štádiu

V terminálnom štádiu je pacient ovládaný pocitmi strachu z fyzických príznakov zomierania ako sú bolesť, dusenie sa, strata ovládania telesných funkcií, bezmocnosti, smútku z nadchádzajúcej straty najbližších. V nemocnici trpia izoláciou od rodiny, depresia sa vystupňuje. Ak vychádzame z holistického princípu osobnosti a vnímame ju ako jednotku bio- psycho- sociospirituálnu, treba uspokojovať potreby pacienta vo všetkých týchto rovinách.

Potreby sú vlastne narušenie vnútornej rovnováhy organizmu, resp. nedostatok vo vonkajších vzťahoch. Potreby sú určené životné nevyhnutnosti, ich dlhodobé nenapĺňanie sa nepriaznivo odráža na zdraví a celkovom pocite životnej pohody, preto je človek stále motivovaný obnovovať vnútornú alebo vonkajšiu rovnováhu. To, ako sú napĺňané potreby pacienta ovplyvňuje vzťahy s ním a spoluprácu v liečbe. Choroba, zvlášť životohrozujúca, stále zhoršuje snahu o obnovenie rovnováhy a vzrastajú nároky na pomoc okolia – rodiny, zdravotníckych pracovníkov, psychológov, sociálnych pracovníkov. Je nevyhnutné, aby sa fyzické príznaky do najvyššej možnej miery tlmili, aby sa zabezpečila čo najlepšia možná kvalita zostávajúceho života.

- *Biologické potreby* - sú to všetky potreby ľudského tela. Medzi základné patrí potrava, zbavenie sa splodín látkového metabolizmu, prísun kyslíka, spánok.
- *Psychologické potreby* - sú to potreby spojené s rešpektovaním ľudskej dôstojnosti nezávisle na stave chorého tela.
- *Sociálne potreby* - vyplývajú zo statusu človeka, ako spoločenskej bytosti, žijúceho v istom sociálnom prostredí, ktorý

[232]SIMS, D. 2008. *Caregiving for the terminally ill.*

má svoju rodinu, svoju prácu, svoje problémy, záujmy, záväzky, sny a priania.

•*Duchovné potreby*: práve tieto boli u ťažko chorých a umierajúcich ľudí často odsúvané do úzadia. Teraz už postupne pribúda tých, ktorí si uvedomujú i tento možno najdôležitejší aspekt potrieb chorých v tomto štádiu života a hľadajú jeho naplnenie.[233]

Duchovné potreby súvisia so zmyslom života (aj smrti). Ťažko chorý pacient a najmä zomierajúci má potrebu zmieriť sa so sebou, svojim životom, s blízkymi ľuďmi, s Bohom, s otázkami transcedentna. Potreba ticha – či už na vyrovnávanie sa so zomieraním , či už na zberanie síl do ďalších bojov. Náboženské potreby – prijatie sviatostí, modlitba, sa vyskytujú aj u zomierajúcich, ktorí neboli veriaci. [234]

Paliatívna a hospicová starostlivosť

Zhubné nádory predstavujú podielom 20 % druhú najčastejšiu príčinu úmrtí vo vyspelých krajinách sveta. Na Slovensku sa ročne diagnostikuje až viac ako 22 000 nových prípadov. U takmer polovice z nich je rakovina už v čase diagnózy nevyliečiteľná – sú teda klientmi pre paliatívnu starostlivosť .[235]

O'Connor uvádza, že paliatívna starostlivosť je profesionálna, holistická a interdisciplinárna a má byť poskytovaná všetkým umierajúcim pacientom bez ohľadu na diagnózu, či typ zdravotníckeho zariadenia. Ide o kontinuálnu starostlivosť – od všeobecného prístupu až po špecializovanú disciplínu.[236]

Poznáme tri roviny paliatívnej starostlivosti:

-Paliatívny prístup (základná starostlivosť).

-Špecializované intervencie (špecializovaná starostlivosť).

[233]www.hospice.sk

[234]HATOKOVÁ, M. a kol. 2009. *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich, dobrovoľníctvo v nemocniciach a paliatívnych zariadeniach.*

[235]ONDRUŠOVÁ, M. 2007. *Epidemiológia zhubných nádorov v SR.*

[236]O'CONNOR, M. a kol. 2005. *Paliatívni péče.*

-Paliatívna starostlivosť poskytovaná špecialistami.

	Paliatívna starostlivosť			
	Paliatívny prístup	**Odborná podpora v rámci všeobecnej paliatívnej starostlivosti**		**Špecializovaná paliatívna starostlivosť**
Akútna starostlivosť	Nemocnice		Nemocničné podporné tímy paliatívnej starostlivosti	Jednotka paliatívnej starostlivosti
Dlhodobá starostlivosť	Liečebňa dlhodobej starostlivosti	Dobrovoľnícke hospicové služby		Lôžkový hospic
Domáca starostlivosť	Praktickí lekári, komunitné ošetrovateľské tímy		Tímy domácej paliatívnej starostlivosti	Tímy domácej paliatívnej starostlivosti, denné centrá

Tab. č. 1 Stupňovaný systém služieb paliatívnej starostlivosti

Podporná starostlivosť

Podporná starostlivosť je prevencia a liečba negatívnych prejavov nádorového ochorenia a onkologickej liečby. Medzi tieto prejavy patria telesné a psychosociálne symptómy, ale tiež vedľajšie účinky liečby a to v celom priebehu nádorového ochorenia od stanovenia diagnózy, vrátane rehabilitácie a starostlivosti o pacienta po úspešnej onkologickej liečbe.[237]

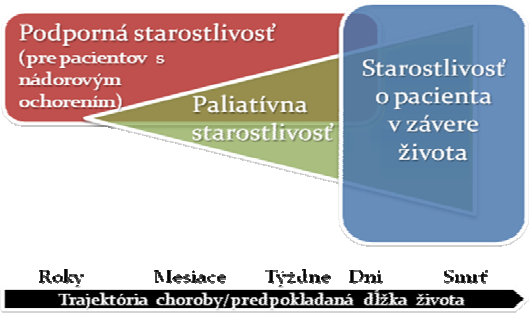
Starostlivosť o pacienta v závere života (End of life care)

Výraz ,,starostlivosť o pacienta v závere života“ môže byť používaný ako synonymum paliatívnej starostlivosti či hospicovej starostlivosti, pričom koncom života sa rozumie obdobie 1 až 2 rokov, behom ktorých sa pacient, jeho rodina a zdravotníci postupne dozvedajú, že pacientovo ochorenie významne obmedzuje dĺžku jeho života.

V Anglicku bol zverejnený dokument ,,NHS End of Life Care Strategy“ (Stratégia NHS starostlivosti o pacientov v závere

[237]*Multinational Association of Supportive Care in Cancer. MASCC strategic plan.* [online]. 2007

života) s cieľom zlepšiť umieranie pre všetkých pacientov bez ohľadu na diagnózu a na miesto, kde starostlivosť prebieha.[238]



Zdravotná a sociálna starostlivosť o zomierajúcich

Zomieranie je fenomén obsahujúci oblasť biologickú, sociálnu, psychologickú a duchovnú. Táto skutočnosť je východiskom pre existenciu multidisciplinárneho tímu, ktorý sa podieľa na ošetrovaní umierajúceho. Najkvalitnejšia je forma starostlivosti o umierajúcich v hospicoch a oddeleniach paliatívnej starostlivosti. Práca multidisciplinárneho tímu vychádza z celostného (holistického) vnímania človeka, zvlášť v poslednom úseku svojho života, zohľadňujúc jeho potreby bio-psycho-socio-spirituálne. Zdravotníci sa starajú o pacienta zvlášť po stránke biologickej, teda o jeho telo, pohodlie, poskytnutie potravy, zbavenie sa odpadu z vlastného metabolizmu, prísun kyslíka, spánok. Ďalej sú to potreby, ktoré zabezpečuje odborná medicínska starostlivosť, ako ožarovanie, chemoterapia, hormonálna liečba.[239]

Úloha zdravotného pracovníka je veľmi dôležitá. Ako hovorí Mojtová: ,,Cieľom zdravotníckeho personálu je pomôcť nevyliečiteľne chorému, aby dosiahol fázu zmierenia“. [240]Tíši

[238]*End of Life Care Strategy. Promoting high quality care for all adults at the end of life*. [online]. 2008
[239]BALOGOVÁ B. 2005. *Seniori.*
[240]MOJTOVÁ, M. 2010. *Sociálna práca v zdravotníctve. Citované s. 111*

bolesť a iné sprievodné príznaky sa pomocou liekov dajú vždy riešiť. Je podľa nás veľmi dôležité si uvedomiť, že čím silnejší je pocit úľavy na tele a na duši, tým ľahšie umierajúci človek prijíma skutočnosť, že je nevyliečiteľne chorý a ľahšie sa tak môže zapojiť do bežného denného chodu.

Paliatívnu starostlivosť organizuje a vykonáva celý multidisciplinárny tým, ktorého neoddeliteľnou súčasťou je pacient a jeho rodina. Je veľmi dôležité, aby jeho členovia medzi sebou komunikovali a spolupracovali. Je potrebné si uvedomiť, že aj sociálni pracovníci sú trénovaní rovnako ako ostatné zdravotnícke profesie a zameriavajú sa na riešenie jednotlivých problémov pacientov, ktoré so sebou prináša terminálne ochorenie a jeho liečba.

Levická, Mrázová (2004) píšu, že pri práci s pacientom v hospicoch sa využívajú následovné metódy sociálnej práce:

1. One-to-one meetings – metóda, v ktorej sa pacient stretáva so sociálnym pracovníkom a má možnosť povedať to, čo za prítomnosti iných nechcel alebo nemohol povedať.
2. Groups – pomocou tejto metódy pracuje sociálny pracovník spolu s iným profesionálom hospicového tímu so skupinou pacientov s rovnakou alebo odlišnou diagnózou.
3. Family groups – na skupinovej terapii je prítomný pacient s členmi jeho rodiny, ktorých si sám vyberie.[241]

Umenie sprevádzať znamená bezpodmienečné uplatňovanie holistického prístupu k chorému v hospici. Ten, kto chce sprevádzať umierajúcich v hospici, má rád ľudí a zároveň je vyrovnaný so svojou vlastnou konečnosťou a smrteľnosťou. Kto sa cíti byť povolaný k tomu, aby chorého sprevádzal, potrebuje mať základné predpoklady k vytvoreniu účinného terapeutického vzťahu. Predovšetkým sa musí učiť trpezlivo „načúvať“ a byť pre druhého celou osobnosťou prítomný.

Je dôležité poukázať najmä na nutnosť prepojenia sociálnej a zdravotnej starostlivosti, aby tak poskytovanie starostlivosti

[241]LEVICKÁ,J. - MRÁZOVÁ, A. 2004. *Úvod do sociálnej práce.*

a služieb zomierajúcim klientom bolo na profesionálnej úrovni. Hospicová a paliatívna starostlivosť je integrálnou súčasťou sociálno-zdravotnej starostlivosti a preto treba tak k nej pristupovať, čo bolo aj cieľom našej práce.

Literatúra:

BALOGOVÁ B. 2005. *Seniori.* Prešov: Akcent Print, 2005. 158 s. ISBN 80-969274-9-3.

BÁRTLOVÁ, S. - MATULAY, S. 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.

End of Life Care Strategy. Promoting high quality care for all adults at the end of life. [online]. 2008, [cit. 2011-09-20]. Dostupné na internete: <ttp://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_086345.pdf>.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2000. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.

HATOKOVÁ, M. a kol. 2009. *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich, dobrovoľníctvo v nemocniciach a paliatívnych zariadeniach.* Bratislava: Don Bosco, 2009. 215 s. ISBN 978-80-8074-095-5.

Hospice.sk [online]. [cit. 2011-09-20]. Dostupné na internete: <http://www.hospice.sk/hospice1/seznamy.php?sez=2>.

KELNAROVÁ, J. 2007. *Tanatologie v ošetřovatelství*. Brno: Littera, 2007. 112 s. ISBN 978-80 85763-36-2.

KŘIVOHLAVÝ, J. 1991. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991. 128 s.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 243 s. ISBN 80-247-0179-0.

LEVICKÁ,J. - MRÁZOVÁ, A. 2004. *Úvod do sociálnej práce*. Trnava: Trnavská Univerzita, 2004, 124 s. ISBN 80-89104-35-5.

MOJTOVÁ, M. 2010. *Sociálna práca v zdravotníctve.* Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, 2010. 137 s. ISBN 978-80-89271-45-0.

Multinational Association of Supportive Care in Cancer. MASCC strategic plan. [online]. 2007, [cit. 2011-09-20]. Dostupné na internete: < http://www.mascc.org/mc/page.do?sitePageId=86938>.

O'CONNOR, M. a kol. 2005. *Paliatívni péče*. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

ONDRUŠOVÁ, M. 2007. *Epidemiológia zhubných nádorov v SR*. In: *Via Practica – prevencia a starostlivosť o onkologického pacienta v ambulancii praktického lekára*, roč. 4, 2007, č. 2 s. 6 – 9.
SIMS, D. 2008. *Caregiving for the terminally ill.* [online]. 2008, [cit. 2011-09-20]. Dostupné na internete: <http://www.beyondindigo.com/articles/article.php/artID/200081/p/1&.>.
STEINDL, R. 2000. *O smrti.* Bratislava: Iris, 2000. 135 s. ISBN 80-88778-90-5.
VORLÍČEK, J. 2004. *Paliatívni medicína.* Praha: Grada, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.

Kontakt:

Mgr. Katarína Sedlárová
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Kraskova 1, 949 01 Nitra
katarina.sedlarova@ukf.sk

Riziko „pásové výroby“ sociálních služeb

Smutek Martin

Abstrakt: Text poukazuje na riziko „pásové výroby“ sociálních služeb, které s sebou přináší pozdně moderní doba plná standardizace (kvality) sociálních služeb. Přichází doba silné „standardizace“ oblasti služeb (nejen sociálních), která po vzoru komerčního sektoru a racionalizace výroby zasáhne i ty sféry našich životů, které do této doby ještě tolik standardizovány nebyly (sféra vzdělávání, zdravotnictví, sociálních služeb). V přílišné standardizaci sféry služeb autor spatřuje riziko spočívající ve vytrácení lidského vztahu mezi pracovníky a jejich klienty. Je otázkou, zdali se těmto trendům dokáže vyhnout oblast hospicové péče.

Klíčová slova: Standardizace služeb, Industrializace služeb, Sociální služby, Vzdělanost, Humanismus, Hospicová péče.

Risk of „Flow Production“ of Social Services

Abstract: The paper focuses on the potential risk of „flow production“, which comes with the late-modern age full of standardisation (of quality) of social services. According to the experience of commercial sphere the strong standardisation and rationalisation of production comes to the sphere of social services as well. There is industrialisation process recognisable in topics like education services, health services, social services – pillars of welfare state. Author see risk in the strong industrialisation process. It lies in vaporising of human relationship between worker and client. It is the question whether hospice care will be able to resist such trends.
Keywords: Standardisation of services, Industrialization of services, Social Services, Scholarship, Humanism, Hospice care.

Úvod

Smyslem textu je ptát se, zdali hrozí riziko „pásové výroby“ služeb v pozdně-moderní době. Už od 60. let 20. století se hovoří

o nástupu doby postindustriální. Termín sám je snad nejvíce spjat se jménem amerického sociologa Daniela Bella. Jeho pojetí pojmu „postindustriální" se zaměřuje na vnějškovou souvislost, kdy si všímá, že zaměstnanost se v té době posouvá ze sféry výroby a zpracování hmotného světa do sféry služeb. Jaká je ale skutečná podstata slova „industriální" - „průmyslový"? Většina laické veřejnosti si pojem spojila s hutěmi, železem a ocelí, tedy s předmětem, který je zpracováván. Ve skutečnosti ale není toto pojetí správné. V případě pojmu „industriální" jde o to „jak" jsou věci produkovány. Jde o to ptát se nikoliv „co" je produkováno, ale „jakým způsobem". Jde o logiku produkce (způsob) nikoliv o samotný předmět (ocel).

Podstata sériové produkce a chiméra společnosti „vědění"

Klíčovým heslem současného světa je „celoživotní vzdělávání". Soudobý vídeňský filozof Konrad Liessmann (1953) si všímá určitých skrytých rysů hesel podobných tomuto a snaží se jít „pod povrch" běžně tradovaných klišé. Heslo „celoživotního vzdělávání" je podle něj[242] kontroverzní, „...až příliš připomíná doživotní nezrušitelné odsouzení...ať už zvolíme jakýkoli eufemismus, všechny zakrývají jeden problém. Neustálé učení bude nutností, přesně řečeno nátlakem vynucené, nikdo však přesně neví, co se má učit a proč..." Celoživotní učení se nakonec stává „naturalizovaným adaptačním procesem, nutností „být fit for the job a hlavně se fit udržet", nutností, z níž se člověk osvobodí až „smrtí".

V této souvislosti si Liessmann[243] všímá souvislosti s vnitřní logikou produkce (zboží i služeb): „Má-li pojem společnost vědění vystřídat dosavadní pojem průmyslová společnost...říká se tím zároveň, že způsob výroby, který byl určující pro dosavadní společnost, bude vystřídán jinou silou formující společnost." A ihned dodává klíčový postřeh, že toto zdání klame. „Skutečnost, že určité formy průmyslové výroby už nejsou vidět, neznamená,

[242]LIESSMANN, K. P. *Teorie nevzdělanosti*. Praha : Academia, 2008, s. 26 – 29.
[243]LIESSMANN, K. P. *Teorie nevzdělanosti*. Praha : Academia, 2008, tamtéž.

že neexistují, byly jen přemístěny. ...Rozhodující však je, že na základní struktuře industriální výroby nezměnila digitální revoluce, pokrok vědy a techniky vůbec nic. Spíše naopak."

Průmyslový způsob výroby lze popsat podle Liessmanna[244] následujícím způsobem: Jde o mechanizovanou a automatizovanou výrobu identických produktů za identických podmínek a identickými prostředky." K tomu je potřeba přidat ještě další výrazný bod vnitřní logiky industriální produkce, a totiž význam člověka, jedince, který je do produkce zboží zapojen. Pojem průmyslové výroby se totiž podle Liessmanna[245] „od počátku chápal jako protiklad rukodělné výroby, která spočívala v individuální výrobě neidentických produktů v neidentických podmínkách. Industrializace tedy označuje proces podřízení lidské činnosti výrobnímu paradigmatu identity." Z uvedeného popisu vnitřní logiky průmyslové produkce lze odvodit, že zpravidla lze vše, co lidé vyrábějí, lze převést na průmyslovou výrobu. A Konrad Liessmann dodává, že „čím pokročilejší je použitá automatizovaná technologie, tím komplikovanější činnosti lze industrializovat, a to až do oblasti individuální komunikace, či dokonce do sféry intimity. Stále výkonnější simulační technologie tak například umožňují industrializovat jednoduché činnosti verbálně sdělovaných informací – například hlášení ve veřejných prostorách na vlakových nádražích či v metru"[246].

Podstata (logika) industriální produkce tak spočívá v „sériovosti" (objevuje se pásová výroba). Logika spočívá v produkci co největšího množství produktů v co nejkratším čase a za co nejnižších nákladů (viz Taylorismus). Logika spočívá v co „nejsériovější" podobě, tedy po kvalitativní stránce produkty podobné si jako vejce vejci.

V tomto nastíněném ohledu se dá říci, že začínají být důsledně industrializovány i ty sféry našich životů, které do této

[244]LIESSMANN, K. P. *Teorie nevzdělanosti*. Praha : Academia, 2008, s. 30.
[245]LIESSMANN, K. P. *Teorie nevzdělanosti*. Praha : Academia, 2008, tamtéž.
[246]LIESSMANN, K. P. *Teorie nevzdělanosti*. Praha : Academia, 2008, tamtéž.

doby ještě tolik industrializovány nebyly (sféra vzdělávání, zdravotnictví, sociálních služeb. I zde začíná být hlavním smyslem produkovat co nejvíce produktů (studentů – absolventů, obsloužit co nejvíce pacientů, klientů) v co nejkratším čase a za co nejnižších nákladů, v nezměněné kvalitě výstupu.

Z této perspektivy je tak okamžitě zřejmé, že „v současné době se neodehrává přechod od průmyslové společnosti ke společnosti vědění, ale právě naopak – vědění je prudkým tempem industrializováno[247].

A proto se nám „pod rukama" proměňuje i to základní, na čem má posun k postindustriální době stavět – samotné vzdělání. Totiž jakmile v současnosti jde o poznání, jehož není možné dosáhnout standardizovanými a reprodukovatelnými metodami (humanitní směry vzdělání), jako by ani nebylo. Co nelze změřit, nebudeme raději vůbec brát v úvahu. Tak k nám promlouvá dnešní doba. A je to řeč industrializace. Industrializace vzdělání...

Osobní vztah studenta a jeho učitele se podobá spíše předindustriální nestandardizované rukodělené logice produkce. Proto není žádoucí. Proto je potřeba výuku odosobnit (např. v extrémním případě nezvládnutým e-learningem), standardizovat, změřit výstupy...industrializovat. Za těchto podmínek je podle Liessmanna[248] „vědění jako takové zbavené svéprávnosti. Se statkem, jemuž se v jiné době říkalo „vzdělání", má navzdory veškerému zapřísahání se pojmem vzdělání, vědění ve společnosti vědění jen málo společného, ne-li nic."

Rizika trendu standardizace produkce (služeb)

V čem může spočívat riziko tohoto trendu směřujícího ke standardizaci produktu (v tomto případě sociální služby)? Rizikem může být samotná podstata procesu industrializace (tedy sériovosti). „Podstatou je důsledně eliminovat vliv jedince

[247]LIESSMANN, K. P. *Teorie nevzdělanosti*. Praha : Academia, 2008, s. 31.
[248]LIESSMANN, K. P. *Teorie nevzdělanosti*. Praha : Academia, 2008, s. 36.

(pracovníka) na výsledný produkt.“[249] Tak, jako to učinila pásová výroba v případě obhospodařování hmotného (hmatatelného) světa, dochází k podobným jevům teď i ve sféře služeb (vzdělávacích, zdravotních, sociálních...). Když zde hovoříme o „službách“, jde zde pochopitelně převážně na zmíněné komponenty sociálního státu, ale jde pochopitelně i o služby v komerčním sektoru (bankovnictví, pojišťovnictví či telekomunikační služby...). Avšak zatímco v případě, kdy jsme zákazníky velké telekomunikační firmy (náš operátor mobilního telefonu), nijak už nás nezarazí (nebo jen trochu), když jednáme s řadovým pracovníkem této firmy (telefonista, dealer), který k nám hovoří jako stroj. Používá přesně naučené fráze v přesně daném pořadí. V případě služeb vzdělávacích, sociálních a dalších by nás to ale asi ještě zarazilo (snad). Obávám se ale, že přesně k těmto uvedeným jevům pomalu, plíživým způsobem, dochází i tam. Nedopadne náhodou učitel, vysokoškolský přednášející, poradce v občanské poradně, pracovník v hospicové péči jako telefonický operátor našeho zprostředkovatele mobilní telekomunikace?

Závěr – Zachování idejí humanismu jako obrana proti „pásové výrobě“ sociálních služeb

Vytrácení „člověka“ ze služeb je z dlouhodobého časového hlediska asi skutečně reálná (a už dnes probíhající) možnost. Chtěl bych tímto apelovat na zachování idejí humanismu, na zachování lidského vztahu mezi učitelem a žákem (obzvláště ve společenských vědách a humanitních disciplínách vůbec) a stejně tak na zachování lidského vztahu klient a pracovník v oblasti služeb v sociální práci.

Chtěl bych varovat před kvantifikujícím hodnocením výuky jen podle bezprostřední využitelnosti znalostí v praxi hned teď a nanejvýš ještě zítra... Právě tímto přístupem a vytrácením

[249]LACA, S.: *Sozialkommunikation als ein wichtiges instrument im management in der sozialarbeit*, In: CLINICAL SOCIAL WORK, Austria, N. 4 2011, s. 15.

významu učitele jako konkrétní osobnosti devalvuje samotný pojem vzdělání. Ne nadarmo se říká, že ten, kdo dnes nejvíce používá pojem „vzdělanostní společnost“, nejvíce přispívá k zániku vzdělání. Kde se nejvíce volá po potřebě „vzdělanostní společnosti“, tam je vzdělanost nejvíce ohrožena. Slovo vzdělání je dnes fakticky (i přes zdůrazňování potřeby celoživotního učení) chápáno pragmaticky.

Považuji svým způsobem za paradox, že obecný diskurz společenských věd se posouvá ke kvalitativním metodám výzkumu i hodnocení, ale trendy v tzv. „vzdělanostní“ společnosti spějí spíše ke kvantifikaci, povrchnímu hodnocení výsledků studia na vysokých školách, z managementu v komerční sféře přejatým benchmarkingům ve sféře sociálních služeb atd.

Chtěl bych tedy varovat před přílišnou industriální standardizací v jakémkoli slova smyslu, která „svazuje ruce“, nepotřebuje jedince přemýšlivého, jen rutinně a pragmaticky „vzdělaného“. A také, jak jsem použil tento slovní obrat již v úvodu tohoto zamyšlení, důsledně eliminuje vliv jedince na výsledný produkt (službu). Je otázkou, zdali se těmto trendům dokáže vyhnout alespoň oblast hospicové péče. Předpoklady by pro to měla. Silné kořeny v křesťanské etice péče mohou být posledním obranným valem před redukcí pomáhajícího pracovníka do formy pouhého rutinéra produkujícího sériovou a standardizovanou službu.

Literatúra:

GIDDENS, A. *Unikající svět*. Praha : SLON, 2000.

HARRINGTON, A. a kol. *Moderní sociální teorie. Základní témata a myšlenkové proudy*. Praha : Portál, 2006.

LACA, S.: *Sozialkommunikation als ein wichtiges instrument im management in der sozialarbeit,* In: CLINICAL SOCIAL WORK, Austria, N. 4 2011, S. 151, ISSN 2076-9741.

KELLER, J. *Soumrak sociálního státu*. Praha : Sociologické nakladatelství, 2005.

LIESSMANN, K. P. *Teorie nevzdělanosti*. Praha : Academia, 2008.

PALOUŠ, R. Skutečnost v podání vědeckém a „humanitním“. In Krámský, D. a kol. *Humanitní vědy dnes a zítra*. Liberec : Nakladatelství Bor, 2007.
PATOČKA, J. Myšlenka vzdělanosti a její dnešní aktuálnost. *Sebrané spisy 4*. Praha : Oikúmené, 2004.
PETRUSEK, M. *Společnosti pozdní doby*. Praha : Sociologické nakladatelství, 2007.
SMART, B. Modernita a postmodernita: I . část. In Harrington, A. a kol. *Moderní sociální teorie*. *Základní témata a myšlenkové proudy*. Praha : Portál, 2006.

Kontakt:

PhDr. Martin Smutek, Ph.D.
Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové
Rokitanského 62
500 03 Hradec Králové, Česká republika
martin.smutek.2@uhk.cz

Stan opieki paliatywnej i hospicyjnej W Polsce w 2011 roku

Stokłosa Jolanta

Streszczenie: W Polsce w 1989 roku istniało 15 hospicjów, które wolontaryjnie opiekowały się nieuleczalnie chorymi w ostatnim okresie życia w ich domach rodzinnych. W 2011 roku istnieje 381 hospicjów, prowadzonych przez 141 pozarządowych organizacji, 99 prowadzonych przez państwo i 141 hospicjów prywatnych. Jednak nadal liczba zespołów opieki hospicyjnej i paliatywnej jest niewystarczająca.
Kluczowe słowa: Ból, Hospicjum, Leczenie objawowe, Opieka paliatywna, Organizacje pozarządowe, Towarzyszenie, Zespół interdyscyplinarny, Wolontariusz.

Condition of paliative and hospice care in Poland, 2011

Abstract: In 1989, there were 15 hospices existing in Poland, which were deliverng voluntary home care for incurable ill people. In 2011, there are 381 hospices functioning, of which 141 are conducted by non-govermental organizations, next 99 represent govermental organizations, and next 141 are conducted by public sector. Nevertheless, the number of hospice and palliative care teams is not sufficient.
Key words: Pain, Hospice, Symptom management, Palliative care, Nov-govermental organizations, Accompaniment, Interdyscyplinary team, Volunteer.

Wstęp

Opieka hospicyjna powstała w Polsce w latach 1981 – 1989. W 1989 roku 15 stowarzyszeń świeckich i kościelnych opiekowało się wolontaryjnie nieuleczalnie chorymi w ostatnim okresie życia. Była to opieka wyłącznie domowa. Od 1990 roku

następował bardzo szybki rozwój ruchu hospicyjnego. Tworzyły się grupy inicjatywne, powołujące kolejne domowe zespoły hospicyjne. Do 1992 roku hospicja spełniały opiekę domową. W następnych latach otwierane były również hospicja stacjonarne.

W publicznej służbie zdrowia opieka paliatywna rozpoczęta została w 1988 roku, powołaniem w strukturach Akademii Medycznej w Poznaniu pierwszego 7 łóżkowego oddziału opieki paliatywnej. Znaczącym rokiem rozwoju hospicjów i zespołów opieki paliatywnej był rok 1991, w którym Sejm Rzeczpospolitej Polski uchwalił ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, wprowadzając między innymi niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, które mogły być powoływane przez stowarzyszenia i fundacje oraz podmioty kościelne. Dzięki zaangażowaniu prof . Jacka Łuczaka ordynatora oddziału poznańskiego, w następnych latach do 1995 roku powstała w Polsce sieć poradni leczenia bólu i opieki paliatywnej. Powołanie w 1993 roku Krajowej Rady Opieki Paliatywno – Hospicyjnej przy Ministrze Zdrowia, która działała do 2002 roku pozwoliło na opracowanie programu rozwoju opieki w Polsce oraz na wyodrębnienie medycyny paliatywnej i utworzeniu specjalizacji z medycyny paliatywnej dla lekarzy i specjalizacji z opieki paliatywnej dla pielęgniarek. Pierwsi lekarze uzyskali tytuł specjalisty z medycyny paliatywnej w 2003 roku. Pierwszy egzamin państwowy z specjalizacji z dziedziny opieki paliatywnej dla pielęgniarek odbył się w październiku 2006 roku.

Reforma służby zdrowia przeprowadzona w ostatnich latach spowodowała, że opiekę paliatywną zaczęły prowadzić również prywatne zakłady opieki zdrowotnej.

Stan obecny

Obecnie w Polsce opiekę hospicyjną i paliatywną prowadzi 381 jednostek opieki paliatywnej i hospicyjnej w tym: 141 organizacji pozarządowych świeckich i kościelnych, 99 zdrowotnych zakładów publicznych oraz 141 spółek (zakłady prywatne).

Hospicja ZOZ publicznespółkirazem

141	99	141	381
37%	26%	37%	100%

Z danych opracowanych przez wolontariuszy, liczba poszczególnych form opieki paliatywno – hospicyjnej przedstawia się następująco:

- poradnia medycyny paliatywnej 125,
- hospicjum domowe 300,
- hospicjum stacjonarne 54,
- oddział medycyny paliatywnej 38,
- hospicjum stacjonarne dla dzieci 2,
- hospicjum domowe dla dzieci 23,
- oddział dzienny 2,
- poradnia leczenia bólu 2.

Stan opieki paliatywnej i hospicyjnej prowadzonej przez pozarządowe stowarzyszenia i fundacje oraz zakłady kościelne w Polsce.

Do 1993 roku hospicja służyły chorym wyłącznie na zasadach wolontariatu. Od 1993 roku opieka jest pełniona przez pracowników służby zdrowia przy wsparciu wolontariuszy. Obecnie w Polsce opiekę hospicyjną prowadzi 141 organizacji pozarządowych, świeckich i kościelnych i Caritas. W 114 hospicjach biorą udział wolontariusze. 14 hospicjów działa nadal wyłącznie na zasadach wolontariatu.

W 141 pozarządowych non-profitowych hospicjach prowadzona jest opieka w następujących formach:

- hospicjum domowe – 127,
- hospicjum stacjonarne – 42 (ok.750 łóżek),
- poradnie medycyny paliatywnej – 43,
- opieka nad rodzinami w żałobie - 98.

Rozwój hospicjów, prowadzonych przez stowarzyszenia świeckie i zakonne w Polsce

	1989	1994	1997	2000	2003	2006	2010
liczba hospicjów	**15**	**65**	**80**	**101**	**131**	**128**	**141**
hospicja parafialne i zakonne	12	28	36	35	26	21	16
hospicja Caritas			2	7	13	24	31
hospicja świeckie	3	19	27	86	94	62	38

Zadania na najbliższe lata

Istotną sprawą jest prowadzenie dalszych prac nad zwiększeniem dostępności chorych do opieki hospicyjnej. W dużych miastach istnieją hospicja, oddziały medycyny paliatywnej oraz zespoły hospicjów domowych. W mniejszych miastach oraz na terenach wiejskich dostęp do opieki jest jeszcze niedostateczny.

Problemy na jakie napotykają hospicja

1. W hospicjach i poradniach i oddziałach medycyny paliatywnej nadal jest niewystarczająca liczba lekarzy, pracujących na całych etatach, w tym występuje brak lekarzy specjalistów z medycyny paliatywnej. Chorym w ostatnich tygodniach życia towarzyszą dolegliwości fizyczne, psychiczne czy społeczne. Istotną sprawą jest zaangażowanie się w opiekę hospicyjną lekarzy posiadających doświadczenie w walce z bólem i leczeniem objawowym.

2. W hospicjach nadal też jest niewystarczająca liczba pielęgniarek, które posiadają specjalizację z opieki paliatywnej.

3. Zmniejsza się liczba powstających nowych pozarządowych non – profitowych hospicjów.

4. Prowadzenie zespołowej, profesjonalnej opieki hospicyjnej wymaga dużych nakładów finansowych. Opieka hospicyjna wymaga dobrze wyszkolonego, fachowego personelu

medycznego, odpowiednich leków i środków medycznych, pozwalających uśmierzać ból, leczyć objawy występujące w okresie schyłkowym choroby oraz stosować odpowiednie specjalistyczne postępowanie przeciwodleżynowe

5. Opieka hospicyjna jest opieką bezpłatną dla chorego i rodziny. Ta bezpłatność jest bardzo ważna rzeczą. Przy narastaniu liczby chorych z różnymi nieuleczalnymi schorzeniami, nie posiadających rodzin, o niskich rentach i emeryturach, ludzi samotnych, dla których bardzo trudno jest zorganizować 24-godzinną opiekę w domu - odpowiednie refundowanie opieki domowej i stacjonarnej będzie bardzo potrzebne.

Wolontariat hospicyjny

Wolontariat hospicyjny jest prowadzony głównie przez hospicja pozarządowe non-profitowe.

Jak wcześniej wspomniano tylko 14 hospicjów, prowadzonych przez stowarzyszenia działa wyłącznie na zasadach wolontariatu, nie zatrudniając pracowników. Rozwój opieki paliatywnej i hospicyjnej, zwiększenie liczby chorych objętych profesjonalną opieką spowodował, że trzon zespołów hospicyjnych stanowią pracownicy. Wolontariusze wspomagają ich działanie, towarzysząc chorym i rodzinom. Dysponując większa ilością czasu mogą go poświęcić chorym, zwłaszcza w opiece domowej.

Kontakt:

Dr. Jolanta Stokłosa, prezes
Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. św. Łazarza”
ul. Fatimska 17, 31-831 Kraków, Poľsko
zarzad@hospicjum.org

Ľudská dôstojnosť v kontexte paliatívnej starostlivosti

Marek Storoška

Abstrakt: Príspevok poukazuje na ľudskú dôstojnosť v kontexte paliatívnej starostlivosti v dokumentoch Katolíckej cirkvi. Predstavujeme pohľad na život a jeho dôstojnosť v kompelxnom pohľade, ktorý má svoje neodniteľné práva.

Klíčová slova: Dôstojnosť, Hospic, Paliatívna starostlivosť, Život.

Human dignity in the context of palliative care

Abstract: This article refers to human dignity in the context of palliative care in the documents of the Catholic Church. Introducing outlook on life and its dignity Complex performing in a view that has its neodniteľné law.

Keywords: Dignity, Hospice, Palliative Care, Life.

Úvod

Žijeme v dobe prelomu, v dobe ďalekosiahlych, doteraz nevídaných premien, a to vo všetkých sférach života. Tento prelom a premeny doliehajú aj na spoločenstvo kresťanov, na Cirkev. Ako sa k tomuto javu dnešnej doby postaviť? Odpoveď je možno najskôr očakávať od Cirkvi ako “sviatosti spásy sveta", to znamená od tých, ktorí ju tvoria, od kresťanov, ktorí však svoju vieru skutočne žijú. Žiť svoju vieru znamená byť autentickí. Spočíva to v tom, že kresťan svoju vieru uplatňuje nedelene v celom živote a to ako v oblasti kultu, tak aj v sociálnej oblasti.

Zoči-voči dekristianizačnému a sekularizačnému procesu a pokračujúcej liberalizácii v ľudskej spoločnosti všeobecne, a dnes už aj v slovenskej spoločnosti, je formovanie, angažovaných kresťanov, ktorý vedia pravdu poznávať a podľa nej sa orientovať, základnou úlohou, na ktorú sa má sústreďovať úsilie Cirkvi. Dôvodom je to, že dnešný človek aj v sfére viery kladie sofistikovanejšie otázky a čaká na nich odpoveď.

Desakralizácia vnímania tajomstva človeka

Keď hovoríme o výchove a vzdelávaní, sme si plne vedomí, že ide o dve kvalitatívne rozdielne sféry. Vzdelávanie alebo učenie sa vzťahuje hlavne na intelekt človeka. Znamená získavanie nových vedomostí a poznávanie nových súvislostí. Výchova sa naproti tomu vzťahuje hlavne na vôľu človeka. Je to úsilie o rast celého človeka, o jeho telesnú, psychickú a duchovnú zložky, o formovanie charakteru. Jedine takto komplexne formovaný človek môže postaviť hrádzu tomu, čomu hovoríme desakralizácia tajomstva človeka.

Každý človek je daný dedičným materiálom, výchovou, prostredím a sebavýchovou. Dedičné vlastnosti - okrem egoizmu - nie sú v jeho moci, výchovu i prostredie môže čiastočne ovplyvniť, čo však je celkom v jeho rukách, to je sebavýchova. Sebavýchovou sa osoba stáva osobnosťou. Hocijako je vzdelanie a vzdelávanie potrebné a dôležité, sebavýchova je pre kresťana ešte potrebnejšia a dôležitejšia. Ona hrá centrálnu úlohu pri formovaní angažovaného kresťana. Kresťanské učenie sa vzťahuje na výchovu a vzdelávanie. No pri uplatňovaní tohto učenia vo vlastnom konkrétnom živote je dominantná sebavýchova. Tu nejde ani tak o vedomosti, ako o postoj. Kresťanstvo nie ani tak učenie, ako skôr Kristovým duchom inšpirované hnutie. A preto pri formovaní angažovaných kresťanov nie je hlavné sprostredkovať im vedomosti, ale inšpirovať ich k tomu, aby svoju vieru zosobnili. Zosobnená viera je autentickou vierou. Kresťan s takouto vierou vylúči priepasť medzi kresťanskou teóriou a kresťanskou praxou.[250]

Cirkev prichádza do tejto situácie formami katechézy a celkovej starostlivosti o človeka, ktoré sa zdajú byť novými, no v skutočnosti len vyberá zo svojej histórie osvedčené modely, ktoré sa nám, ľuďom na Slovensku zdajú ako netypické. Dôvodom tohto vnímania je obdobie totality, ktoré všetky

[250] *Kristianizácia svetských povolaní.* http://www.uski.sk/frames_files/publikacie/nk_04.htm (2009-03-10).

vonkajšie prejavy viery chcelo vtesnať do chrámov. Podobne je to aj v dnešnej dobe, kedy vidíme to, že svet odmieta prijímať niektoré prejavy ľudského života. Mám na mysli predovšetkým prejavy, ktoré narúšajú pekný a ľahký pohľad na život. Dnešný človek sa chce mať dobre, chce byť atraktívny, úspešný a bez problémov zvládať svoj život, a to až do takej miery, že odrazu okolo seba vnímame tendenciu vytláčať všetko negatívne a bolestné na okraj života spoločnosti, pričom sa to robí pod rôznymi sofistikovanými výhovorkami. Uvediem len pár skutočností.

Moja generácia vyrastala takmer výlučne za pontifikátu teraz už blahoslaveného pápeža Jána Pavla II. Od jeho nástupu sme ho videli plného energie, ktorú rozdával okolo seba. Posilňoval nás preň typickým výrazom nebojte sa. Vídavali sme ho na lyžiach, oblečeného do šiat domorodých obyvateľov krajín, ktoré na svojich apoštolských cestách prechádzal. Uprostred mladých ľudí žiaril entuziazmom, ponúkol svetu dni mládeže, na ktorých nechýbal. Prekonal atentát, po ktorom sme ho videli v rozhovore so svojim atentátnikom. Svoje postoje voči predstaviteľom štátov mnohokrát formuloval prísne vzhľadom na posolstvo, ktoré malo zaznievať v prospech biednych. Videli sme ho však aj v posledných rokoch jeho života, ktoré boli poznačené chorobou, bolesťou a utrpením. Ostane nezabudnuteľný jeho nemý pozdrav z okna svojej izby, kedy už nemohol hovoriť. Prečo toto všetko spomínam? Pretože osobne som niekoľko krát v rozhovoroch začul akoby výčitku na jeho adresu, resp. na adresu jeho spolupracovníkov, ktorá znela: „Bolo potrebné, aby ho takto ľudia videli?“ A ďalšie: „Veď bol taký ubiedený, a tá slina na ústach, načo to bolo treba. Veď to bolo nedôstojné.“ Keď žiaril vo svetle reflektorov, bolo vynikajúce mať s ním fotku. Ukázať sa a prezentovať pri jeho návštevách a pod. Keď však odrazu ukázal tajomstvo človeka, jeho biedu a nemohúcnosť v celej komplexnosti, vtedy už nebol až tak žiadaný.

Druhou výrečnou skutočnosťou, ktorá prešla za pár rokov obrovskou premenou je fenomén umierania. Keď sa zamyslíme nad tým, ako zomierali ľudia ešte pred niekoľkými rokmi, je to

v porovnaní s dneškom celkom iné, a myslím, že horšie pred vnútornú stránku človeka. Je to spôsobené tým, že dnes ľudia umierajú v skrytosti. Kedysi bola smrť prirodzenou súčasťou života. Umierajúci človek skonával vo väčšine prípadov v kruhu svojej rodiny, obklopený ľuďmi, ktorý ho mali radi. Dnes sa smrť odsúva na nemocničné oddelenia, kde pod vidinou záchrany ostáva človek až do svojho skonu, pričom väčšinou príbuzní nestihnú byť s ním vtedy, keď odchádza z tohto sveta. Ak toto nevidí predovšetkým mladá generácia nemôžme sa čudovať, že smrť je pre nich čosi nepredstaviteľné. To však nie je všetko. Z nemocnice už neputuje, pre hygienické dôvody, telesná schránka do domu, ale do Domu smútku, kde opäť nevidno mŕtveho, až na moment pohrebu. Toto všetko jednoducho vypovedá o tom, že vytesňujeme to, čo je nám nepríjemné, alebo nás vyrušuje z „pokoja“ na okraj.

Hospic a ľudská dôstojnosť

Základnou bunkou hospicovej starostlivosti v našich podmienkach sú farské a diecézne charity, ktoré sa starajú aj o šírenie osvety, snažia sa hlavne o zmenu vedomia spoločnosti, o zmenu postoja ľudí k umierajúcim a k smrti. Hospicové hnutie sa odvíja hlavne od terénnej služby. Pretože rodina je najprirodzenejším sociálnym a citovým prostredím, začínajú služby pracovníkov Agentúr domácej starostlivosti (ADS) práve tu. Ide o profesionalizované služby sociálnych pracovníkov (charitatívnych sestier – napr. sestry **Satmárky** v Trenčíne). V prípade, že sa musia poskytovať aj zdravotnícke služby (zmierňovanie somatických bolestí a pod.), nastupuje odborná Agentúra domácej ošetrovateľskej služby. (ADOS). [251]

Sieť zdravotníckych zariadení na Slovensku určuje MZ SR ako ústredný orgán štátnej správy na úseku zdravotníctva v rámci svojej pôsobnosti. Zároveň definuje základné pojmy týkajúce sa

[251]PUŠKÁR, P. - SAMOVÁ, M.: Hospicová starostlivosť. s. 3 http://www.seps.sk/zp/casopisy/ 2006/zp6/puskar.htm. (30. 11. 2009)

paliatívnej starostlivosti, stanovuje minimálne personálne obsadenie oddelení paliatívnej starostlivosti a hospicov a určuje optimálny počet lôžok pre oddelenie paliatívnej starostlivosti 10 až 20, pre hospic 15 až 25 lôžok. Prvé oddelenie paliatívnej starostlivosti bolo založené v roku 1995 MUDr. Kristínou Križanovou v Bratislave. Toto oddelenie vzniklo v období, kedy paliatívna starostlivosť ešte nebola považovaná za medicínsky rovnocenný odbor. Podľa prezidenta asociácie hospicovej a paliatívnej starostlivosti na Slovensku sa Slovensko medzinárodnými dohodami zaviazalo vybudovať 565 hospicových miest.

Prvým hospicom na Slovensku bol **Hospic Matky Terezy** v Bardejovskej Novej Vsi, sprístupneným prvým pacientom v roku 2003, ďalším bol **Hospic Harmónia** v Slovenskom Novom Meste, ktorý bol zároveň prvým v Košickom kraji. Ako tretí v poradí bol sprístupnený **Hospic milosrdných sestier**, ktorý vybudovalo občianske združenie Refugium v Trenčíne.

Výstavba ďalších hospicov v SR a ich uvedenie do prevádzky na seba nenechali dlho čakať. Dnes môžeme skonštatovať, že u nás pôsobí 9 klasických hospicov, ďalšie sú vo výstavbe alebo v projektovej príprave, **mobilné hospice CHARITAS,** ktoré rozšírili svoju pôsobnosť v 10 mestách a jeden **Detský hospic Plamienok.** Je tiež dôležité pripomenúť, že aj doteraz existujúce hospice sa budovali s veľkými problémami a naplnenie počtu, ktorým sa Slovensko zaviazalo je skôr nereálne, aj keď Slovensko prešlo pozitívnymi zmenami v tejto oblasti.

K základným zásadám starostlivosti a opatery o umierajúcich patrí ponúknuť pomocnú ruku tým, čo odchádzajú zo života. Čo sa týka správania voči umierajúcim, vládne na všetkých stranách neistota, no za prvoradé sa kladie snaha zmierniť bezmocnosť týchto pacientov.

Švajčiarska Akadémia lekárskych vied vydala Pokyny pre starostlivosť o umierajúcich a v nich sa píše: „ *Umierajúci je chorý alebo ranený, u ktorého lekár na základe viacerých klinických znakov dospeje k presvedčeniu, že choroba je*

ireverzibilná (nezvratná) alebo traumatické poškodenie prebieha infaustne (beznádejne) a smrť nastane v krátkom čase. " [252]

Táto definícia ponecháva umierajúcemu už hoci obmedzený, ale pravdivý priestor, aby vnímal svoj stav a nezmeniteľnosť svojho osudu.

Starostlivosť o umierajúcich poskytovaná v hospici rešpektuje individualitu každého pacienta. Je zameraná aj na riešenie zásadných potrieb pacienta:

- **biologické potreby** - potreba prijímania jedla, tekutín, potreba vyprázdňovania, spánku, odpočinku, aktivity, prísun kyslíka, polohovania, tíšenia bolesti,
- **psychické potreby** - potreba bezpečia, istoty, dôvery, ľudskej dôstojnosti, potreba komunikácie, prejavu lásky,
- **sociálne potreby** - potreba medziľudských vzťahov, potreba práce,
- **duchovné potreby -** potreba sebaprijatia, vzťah k Bohu, ľuďom, veciam.

Starostlivosť o umierajúceho v hospici je limitovaná časom. Dĺžka pobytu pacienta je individuálna – niekedy sú k dispozícii dva mesiace, inokedy dva dni. Z toho dôvodu je potrebné stanoviť reálne ciele terapie. Aj keď sa nezdá, že by nám pacient rozumel, vnímal, vždy treba k nemu pristupovať s predpokladom, že registruje situáciu okolo seba.[253] V tejto situácii je nesmierne dôležité mať stále na pamäti to, prečo vlastne hospice zakladať, prečo budovať paliatívnu starostlivosť. Celé toto snaženie vychádza z dôstojnosti, ktorá je každému človeku daná.

Kresťanský pojem dôstojnosti človeka je nesmierne dôležitý pre paliatívnu a hospicovú starostlivosť, pretože táto práca je determinovaná stretávaním sa s ľuďmi, ktorí sa nachádzajú v terminálnom štádiu svojej choroby, a teda aj rizikom oslabenia

[252]BLUMENTHAL-BARBY, K. a kol.: *Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 1988. s. 69.
[253]HROZENSKÁ, M. a kol.: *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2008, s. 146.

citlivosti na vnímanie plnej dôstojnosti človeka vtedy, keď sa naplno odhaľuje nemohúcnosť človeka. Cirkev prostredníctvom Druhého vatikánskeho koncilu učí o ľudskej dôstojnosti toto: *„Jedinečnosť ľudskej dôstojnosti väzí v povolaní človeka byť v spojení s Bohom. Človek je pozvaný hneď od svojho vzniku nadviazať dialóg s Bohom. Veď jestvuje jedine preto, že ho Boh z lásky stvoril a že ho z lásky neprestajne udržuje. A žije plne podľa pravdy, iba ak slobodne túto lásku uzná a oddá sa svojmu Stvoriteľovi.“*[254]

Hebrejsko – kresťanská tradícia v spojení s pojmom ľudskej dôstojnosti ako základ pre pochopenie poukazuje na stvorenie človeka Bohom. V prvých kapitolách Biblie, ktoré hovoria o stvorení sveta a človeka nachádzame hodnotu a dôstojnosť človeka. *„Urobme človeka na náš obraz a podľa našej podoby!“* (Gn 1, 26). Tam začína náuka o dôstojnosti človeka o jeho hodnote, o jeho sociálnom statuse a od týchto slov sa odrážajú aj všetky ďalšie židovské a kresťanské pohľady a náuky o človeku.[255] Aby sme ešte viac rozšírili pohľad na túto problematiku môžeme spomenúť úvahu, ktorá v skratke hovorí, že veľkosť a dôstojnosť človeka je práve v tom, že je stvorený na Boží obraz a má podiel na božskom živote.[256]

Antropologické chápanie dôstojnosti človeka je síce presvedčivé, no chýba mu pevný bod. Biblia obsahuje najhlbšie zdôvodnenie ľudskej dôstojnosti, pretože dôstojnosť človeka neviaže na neho samého na jeho schopnosti, resp. niečo iné, ale na Boha, ktorý ho prevyšuje a je pre svoju dokonalosť a nekonečnosť vo všetkých atribútoch garantom dôstojnosti, pretože človek je jeho stvorením.

„Ľudská osoba predstavuje jedinečné a neopakovateľné individuálne bytie, súčasne však podstatne zviazané s inými

[254]DRUHÝ VATIKÁNSKY KONCIL, pastorálna konštitúcia *Gaudium et spes*, čl. 19. http://www.kbs.sk/?cid=1118410965 (2009-03-10).
[255]SLIVKA, D.: Izraelský národ, monarchia a sociálne otázky. In: *Viera v moc a moc viery*. Banská Bystrica: ZEC-TRIAN, 2007, s. 233.
[256]ŠPIDLÍK, T.: Slovanský personalizmus. In. *Spiritualita, formácia a kultúra*. Zborník Centro Aletti. Velehrad : Refugium, 1995, s. 33.

osobami. Je spoločenským tvorom a bez interpersonálneho vzťahu nemôže žiť, ani rozvíjať svoje schopnosti".[257] Takéto chápanie ľudskej dôstojnosti, ktoré je potrebné zdôrazňovať aj v oblasti paliatívnej a hospicovej starostlivosti, pretože potom môžeme objaviť nielen vlastnú dôstojnosť, ale budeme si vedieť odôvodniť aj dôstojnosť iných ľudí, aj tých, voči ktorým je paliatívna starostlivosť zameraná. Toto chápanie je potrebné zdôrazňovať osobitne dnes, keď relativizácia hodnôt zasahuje aj túto oblasť. Dnes sa ľuďom vysvetľuje pozitívne a negatívne vymedzovanie, resp. poznávanie problematiky ľudskej dôstojnosti, čo je pochopiteľné ak na to pozeráme len čisto juridicky. Ale priamu odpoveď na to, čo je ľudská dôstojnosť, resp. v čom ona spočíva môžeme dostať iba cez poznanie príčiny, ktorou je podľa kresťanského uhla pohľadu Boh ako pevný bod, od ktorého sa všetko odvíja a ktorý je príčinou dôstojnosti človeka.[258]

Otázka o tom, čo je pravda dnes osobitne znepokojuje človeka, ktorý často už nevie, kto je, odkiaľ prichádza, kam smeruje. Pri počúvaní niektorých názorov máme niekedy dojem, že už niet ani jednej mravnej hodnoty, ktorú treba uznávať ako trvalú a neodvolateľnú. Pred zrakom všetkých sa pohŕda mnohými tradičnými hodnotám, porušujú sa základné práva osoby, ničia sa dobrá nevyhnutné pre skutočne ľudský život, a šliape sa po dôstojnosti človeka. A čo je ešte vážnejšie je fakt, že človek už nie je presvedčený o tom, že len pravda je oslobodzujúca. Sila pravdy je odmietaná, jedine sloboda zbavená objektívnosti akoby mala povinnosť rozhodovať o dobre a zle. V oblasti etiky vyvoláva tento relativizmus nedôveru v systém, ktorý spravuje človeka cez mravný zákon. Proti týmto príkazom mravného zákona sa stavajú konkrétne okolnosti, pretože prirodzený zákon, vložený do ľudského vnútra, sa už nepovažuje za vždy platné, jediné a pravé dobro človeka. Cirkev však aj

[257] LACHYTOVÁ, L.: *Súčasné formy starostlivosti o seniorov*. Prešov : Vysoká škola medzinárodného podnikania ISM Slovakia, 2008, s. 22.
[258] PESCHKE, K. H.: *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 2004, s. 219.

v tejto situácii chce naozaj pomáhať všetkým ľuďom pri formovaní mravného svedomia, ktoré by svoje úsudky a rozhodnutia vynášalo v pravde.[259] Svedomie totiž nie je len nejakým prizerajúcim sa svedkom, akoby nezúčastneným, ale je sudcom, ktorý je priamo zainteresovaný na priebehu celého procesu ľudského rozhodovania a konania.

Práve v sporných momentoch, komunikácie s ľuďmi, rozhodovania a konania je potrebné zdôrazňovať nevyhnutnosť celistvosti komunikovanej pravdy o človeku a o hodnotách kresťanstva, ktorá je podložená a preskúmaná formovaným a citlivým svedomím. *„Základným morálnym predpokladom každej komunikácie je úcta k pravde a služba pravde. Pre ľudskú komunikáciu je podstatná sloboda hľadať pravdu a hovoriť pravdu, nielen pokiaľ ide o udalosti a informácie, ale aj a predovšetkým pokiaľ ide o prirodzenosť a určenie ľudskej bytosti.“*[260]

Všetky tieto momenty sa podstatným spôsobom dotýkajú práce človeka v oblasti paliatívnej a hospicovej starostlivosti, no v neposlednom rade sa však týkajú aj jeho osobného života a životných postojov a hodnôt, ktorými sa riadi. Preto je otázka formovania svedomia v tomto povolaní veľmi dôležitá a dovolím si tvrdiť aj nevyhnutná.

Záver

Encyklika *Evangelium vitae* vidí jadro celého devastovaného myslenia v otázkach o ľudskej dôstojnosti, svedomí, ale aj o otázkach zomierania v oslabenej citlivosti na Boha a človeka. Poukazuje na to, že kde sa stráca citlivosť na Boha, stráca sa aj citlivosť na človeka, na jeho dôstojnosť a život.[261] Ak niet Boha, od ktorého pochádza dôstojnosť človeka, potom je všetko relatívne. Človek zabudnutím na svoj vzťah k Bohu logicky robí

[259]JÁN PAVOL II.: *Veritatis splendor*. Trnava : SSV, 1994, čl. 84-85.
[260]PETRO, M.: Pravda ako kľúčová etická požiadavka v sociálnej a masmediálnej komunikácii. In: *Europa Gospodarka Media.* Lublin-Tomaszów Lubelski : POLIHYMNIA, 2007, s. 41.
[261]JÁN PAVOL II.: *Evangelium vitae.* Trnava : SSV, 1995, s. 40.

seba samého jediným kritériom a normou. Na prvý pohľad excelentná myšlienka, avšak pri hlbšej analýze sa to javí absurdným a neľudským, pretože človek potom určuje čo ľudské je a čo už nie, čo je normálne a čo normálne nie je. Otázka potom stojí už len v tom, ktorý človek čomu určí aké hranice.

Z môjho pohľadu môžem povedať len, to Boh je základným Prameňom, ktorý dáva základ ľudskej dôstojnosti a opodstatnenosť všetkých uvažovaní nad touto veličinou a nad ďalšími fenoménmi akými sú svedomie, láska a obeta spojená so starostlivosťou o zomierajúceho človeka, ktoré som sa snažil v tomto článku prezentovať ako hlavné priority pri formovaní paliatívnej a hospicovej starostlivosti, ktorá je nesmierne dôležitá tak pre človeka, ktorý stojí na konci svojho pozemského života, ako aj pre ľudí, ktorí sa mu snažia byť v čo najväčšej miere nápomocní.

Tento príspevok si nerobí nárok na vyčerpávajúcu odpoveď na túto problematiku ale chce upozorniť na dôležitosť skutočne ľudského prístupu na vysokej etickej a morálnej úrovni zo strany zdravotníckych a sociálnych pracovníkov smerom k ľuďom, ktorí sú na ich pomoc odkázaní. Na záver chcem uviesť jeden citát, ktorý má v tejto problematike stálu platnosť a zároveň ma byť pevným bodom práce ľudí aj v oblasti paliatívnej a hospicovej starostlivosti.

„Ide tu o človeka v celej jeho pravde a v jeho rozmere. Nejde o dajakého abstraktného človeka, ale o skutočného, t. j. konkrétneho, historického človeka... Človek nemôže žiť bez lásky. Ostáva samému sebe nepochopiteľnou bytosťou; jeho život nemá zmysel, ak sa mu nezjaví láska, ak lásku nestretne, ak ju nezažije a neosvojí si ju, ak nedostane živú účasť na nej.“[262]

Literatúra:

BLUMENTHAL-BARBY, K. a kol.: *Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 1988.

[262]JÁN PAVOL II.: *Redemptor hominis.* Trnava . SSV, 1997, čl. 10 a 13.

DRUHÝ VATIKÁNSKY KONCIL, pastorálna konštitúcia *Gaudium et spes*, čl. 19. http://www.kbs.sk/?cid=1118410965 (2009-03-10).
HROZENSKÁ, M. a kol.: *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská.* Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2008.
JÁN PAVOL II.: *Evangelium vitae.* Trnava : SSV, 1995.
JÁN PAVOL II.: *Redemptor hominis.* Trnava . SSV, 1997.
JÁN PAVOL II.: *Veritatis splendor.* Trnava : SSV, 1994.
Kristianizácia svetských povolaní. http://www.uski.sk/frames_files/publikacie/nk_04.htm (2009-03-10).
LACHYTOVÁ, L.: *Súčasné formy starostlivosti o seniorov.* Prešov : Vysoká škola medzinárodného podnikania ISM Slovakia, 2008.
PESCHKE, K. H.: *Křesťanská etika.* Praha : Vyšehrad, 2004.
PETRO, M.: Pravda ako kľúčová etická požiadavka v sociálnej a masmediálnej komunikácii. In: *Europa Gospodarka Media.* Lublin-Tomaszów Lubelski : POLIHYMNIA, 2007.
PUŠKÁR, P. - SAMOVÁ, M.: Hospicová starostlivosť. s. 3 http://www.seps.sk/zp/casopisy/ 2006/zp6/puskar.htm. (30. 11. 2009)
SLIVKA, D.: Izraelský národ, monarchia a sociálne otázky. In: *Viera v moc a moc viery*. Banská Bystrica: ZEC-TRIAN, 2007.
ŠPIDLÍK, T.: Slovanský personalizmus. In. *Spiritualita, formácia a kultúra*. Zborník Centro Aletti. Velehrad : Refugium, 1995.

Kontakt:

Doc.PaedDr, Marek Storoska, PhD.
Vysoká škola medzinárodného podnikania ISM Slovakia
Duchnovičovo nám. 1, 080 01 Prešov
storoska@ismpo.sk

Spirituálne potreby v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti z pohľadu sestry

Sušinková Jana, Sováriová-Soósová Mária, Schafout Renáta

Abstrakt: Pri uspokojovaní spirituálnych potrieb pociťovali sestry pracujúce na chirurgii väčšiu záťaž ako sestry na oddeleniach paliatívnej starostlivosti (OPS). Otázky eutanázie spôsobujú rozhodne väčšiu záťaž sestrám pracujúcim na OPS. Musíme však poznamenať, že priemerná dĺžka praxe v danom odbore je u sestier pracujúcich na OPS štatisticky významne nižšia, preto sme nemuseli zachytiť ich skutočnú záťaž. Miera vyčerpania sa signifikantne stupňovala v súvislosti s uspokojovaním spirituálnych potrieb iba u sestier pracujúcich na OPS.
Kľúčové slová: Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť, Spirituálne potreby, Záťaž.

Spiritual needs in palliative nursing care from the perspective of nurses

Abstract: In meeting the spiritual needs nurses working in surgery perceived a greater burden as a nurse in palliative care units (PCU). Questions of euthanasia cause a greater burden on PCU nurses. However, we noted that the average length of experience in the art is for PCU nurses significantly lower, therefore we did not record the true burden. The rate of exhaustion significantly escalated in connection with meeting the spiritual needs only in PCU nurses.
Key words: palliative nursing care, spiritual needs, load.

Úvod

Jedným zo základných termínov ošetrovateľskej vedy je pojem osoba ako prijímateľ starostlivosti chápaný ako celok, bio-psycho-sociálna a spirituálna jednota. Ošetrovateľstvo považuje spiritualitu za významnú stránku (holistickej) starostlivosti o pacienta. Chápanie spirituality nie je vždy správne vymedzené

a správne definované. Dôvodom je mnohovýznamovosť pojmov duch, duchovnosť. Pri vymedzovaní duchovných súvislosti ľudského života a pri hodnotení v praxi, spôsobujú tieto nejasnosti problémy. Ak sa spiritualita chápe v jedinom význame – náboženskom, môže to logicky viesť k záveru, že človek, ktorý je bez vyznania nemá duchovnú dimenziu[263]. Z hľadiska uspokojovania duchovných potrieb je nevyhnutne definovať spiritualitu aj mimo religiózneho chápania. Spiritualita sa chápe ako súčasť ľudského bytia, hľadanie zmysluplnosti v živote a vo vzťahoch. Zároveň sa zdôrazňuje nevyhnutnosť prípravy zdravotníkov, osobitne pre paliatívnu starostlivosť za účelom poskytovania pomoci vo sfére uspokojovania duchovných potrieb.

Uvedomenie si umierania a vlastnej konečnosti vyvoláva obavy, neistotu a úzkosť. Uspokojovanie duchovných potrieb slúži na redukciu existenciálnej úzkosti, je zdrojom vyrovnávania sa s neistotami v živote. Nevyhnutným predpokladom pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v duchovnej oblasti jednotlivca a jeho rodiny je atmosféra partnerstva, vzájomnej podpory a dôvery. Pri vytváraní týchto vzťahov sestra predstavuje hlavný oporný bod, nakoľko poskytuje podporu v duchovnej kríze. Duchovná starostlivosť nepredstavuje izolované intervencie, ktoré sa odlišujú od iných výkonov, ale je súčasťou všetkých ošetrovateľských intervencií. Pri zvládaní ochorenia alebo inej záťažovej situácie je nutné využiť náboženské i nenáboženské prístupy, dôležité je nájsť spolu s pacientom taký, ktorý je pre neho najefektívnejší. Vždy je potrebné vychádzať z presvedčenia pacienta, z jeho požiadaviek a potrieb a nie z prianí príbuzných alebo z predstáv zdravotníckych pracovníkov. Je treba podporovať vzťahy pacienta, ktoré mu zabezpečujú sociálnu oporu (vzťahy s rodinou, duchovným)[264].

[263]Nemčeková, M.: Duchovné potreby. In: Tomagová, M., Bóriková, I. a kol. Potreby v ošetrovateľstve. Martin: Osveta, 2008. s. 169-178.
[264]Hudson, Rumbold, 2005, Duchovní péče. In: Ó Connor, M., Aranda, S. Paliatívni péče pro sestry všech oború. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 65-78., Jendrejovský,

Uspokojovanie potrieb pacientov v paliatívnej starostlivosti súvisí so zvládaním náročných situácií – vyrovnávaním sa s emocionálnymi potrebami pacientov a ich rodín, závažnou diagnózou pacienta, smrťou a umieraním – čo predstavuje jeden z najčastejších stresorov v práci sestry[265]. Vzhľadom na to sme si stanovili nasledujúce **ciele výskumu:**

- posúdiť mieru subjektívne vnímanej záťaže sestier, ktorá je na nich kladená zo strany pacientov a ich rodín pri uspokojovaní spirituálnych potrieb v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti,
- posúdiť mieru emocionálneho a telesného vyčerpania sestier.

Charakteristika súboru

Súbor respondentov získaných zámerným výberom tvorilo 135 sestier, z toho 55 sestier pracujúcich na 1. a 2. chirurgickej klinike UNLP (Univerzitná nemocnica L. Pasteura) v Košiciach a 80 bolo sestier pracujúcich na pracoviskách paliatívnej starostlivosti. Priemerný vek sestier na chirurgických pracoviskách dosiahol 33,07 roka a u sestier pôsobiacich v paliatívnej starostlivosti 37,04 rokov. Priemerná dĺžka praxe priamo v danom odbore predstavuje pre sestry na chirurgických pracoviskách 10,01 roka a pre sestry v paliatívnej starostlivosti 5,06 roka. V dĺžke praxe sestier v uvedených odboroch boli signifikantné rozdiely (P = 0,000), čo hovorí o signifikantne kratšom zotrvaní sestier v oblasti paliatívnej starostlivosti. Z hľadiska vzdelania v našom súbore prevažovali sestry s vysokoškolským (bakalár, magister) vzdelaním, následne to boli sestry so stredným odborným vzdelaním.

Metodika výskumu a spracovania údajov

Dobríková, 2005.Duchovný pohľad na sprevádzanie zomierajúcich. In. Dobríková, P. a kol. Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti. Trnava: Spolok svätého Vojtecha, 2005. s. 87-91.

[265] McVikar, A. 2003. Workplace stress in nursing: a literature review. Journal of Advanced Nursing 14, 2003, no. 6, p. 633., Lambert, V. A., Lambert, C. E. 2008. Nurses´ workplace stressors and coping strategies. Indian Journal of Palliative Care 14, 2008, no. 1, p. 38–44 [online]. [cit. 2011-01-10]. Dostupné na: <http//www.jpalliativecare.com/text.asp? 2008/14/1/38/41934>.

Na dosiahnutie stanovených cieľov sme zhotovili vlastný dotazník (príloha A) zameraný na posúdenie miery záťaže, ktorá je kladená na sestry pri uspokojovaní spirituálnych potrieb v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Na monitorovanie subjektívne vnímanej záťaže sestier sme použili položky, ktoré hodnotili záťaž na Likertovej škále od 1 do 5, kde 1 znamenala žiadnu záťaž, 2 – miernu, 3 – strednú, 4 – veľmi veľkú a 5 neznesiteľnú záťaž. Výskyt pocitov telesného a psychického vyčerpania sme hodnotili otázkou v dotazníku vlastnej konštrukcie, kde miera vyčerpania bola hodnotená na Likertovej škále od 1 – najnižšie do 7 – najvyššie vyčerpanie.

Výsledky boli spracované v štatistickom programe SPSS 12. Pri spracovaní empirických dát boli použité opisné štatistické metódy: absolútne (N), percentuálne (%) hodnoty, priemer (M), smerodajná odchýlka (SD), Pearsonova korelácia, Studentov t-test a jednofaktorová analýza rozptylu ANOVA. Realizácia prieskumu bola v časovom rozmedzí jún 2008 - marec 2009. Návratnosť bola 100%.

Výsledky

Oblasť uspokojovania spirituálnych potrieb (tabuľka 1) dokumentuje veľmi silnú záťaž, vo väčšej miere pre sestry pracujúce na chirurgii než v oblasti paliatívnej starostlivosti. Konkrétne sa vzťahuje na oblasť spojenú s problematikou utrpenia, umierania a posmrtného života. Pre sestry pôsobiace v oblasti paliatívnej starostlivosti je veľmi silnou záťažou problematika eutanázie, otázky na tému posmrtného života a umierania. Musíme však dodať, že sestry v oblasti paliatívnej starostlivosti mali signifikantne kratšiu dĺžku praxe vo svojom odbore, čo poukazuje na skorší odchod z tohto odboru ošetrovateľskej starostlivosti, teda na vyššiu mieru fluktuácie.

Tabuľka 1 Miera záťaže sestier pri uspokojovaní spirituálnych potrieb

	chirurgické oddelenia		oddelenia paliatívnej starostlivosti		P
	n = 55		n = 80		
	M	SD	M	SD	
potreba informovanosti	2,51	0,84	1,86	0,76	**0,05**
nádej na vyliečenie	2,53	0,86	**2,69**	0,95	0,104
zmysel života	**3,18**	0,82	2,44	0,97	**0,05**
utrpenie	**3,73**	0,97	2,63	0,94	**0,05**
umieranie	**3,71**	0,94	**2,94**	1,01	**0,05**
posmrtný život	**3,69**	1,00	**2,86**	1,12	**0,05**
eutanázia	2,60	0,97	**3,86**	1,22	**0,05**
svedomie	2,33	0,96	2,29	0,92	**0,05**
otázky duchovného charakteru	2,60	0,85	2,01	0,82	**0,05**
otázky zmierenia sa so situáciou	3,07	0,94	2,65	0,94	0,100

n – absolútny počet respondentov (sestier), M – priemer, SD – smerodajná odchýlka, P – štatistická významnosť

V rámci celkového hodnotenia emocionálneho a telesného vyčerpania (tabuľka 2) sme na škále od 1 – najnižšie do 7 – najvyššie vyčerpanie zaznamenali hodnoty 3,29 až 3,53, čo by sme mohli interpretovať ako mierne až stredné vyčerpanie. Medzi sestrami na uvedených pracoviskách sme v rámci tejto sumárnej škály nezaznamenali štatisticky významné rozdiely (p = 0,251).

Tabuľka 2 Miera emocionálneho a telesného **vyčerpania u sestier** (1 – najnižšia a 7 – najvyššia)

Oddelenie	**N**	**M**	**SD**	**MIN**	**MAX**
paliatívne	79	**3,44**	0,70	1,00	4,75
chirurgické	55	**3,53**	0,84	2,00	6,00

Ďalším cieľom bolo posúdiť existenciu vzťahu medzi vyčerpaním (emocionálnym a telesným) a záťažou pociťovanou pri uspokojovaní spirituálnych potrieb. Z výsledkov (tabuľka 3, 4) vyplýva, že uspokojovanie spirituálnych potrieb u umierajúcich jednotlivcov spôsobuje u sestier v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti signifikantne emocionálne a telesné vyčerpanie, kým u sestier pracujúcich na chirurgických oddeleniach sa nespája uspokojovanie spirituálnych potrieb s vyčerpaním

Tabuľka 3 Vzťah medzi vyčerpaním a pracovnou záťažou plynúcou z uspokojovania spirituálnych potrieb u sestier pracujúcich **v paliatívnej starostlivosti**

r	**záťaž pri uspokojovaní ľudských potrieb spirituálnych**
Vyčerpanie	0,392***

*** hladina významnosti p < 0,000

Tabuľka 4 Vzťah medzi vyčerpaním a pracovnou záťažou plynúcou z uspokojovania spirituálnych potrieb u sestier pracujúcich v **chirurgickej starostlivosti**

r	**Záťaž pri uspokojovaní ľudských potrieb spirituálnych**
Vyčerpanie	0,18

Diskusia

„Sestra sa pri výkone svojho povolania často dostáva do veľmi náročných situácií, ktoré musí zvládnuť nielen odborne, ale predovšetkým ľudsky. Zvládanie pracovných povinností sestry

ovplyvňuje množstvo faktorov, či už osobných, zdravotných, sociálnych alebo odborných“[266]. V našom výskume zameranom na uspokojovanie spirituálnych potrieb pacientov poukazujeme na fakty, že sestry pracujúce na chirurgii pociťovali v tomto smere väčšiu záťaž ako sestry na oddeleniach paliatívnej starostlivosti. Konkrétne ide o problematiku smrti, umierania a posmrtného života u chirurgických sestier. Otázky eutanázie spôsobujú rozhodne najväčšiu záťaž sestrám pracujúcim v oblasti paliatívnej starostlivosti. Viacerí autori[267] vo svojich štúdiách poukazujú na to, že umieranie a smrť pacienta, resp. uspokojovanie potrieb umierajúcich považujú sestry za najviac stresujúce. Musíme však poznamenať, že priemerná dĺžka praxe v danom odbore je u sestier v paliatívnej starostlivosti štatisticky významne nižšia, preto sme nemuseli zachytiť ich skutočnú záťaž.

V rámci celkového hodnotenia emocionálneho a telesného vyčerpania medzi sestrami na jednotlivých pracoviskách sme nezaznamenali štatisticky významné rozdiely. Avšak miera vyčerpania sa stupňovala u sestier pracujúcich v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti, t. j. povaha starostlivosti o umierajúceho a uspokojovanie spirituálnych potrieb u pacientov v terminálnom štádiu sa podieľalo stredne silno na miere vyčerpania sestier. To poukazuje na existenciu ďalších faktorov, ktoré pôsobia na intenzitu vyčerpania. Môže to byť aj iná pracovná záťaž, vzájomné vzťahy na pracovisku, osobnostné

[266]Dimunová, Raková, 2008, Možnosti prevencie psychickej záťaže v práci sestry. In: Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík., 2008, roč. XIV., č. 3, s.125-127.

[267]Ondriová, I., Kaščáková, M. 2008. Riziká psychickej a fyzickej záťaže sestier pracujúcich s kriticky chorými. In. Zborník, Molisa 5 – Medicínsko ošetrovateľské listy Šariša. Prešov: PU v Prešove, FZ v spolupráci s FNsP J.A. Reimana v Prešove, 2008. s.153-155, McVikar, A. Workplace stress in nursing: a literature review. Journal of Advanced Nursing *vol*. 14, 2003, no. 6, p. 633., Lambert, V. A., Lambert, C. E.: Nurses´ workplace stressors and coping strategies. Indian Journal of Palliative Care vol. 14, 2008, no. 1, p. 38–44 [online]. [cit. 2011-01-10]. Dostupné na: <http//www.jpalliativecare.com/text.asp?2008/14/1/38/41934>.

faktory a pod.[268] Veľmi významné sú aj dobré sociálne vzťahy a sociálna opora.[269]

Záver

Stres pôsobiaci na ošetrovateľský tím v paliatívnej starostlivosti je spôsobený samotnou povahou ošetrovateľskej starostlivosti – najmä problémom umierania a smrti pacientov a schopnosťou reagovať na pacientove požiadavky, zvládať reakcie pacienta, jeho hnev, či zúfalstvo. Náhle sa zhoršujúce stavy pacientov a s tým rastúca intenzita záťaže sestier, vedie k problémom v oblasti emocionálnej, psychickej i sociálnej. Stresujúco pôsobí aj povaha vykonávanej liečby, jej toxicita a vedľajšie účinky. Okrem spomínaných faktorov môžu ovplyvňovať stres a jeho zvládanie aj ďalšie faktory. Uspokojovanie spirituálnych potrieb môže byť zdrojom rôznych etických konfliktov. Preto pre zmierňovanie záťaže a vyčerpania sestier na OPS sa na základe našich výsledkov javia ako vhodné programy zamerané na riešenie problémových situácií vyskytujúcich sa pri uspokojovaní spirituálnych potrieb pacientov (najmä požiadavka eutanázie zo strany pacientov) a programy zamerané na aktívne stratégie zvládania záťaže.

Literatúra:

NEMČEKOVÁ, M.: *Duchovné potreb*y. In: Tomagová, M., Bóriková, I. a kol. *Potreby v ošetrovateľstve*. Martin : Osveta, 2008. s. 169 – 178. ISBN 978-80-8063-27-0.

HUDSON, R., RUMBOLD, B.: *Duchovní péče*. In: Ó Connor, M., Aranda, S. *Paliatívni péče pro sestry všech oború*. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 65-78. ISBN 80-247-1295-4.

[268]McVICAR, A. Workplace stress in nursing: a literature review. Journal of Advanced Nursing vol. 14, 2003, no. 6, p. 633., LAMBERT, V. A., LAMBERT, C. E.: Nurses´ workplace stressors and coping strategies. Indian Journal of Palliative Care vol. 14, 2008, no. 1, p. 38–44 [online]. [cit. 2011-01-10]. Dostupné na: <http//www.jpalliativecare.com/text.asp?2008/14/1/38/41934>.

[269] Katreniaková, Z., Štefková, G. 2008.Sociálne determinanty zdravia z pohľadu sestier. In: Zborník, Podpora zdravia, prevencia a hygiena v teórii a praxi- V. Martin: JLF Univerzity Komenského v Martine, v spolupráci s firmou BERISS,2008. s. 126-132.

JENDREJOVSKÝ, J., DOBRÍKOVÁ, P.: *Duchovný pohľad na sprevádzanie zomierajúcich.* In: Dobríková, P. a kol. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti*. Trnava : Spolok svätého Vojtecha, 2005. s. 87-91. ISBN 80-7162-581-7.

McVICAR, A.: *Workplace stress in nursing: a literature review*. In: *Journal of Advanced Nursing*, roč.14, 2003, č. 6, s. 633 – 642. ISSN 1365-2648.

LAMBERT, V. A., LAMBERT, C. E.: *Nurses´ workplace stressors and coping strategies.* In: *Indian Journal of Palliative Care*, roč. 14, 2008, č. 1, s. 38 – 44. ISSN0973-1075. [online]. [cit. 2011-01-10]. Dostupné na: http//www.jpalliativecare.com/text.asp?2008/14/1/38/41934.

DIMUNOVÁ, L., RAKOVÁ, J.: *Možnosti prevencie psychickej záťaže v práci sestry*. In: *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík*. 2008, roč. 14, č. 3, s.125 – 127. ISSN 1335-5090.

ONDRIOVÁ, I., KAŠČÁKOVÁ, M.: *Riziká psychickej a fyzickej záťaže sestier pracujúcich s kriticky chorými.* In: Šanta, M., Rybárová, Ľ., Derňárová, Ľ. (Eds.): *Zborník, Molisa 5 – Medicínsko ošetrovateľské listy Šariša*. Prešov : PU v Prešove, FZ v spolupráci s FNsP J.A. Reimana v Prešove, 2008. s.153 – 155. ISBN 978-80-8068-882-0.

KATRENIAKOVÁ, Z., ŠTEFKOVÁ, G.: *Sociálne determinanty zdravia z pohľadu sestier*. In: Kavcová, E., Sárazová, M. (Eds.): *Zborník, Podpora zdravia, prevencia a hygiena v teórii a praxi – V*. Martin : JLF Univerzity Komenského v Martine, v spolupráci s firmou BERISS, 2008. s. 126 – 132. ISBN 978-80-88866-58-9.

Kontakt:

PhDr. Jana Sušinková, PhD.,
PhDr. Mária Sováriová Soósová, PhD.
PhDr. Renáta Schafout, PhD.
UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta
Ústav ošetrovateľstva,
Trieda SNP1 040 01 Košice
jana.susinkova@upjs.sk

Vôľa pacienta vyjadrená v inštitúte informovaného súhlasu ako dôležitá súčasť paliatívnej a hospicovej starostlivosti

Szaniszló Inocent-Mária

Abstrakt: V modernej dobe pokročila technika aj v lekárskej vede do takej miery, že je možné dlhodobo nielen udržiavať, ale dokonca aj zlepšiť stav pacienta, ktorý prirodzene smeruje k terminálnej fáze života- smrti- pomocou prístrojov pri tzv. živote a takto im brániť v dôstojnej smrti. Práve tu vstupuje na scénu inštitút informovaného súhlasu (prejavenia vlastnej vôle pacienta) ako dôležitý prvok paliatívnej a hospicovej starostlivosti.
Kľúčové slová: Informovaný súhlas pacienta, Terminálne štádium ľudského života, Vzťah pacienta a ošetrujúceho personálu, Bioetika.

Will of the patient expressed in the Institute of informed consent as an important part of palliative and hospice care

Abstract: In modern times advanced technology in medical science and to the extent that it is possible not only to maintain long-term, but even improve the condition of the patient, which naturally leads to the terminal phase of life-death-using devices called for. life and thus hinder their decent death. There enters the scene Institute of informed consent (patient's expression of its own volition) as an important element of palliative and hospice care.
Keywords: Informed consent, Terminal phase of human life, Relations between patient and medical personal, Bioetics.

V rámci problematiky paliatívnej a hospicovej starostlivosti rezonuje v západoeurópskej spoločnosti veľmi často inštitút informovaného súhlasu. Mnohí starší a nielen starší ľudia sú dobre informovaní a zorientované v tejto problematike. Jedná sa totiž o najdôležitejšiu časť rešpektovania dôstojnosti človeka v terminálnej fáze pozemského života. Ľudovo povedané, človek

by nemal byť len liečený počas svojho života, ale malo by mu byť aj umožnené dôstojne smerovať k smrti. Práve v dnešnej dobe, kedy medicína zaznamenáva tak veľký technický pokrok, že je možné umelo udržiavať a predĺžovať pomocou technických prístrojov život pacienta, ktorý by prirodzene smeroval k smrti neúmerne dlho v tzv. vegetatívnom stave, ktorý sa dokonca práve vďaka technickej podpore môže stabilizovať ba dokonca zlepšiť bude dôležité si uvedomiť dosah problematiky prirodzenej terminálnej fázy ľudského života. K tomu nám výrazne pomáha inštitút informovaného súhlasu. Preto sa v našom príspevku chceme pozrieť na niektoré aj zahraničné skúsenosti v tejto problematike.

Musíme si uvedomiť, že moderná medicína i napriek tomu, že je schopná zachrániť veľa životov, v rozvinutých krajinách (lepšie povedané v krajinách, kde si investori môžu dovoliť kúpiť najmodernejšie prístroje na predĺženie života) dochádza často k obvineniam, že technicky vyspelá medicína bráni mnohým pacientom v ich dôstojnej smrti. Umieranie sa v týchto prípadoch niekedy nasilu a zbytočne naťahuje. Mnoho ľudí má strach z lekárskych prístrojov a lekárov samotných práve preto, že umelo predlžujú ich život, ktorý je pre nich už len trápením.[270]

Na druhej strane, ako hovorí prof. Schaupp z Grazu, približne od 80-tich rokov 20-tého storočia priniesol zreteľne pozorovateľný nový vývoj v lekárskom étose ako takom, tieto nové trendy:

- do centra pozornosti sa dostalo sebaurčenie pacienta,
- začalo sa viac dbať na práva pacientov namiesto povinností lekárov,
- nastalo hľadanie „systematickej etickej základne“,

[270]REITER, J.: Bioethik. In: Arntz K., Heimbach-Steins M., Reiter J., Schloegel H. *Orientierung finden. Ethik der Lebensbereiche*. Freiburg. Basel. Wien: Herder, 2008. s.7-60.

•začalo sa zamýšľať nad kultúrnou podmienenosťou etických noriem (tzv. cultural turn)[271],

Práve z dôvodu etického prístupu k pacientovi na sklonku života mu musíme umožniť podieľať sa na rozhodnutí o jeho vlastnom terminálnom štádiu. Dnes je znova potrebné nanovo premyslieť spôsob, akým poskytnúť pacientovi túto možnosť. Snáď podobne, ako už niekoľko desaťročí v Západnej Európe praktizuje **Inštitút informovaného súhlasu**, alebo inak nazvaný **Inštitút vôle pacienta**.

Etika ošetrovania na konci ľudského života (tzv. end of life decisions) rieši problémy humánneho a duchovného sprevádzania zomierajúcich a takisto aj ťažkosti hraníc, teda ukončenia ošetrovacieho procesu, ku ktorému patrí aj tzv. pasívna pomoc pri zomieraní. Starosť nám robia predovšetkým otázky: za akých okolností môže byť vo fáze nepriaznivej prognózy upustené od možnej chemoterapie? Je vyjadrený súhlas v kritických okamihoch, kedy pacient nemôže komunikovať s ošetrujúcim personálom, vždy záväzný? Mnohí lekári sú bezbranní v prípade zmierenia sa s tým, že ošetrovanie pacienta by mohlo prejsť z kuratívnej do paliatívnej fázy. Teda zväčša zo strachu zo zlyhania v boji s „nepriateľom“.[272] Na druhej strane sa nachádza zatajovanie skutočného (zhoršujúceho sa) zdravotného stavu pacienta, ktorý má obavy z toho aby nesklamal svojho lekára, že sa po prechodnej nádeji choroba opäť vrátila. Z tohto dôvodu je v takýchto prípadoch veľmi potrebná správna komunikácia s pacientom a vzájomná dôvera, ktorá v našich podmienkach ešte stále chýba. Až po takejto vzájomnej pozitívnej komunikácii je vhodné umožniť pacientovi spolurozhodovať sa na svojom osude.

[271]SCHAUPP, W.: *Medizinische Ethik. (1)Einführung in die medizinische Ethik-Menschenwürde als Grundlage moralischer Achtung* (online). Karl Franzens- Universität Graz, KSR-2, SS 10 (cit. 2011-01-03). Dostupné na internete: (http://www-theol.uni-graz.at/cms/dokumente/10001105/88d94157/Unterlagen+Lebensethik+WS10-11.pdf).

[272]Porov. KRIŽANOVÁ K.: *Naplnenie pacientovej autonómie na konci života v paliatívnej starostlivosti* (online). (cit. 01.03.2011). Dostupné na internete: (http://www.health.gov.sk/?eticka-komisia-1&sprava=3-rakusko-slovenske-sympozium-o-bioetike-na-temu-naplnenie-vole-pacienta).

Exminister Raši upozorňuje na zákon č. 576/2004 Z. Z. o zdravotnej starostlivosti, ktorý predpokladá „informovaný súhlas“ pacienta pri každom zákroku do jeho telesnej a duševnej integrity. Avšak Dr. Križanová oponuje, že „právo pacienta odmietnuť určitý súbor liečebných postupov sa v našom zdravotníckom práve zakotvil len slabo, a to v podobe možnosti odmietnuť po príslušnom poučení konkrétny liečebný postup. Prehlásenie, ktoré by pacient podpísal vopred, ako svoj prejav slobodnej vôle, nie je možné vykonať, resp. nie je záväzné pre zdravotný personál poskytujúci zdravotnú starostlivosť....Teoreticky by sa mal pacient pri každej zmene zdravotného stavu a s tým spojenej zmeny samotnej liečby alebo jej spôsobu stále znova písomne vyjadriť formou informovaného súhlasu, čo sa stáva veľkou prekážkou.“[273] Lekár sa týmto totiž často dostáva pod vonkajšie tlaky, ktoré spochybňujú jeho úsilie liečiť (napr. tlak rodiny).

Etika obmedzenej starostlivosti sa teda v závislosti od situácie stáva eticky dovolenou, alebo eticky vyžadovanou. Cirkevná náuka sa k tejto problematike vyjadruje od 50-tych rokov 20. storočia. Súčasne s jej formovaním však dochádza aj k vývoju práva. Preto je medzi nimi potrebná aktuálna spolupráca v oblasti bioetiky, práva a medicíny. Ako sme totiž ukázali, existujú dva etické ukazovatele každej lekárskej intervencie: objektívna indikácia a subjektívna vôľa pacienta. Upustenie od terapie môže byť takto dôsledkom buď nedostatočnej indikácie, alebo chýbajúceho súhlasu pacienta. Týmto etika ošetrovania v terminálnej fáze ľudského života dáva priestor prípustnosti aktívnej eutanázie, teda aktívnej pomoci pri zomieraní, ba dokonca i asistovanej samovraždy. Tieto postupy aktívne uplatňuje už niekoľko štátov EU (Belgicko a Holandsko). V tejto súvislosti sa vynárajú nové aktuálne etické problémy.

Prof. Körtner z Inštitútu pre systematickú teológiu Evanjelickej teologickej fakulty vo Viedni, člen Inštitútu pre etiku

[273]Porov. Tamtiež.

a právo v medicíne a člen rakúskej bioetickej komisie pri úrade spolkového kancelára pripomína, že kto chce obmedziť právnu šírku súhlasu pacienta, ten provokuje nakoniec len nové právne konflikty o tom, čo sa v jednotlivých prípadoch myslí pod pojmom „blízkosť smrti“.[274]

V minulosti platila v lekárskej ošetrovateľskej etickej starostlivosti maxima: *lekár musí za každých okolností zachrániť a udržať život človeka*! Priebehu 80-tich rokov 20. storočia sa však terminológia začína meniť od klasickej „pasívnej pomoci pri zomieraní“ cez „obmedzujúce ošetrenie“ upustenie a jeho redukciu až k prijatiu nového názvu AND (tzv. Allow natural death) teda k povoleniu prirodzenej smrti. Sem patrí aj napr. už spomínané odstúpenie od chemoterapie v konečnom štádiu rakoviny, upustenie od liečby antibiotikami pri zápale pľúc či v prípade tzv. bdelej kómy, upustenie od reanimácie pri ťažkom insulte, ukončenie podpory dýchania pri ALS, ukončenie umelej výživy pri bdelej kóme.[275] Zároveň však musíme dodať, že pri chýbajúcej lekárskej indikácii ostáva posúdenie vecou lekára či lekárskeho tímu.

Nesmieme však zabudnúť ani na to, že obmedzenie liečby je vždy selektívne. Väčšina pacientov si bude vždy vyžadovať terapeutické a ošetrovateľské opatrenia. Každé opatrenie bude potrebné zvlášť zvážiť. Nakoniec základná starostlivosť, lekárska opatera a paliatívna kuratela sú vždy povinné! Pri zavedení informovaného súhlasu majú podstatné miesto tieto otázky: Dokedy by sa mal udržovať na konci ľudského života pacient pri živote a ako dlho by sa mal predlžovať jeho život? Kedy môže byť zastavená liečba pacienta v tomto vyššie spomenutom štádiu?

Celkovo si tu vôľu pacienta, teda jeho informovaný súhlas, musíme uvedomiť na pozadí spoločnosti, ktorá je okrem iného charakterizovaná pluralizmom hodnôt, rastúcou

[274]Porov. KÖRTNER, U. H. J.: *Das Österreichische Patientenverfügungsgesetz: Rechtliche und Ethische Aspekte*. Tamže, s. 2.
[275]Porov. tamže.

individualizáciou, odsunutím bolesti a zomierania a zrušením tradičných rodinných štruktúr.

Pri hľadaní definície informovaného súhlasu pacienta sa môžeme oprieť o dokument nemeckej biskupskej konferencie spoločne vytvorený s ďalšími cirkvami, ktorý definuje vôľu pacienta takto: „*Informovaný súhlas je písomné vyhlásenie dospelého človeka vlastniaceho slobodnú vôľu pre prípad neskoršej neschopnosti túto vôľu vyjadriť. Je to vopred uvážené rozhodnutie o akceptovaní, alebo neakceptovaní určitého vyšetrenia, liečebnej terapie a lekárskeho zásahu, ktoré ešte nie sú bezprostredne nutné. Tento súhlas má pevne určiť, že samorozhodovacie právo človeka bude aj vtedy zohľadnené, keď jeho vôľa sa už nebude dať slobodne vyjadriť.*“[276]

Samozrejme, že táto mnohokrát upravená posledná verzia ukazuje na rôznorodosť v prijatí podobného vyhlásenia. Výhodou tohto dokumentu je aj malá kartička, ktorú každý záujemca vyplnenú môže uložiť do svojej peňaženky a kde je informácia o existencii jeho vôle. Veľmi by sme si priali, aby aj príslušná Konferencia biskupov Slovenska v našej krajine hrala podobne aktívnu úlohu pri jednaní s ministerstvom zdravotníctva.

Nakoniec ostávajú nemenej vážne otázky z praxe: kedy vieme určiť smrť pacienta v tzv. vegetatívnom stave? Kam s takýmito pacientmi, ktorých zariadenia neradi prijímajú (na jednotkách intenzívnej starostlivosti nemôžu zostať, aby tieto beznádejne nepreplnili a hospice ich nechcú, pretože sa nejedná o umierajúcich)? Ako sa eticky postaviť k situácii upravenia životných funkcií pacienta, ktorého zdravotný stav vedie k jeho smrti ale ktorého po napojení na prístroje sa situácia stabilizuje, dokonca zlepší na určitý stredne dlhý časový horizont? Ako sa

[276]Porov. *Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung. Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland*, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Kaiserstrasse 161, 53113 Bonn, www.dkb.de, Stand: 15. Januar 2011, s. 20.

v dnešnom pretechnizovanom svete znova naučiť prijímať smrť ako prirodzenú súčasť života? Ako pomôcť príbuzným, ktorí by aj chceli mať pacienta v terminálnom štádiu doma, ale štát im nie je schopný ich výkon zaplatiť aspoň ako minimálnu mzdu?[277]

Jedná z našich študentiek, sama lekárka, vo svojej diplomovej práci píše, že lekár intenzivista má na začiatku len veľmi obmedzené informácie o zdravotnom stave a ochorení pacienta, a ak mu chce pomôcť musí sa rozhodovať okamžite alebo v priebehu niekoľkých minút. Nie je čas podrobne prečítať dokumentáciu, alebo najprv podrobiť pacienta rozsiahlym diagnostickým vyšetreniam, a ak je stav terminálny, začať uvažovať o withholding therapy.

Navyše sa primárnou intenzivistickou liečbou (ICU testom) poskytne pacientovi šanca na uzdravenie. Lekári sa v svojej praxi stretávajú s tým, že aj napriek nepriaznivým prognózam, štatistikám a ich osobným odhadom v úvode liečby, niektorí pacienti prežili. Umožníme tu teda to, čo dr. Zadák nazýva: „priestorom pre zázrak“, alebo uplatnením vnútorných síl pacienta. Navyše, ak sa stav nezlepšuje po prvom pokuse o intenzívnu liečbu, je možné od nej upustiť. Dôležité je, aby rozhodnutie o ukončení, nezahájení márnej liečby nebolo paternalistickým rozhodnutím lekára, ale malo by ísť o spoločné rozhodnutie **(shared decision)**. Toto by mal byť konsenzus po otvorenej diskusii nielen lekárov, ale aj sestier a ostatného zdravotníckeho personálu starajúceho sa o umierajúceho, poprípade aj rodiny. Ak je pacient pri vedomí, treba do tohto procesu zahrnúť aj jeho. Pacientovi by sa vždy malo zaručiť dôstojné umieranie. Diplomantka dodáva, že upustenie alebo nezahájenie liečby nikdy nemožno definovať ako pasívnu eutanáziu. Etickým rozhodovaniam sa lekár učí aj počas svojej praxe. Ako tvrdí Kübler –Ross, lekár by mal eticky dozrieť aj na

[277]V Rakúsku zaviedli v roku 2002 zákonom tzv. Familienhospizkarenz, porov. KÖRTNER, U. H. J.: *Das Österreichische Patientenverfügungsgesetz: Rechtliche und Ethische Aspekte.* Tamže, s. 2. Zamestnaní príbuzní takto dostali možnosť čerpať platenú úplnú, alebo čiastočnú dovolenku pre ošetrovanie zomierajúceho príbuzného v dĺžke 3-6 mesiacov!

prijatie smrti a na ukončenie nadmernej terapie, inak nepomáha pacientom, ale im škodí.[278]

Mnohí lekári sa zhodujú v tom, že u chronických (a smrteľných) ochorení a ochorení, ktoré netreba urgentne riešiť má inštitút informovaného súhlasu skutočne veľký význam. Na druhej strane v jednotlivých prípadoch budú musieť lekári naďalej počítať s rozhodnutím v okamihu. Teda mali by sme sa vyvarovať jednostrannej propagácii tohto inštitútu, akoby tí, ktorí ho ešte nemajú podpísaný boli jednoznačne v nevýhode.[279] Najideálnejšia cesta, ktorá sa hľadá napr. vo Francúzsku v spolupráci s Institute catholique z Lille a 6-mi regionálnymi nemocnicami na severe Francúzska, by bola cielená spolupráca lekárov, etikov a právnikov, ktorá by aj dodatočne riešila jednotlivé prípady. Aby sa našli čo najlepšie riešenia pre ľudí nachádzajúcich sa na konci pozemského života, ktorí sa už sami nemôžu rozhodnúť o svojom živote, je potrebné zabezpečiť im kompetentný tím odborníkov na ktorých sa v takýchto prípadoch budú môcť úplne spoľahnúť.

Úlohou na záver nám ostáva určiť, čo môžu lekári a inštitúcie urobiť pre vybudovanie kultúry dôvery medzi pacientom a ošetrujúcim tímom, ktorá sa nesmie zamieňať za paternalizmus, alebo poručníctvo?[280]

Literatúra:

KRIŽANOVÁ, K.: *Naplnenie pacientovej autonómie na konci života v paliatívnej starostlivosti* (online). (cit. 01.03.2011). Materiály z 3. rakúsko-slovenského sympózia o bioetike „Naplnenie vôle pacienta"

[278]Porov. PAŠTÉKOVÁ, T.: *Posúdenie rôznych aspektov problematiky eutanázie z pohľadu praktického lekára (so súčasným kritickým zhodnotením záverečných prác košickej teologickej fakulty na tému eutanázie za obdobie 2000-2009)*: diplomová práca. Košice: Katolícka univerzita Ružomberok, Teologická fakulta Košice, 2011. s. 56-57.

[279]Porov. KÖRTNER, U. H. J.: *Das Österreichische Patientenverfügungsgesetz: Rechtliche und Ethische Aspekte*. Tamže, s. 10. Koertner varuje pred prenášaním bezproblémového obrazom pacienta ako odvážneho zákazníka na zomierajúcich. „Autonómia až do konca" nie je zriedka len fikciou.

[280]Porov. KÖRTNER, U. H. J. *Das Österreichische Patientenverfügungsgesetz: Rechtliche und Ethische Aspekte*. Tamže, s. 11.

v Trenčianskych Tepliciach 23.10. 2008, (online).(cit. 2011-01-03). Dostupné na internete: (http://www.health.gov.sk/?eticka-komisia-1&sprava=3-rakusko-slovenske-sympozium-o-bioetike-na-temu-naplnenie-vole-pacienta).

KÖRTNER, U. H. J.: *Das Österreichische Patientenverfügungsgesetz: Rechtliche und Ethische Aspekte*. (online). (cit. 01.03.2011). Materiály z 3. rakúsko-slovenského sympózia o bioetike „Naplnenie vôle pacienta" v Trenčianskych Tepliciach 23.10. 2008, (online).(cit. 2011-01-03). Dostupné na internete: (http://www.health.gov.sk/?eticka-komisia-1&sprava=3-rakusko-slovenske-sympozium-o-bioetike-na-temu-naplnenie-vole-pacienta).

REITER, J.: Bioethik. Arntz K., Heimbach-Steins M., Reiter J., Schloegel H.: *Orientierung finden. Ethik der Lebensbereiche*. Freiburg. Basel. Wien: Herder, 2008. s.7-60. ISBN 978-3-451-29783-0.

SCHAUPP, W. *Medizinische Ethik. (1)Einführung in die medizinische Ethik- Menschenwürde als Grundlage moralischer Achtung* (online). Karl Franzens- Universität Graz, KSR-2, SS 10 (cit. 2011-01-03). Dostupné na internete: http://www-theol.uni graz.at/cms/dokumente/10001105/88d94157/Unterlagen+Lebensethik+ WS10-11.pdf

Porov. *Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung. Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland*, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Kaiserstrasse 161, 53113 Bonn, www.dkb.de, Stand: 15. Januar 2011.

PAŠTÉKOVÁ, T., *Posúdenie rôznych aspektov problematiky eutanázie z pohľadu praktického lekára (so súčasným kritickým zhodnotením záverečných prác košickej teologickej fakulty na tému eutanázie za obdobie 2000-2009)*: diplomová práca. Košice: Katolícka univerzita Ružomberok, Teologická fakulta Košice, 2011. 66 s.

Kontakt:

doc. ThDr.Ing. Inocent-Mária V. Szaniszló OP, PhD.
Inštitút aplikovanej etiky prof. A. Spesza pri TF KU Ružomberok v Košiciach
Hlavná 89, 041 21 Košice
vladimir.szaniszlo@ku.sk

Spiritualita pacienta – opomenutá dimenzia?

Jana Trizuljaková

Abstrakt: Duchovnej dimenzii pacienta sa v medicíne venuje malá pozornosť. Ukazuje sa potreba obznámiť širokú verejnosť s poznatkami a možnosťami duchovnej starostlivosti ťažko chorých a zomierajúcich u nás. V situácii blížiaceho sa záveru života pacienta je žiaduce, aby si lekári, sestry, laici, príbuzní i široké spektrum príslušníkov v pomáhajúcich profesiách uvedomilo, že zodpovednosť za saturovanie duchovných potrieb pacienta neleží výhradne na pleciach duchovných osôb príslušných denominácií, ale odpovedajúcim spôsobom, v súlade a v hraniciach profesionálnych kompetencií na každom z nich.
Kľúčové slová: Choroba, Pacient, Spiritualita, Zdravie.

Patient´s spirituality - a forgotten dimension?

Abstract: Today, only smal amount of attention is given to the spiritual dimension of the patient. There is a need to inform the public about the knowledge and possibilities of spiritual care for severely ill and dying patients in our country. In the situation of a patient coming to the end of his/her life it is important that the doctors, nurses, relatives and members of any helping professions realize, that the responsibility for the spiritual needs of the patient does not only lie on the shoulders of the clergymen, but in limits and boundaries of professional competences, on every one of the above mentioned.
Keywords: Health, Patient, Illness, Spirituality.

Zdravie a choroba

Zdravie predstavuje základnú ľudskú potrebu. Každý dospelý človek, mentálne kompetentný, nesie osobnú zodpovednosť za svoje zdravie a rozhoduje o otázkach vlastného zdravia. Svetová zdravotnícka organizácia WHO (SZO) definuje zdravie ako kompletný fyzický, psychický a sociálny komfort bez ohľadu na prítomnosť choroby. Zdravie súvisí s voľbou životného štýlu, individuálnych daností jednotlivca. Určitý podiel ide na vrub

dedičným faktorom, návykom, vonkajšiemu prostrediu, stravovaniu a mnohým ďalším faktorom.

Choroba bytostne zasahuje celého človeka a nevyhnutne sa dotýka jeho vnútorného života. Sú ochorenia, ktoré medicína dokáže vyliečiť, zvládnuť v spolupráci s pacientom, ktorý akceptuje liečbu a odporúčania. Vyskytnú sa i také ochorenia, pri ktorých v stabilizovanom stave prežijú pacienti kvalitný život. Ale medicína má i svoje hranice, keď chorému už nemôže ponúknuť kauzálnu liečbu a kde nastupuje pomoc v podobe riešenia aktuálnych ťažkostí, symptómov a udržania čo najlepšej kvality života. Medicína predovšetkým vníma človeka ako bytosť bio-psycho-sociálnu, dôraz kladie na biologickú, fyzickú stránku. Na duchovnú dimenziu často zabúda. V odbornej literatúre sa dočítame o účasti aj duchovných faktorov na vzniku a udržovaní chorobných stavov. Rovnako medicína vníma i podiel duchovných síl, ktoré môžu mať podiel na uzdravení.[281] Keby sme niektorú zo spomínaných dimenzií človeka vynechali, dopustili by sme sa nebezpečného redukcionizmu.

Spiritualita, duchovnosť

Duchovný svet patrí k bohatstvu každého ľudského života. Je určený mnohými faktormi, ktoré vychádzajú z osobnosti každého ľudského jedinca. Každý človek má svoju duchovnú zložku, aj keď si ju sám ani neuvedomuje. Neprejavuje sa len u ľudí veriacich. Ide o niečo, čo predstavuje podstatu toho-ktorého človeka, čo vychádza z neho samotného a je vlastné iba jemu.[282] Spiritualita (duchovnosť) môže byť považovaná za hnaciu silu v živote jedinca, ktorá dáva všetkým aspektom jeho života zmysel. Mnoho zdravotníkov však ostáva pri zmienke o duchovnej dimenzii v rozpakoch. A preto, že tejto dimenzii jednoducho nerozumejú a nik im nepomohol správne ju pochopiť, odmietajú

[281] SLABÝ, A.: Duchovní aspekty paliativní medicíny. In: Vorlíček, Z. a kol.: *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing, 1998, s. 383-388.

[282] DOŠKOVÁ, L.: *Duchovní složka člověka a jeho začlenění do ošetřovatelského procesu.*
In: Studijní texty z pastorální teologie III. Služba nemocným. Olomouc: CMTF UP, Centrum Aletti, 2002, 16-20 s.

ju.[283] Spirituality sa nie je treba báť, ani ju považovať za niečo nevedecké. Jej súčasťou je hľadanie a pochopenie zmyslu života, vzťahov (k sebe samému, k ostatným ľuďom, k Bohu), obnova (schopnosť pozitívne ovplyvňovať psychický aj fyzický stav, mobilizácia vnútorných síl) i viera.[284]

U chorých pozorujeme, že sa zaoberajú svojím životom, hľadajú odpoveď na otázku vzniku svojej novej životnej situácie, vidíme, aké hodnoty uznávajú a o čo sa môžu vo svojom živote oprieť. Hľadať a nájsť zmysel ochorenia, bolesti i utrpenia môže priniesť nový pohľad na situáciu, v ktorej sa chorý nachádza. Za normálnych okolností si človek dokáže poradiť sám, v zložitejších situáciách potrebuje odbornú pomoc. Najmä v situácii ťažkého ochorenia, môže chorého sprevádzať pocit osobnej biedy a straty základných životných istôt. Hraničná životná situácia môže navodiť stav osamelosti a spôsobiť stratu medziľudských vzťahov. Takmer každý vážne chorý, prežíva stavy úzkosti a strachu. Beznádej, zúfalstvo a uzavretosť predznamenávajú vážne problémy v duchovnej oblasti, nenaplnenie duchovných potrieb.

Duchovné potreby

Chorému poskytujú pomoc rôzne kategórie ľudí: lekári, zdravotné sestry, ošetrovatelia, rodina, príbuzní, sociálni pracovníci, psychológ, duchovné osoby. Podieľajú sa v rámci možností, každá svojím osobitým spôsobom a poslaním, schopnosťou a konkrétnou činnosťou. Možno povedať, že požiadavky diktované mravnou povinnosťou pomoci okolia chorému, sú zhrnuté do myšlienky pochopenia, lásky a úcty k osobnej dôstojnosti pacienta. Majú chorému prejaviť súcit, zomierajúcemu aktívne pomáhať prejsť poslednou etapou života dôstojne. Malo by sa tak diať nielen vonkajšou činnosťou, formou lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti, ale aj pozitívnym

[283]ŠKRLOVÁ, M.: *Role sestry v duchovní dimenzi pacienta.* In: Studijní texty z pastorální teologie III. Služba nemocným. Olomouc: CMTF UP, Centrum Aletti, 2002, 37-45 s.
[284]OPATRNÝ, A.: *Víra a práce v nemocnici.* BIOETIKA Scripta bioethica roč. 4, 2004, č.1, 24-26 s.

vplývaním na chorého, vytvorením odpovedajúcej duchovnej atmosféry, rešpektovaním jeho duchovných potrieb.

K modernej komplexnej liečbe pacientov patrí systematický prístup k uspokojovaniu duchovných potrieb. Duchovné potreby sú nerozlučne späté s fyzickými a psychosociálnymi potrebami a navzájom sa ovplyvňujú. K duchovným potrebám ťažko chorých a zomierajúcich patrí napríklad

- túžba po ľudskej blízkosti;
- potreba skutočného, pravdivého, medziľudského vzťahu;
- potreba pocitu bezpečia;
- potreba dôvery;
- potreba rešpektovať ľudskú dôstojnosť;
- a potreba dať životu zmysel.[285]

Podľa zakladateľky hospicového hnutia, lekárky C. Saundersovej, duchovné potreby sa už dnes nevyhnutne nevyjadrujú náboženskými termínmi. Žijeme v sekulárnej spoločnosti, pri čom sa jedná o sekulárnu spoločnosť s mnohými spirituálnymi potrebami. Medzi nami žijú praktizujúci i nepraktizujúci kresťania, veriaci moslimi, budhisti, židia i príslušníci iných denominácií, ktorí sa považujú za veriacich. V spoločnosti je vnímanie viery podmienené existenciou rôznych kultúrnych vzťahov, odovzdávania hodnôt, jazykových zvyklostí i posunom chápania významu niektorých kľúčových slov. Mnohí ľudia, ktorí sa na druhej strane považujú za neveriacich, nepoužívajú náboženskú terminológiu, stále sú však citliví na obrazy, symboly, situácie, určité rituály, ktoré sa ich vnútorne dotýkajú, oslovujú a pretvárajú ich. Sú stále vnímaví k otázke hodnôt a ochotní hľadať.[286]

Žiaľ, oblasť duchovných potrieb pacienta sa dnes napriek ich poznaniu zanedbáva.

---

[285]ŠKRLOVÁ, M.: *Role sestry v duchovní dimenzi pacienta.* In: Studijní texty z pastorální teologie III. Služba nemocným. Olomouc: CMTF UP, Centrum Aletti, 2002, s. 37-45.
[286]JENDREJOVSKÝ, J., DOBRÍKOVÁ, P.: Duchovný pohľad na sprevádzanie zomierajúcich. In: Dobríková-Porubčanová, P. a kol: *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti. Význam paliatívnej starostlivosti*. Trnava: Spolok svätého Vojtecha – Vojtech, spol. s.r.o., 2005, s.184-198.

Duchovná služba

Každý pacient potrebuje nájsť zmysel toho, čo ho postretlo. Všetci by sme v niektorých životných situáciách radi našli zázračné riešenie svojho problému, priali by sme si, aby sa stalo nemožné alebo málo pravdepodobné. Priať si nemožné je ľudské. V situácii zvláštnej životnej krízy človek kladie otázky sebe, blízkym i Bohu. Hľadá zmysel života, zmysel choroby, utrpenia. Existenčnými otázkami sa zaoberá každý, veriaci či neveriaci.

Duchovná služba býva často zúžená na poskytovanie náboženských úkonov pre tých , ktorí si ich vyslovene prajú. Duchovná služba by mala človeku pomôcť, aby na základe svojho vlastného presvedčenia (alebo viery) navrátil svoj duchovný rozmer do harmónie, nadobudol vnútorný pokoj a vnútornú vyrovnanosť. Duchovná službu predstavuje jednanie, keď chorého sprevádzame počas jeho choroby, utrpenia alebo zomierania, pomáhame mu ľudsky dôstojne zvládnuť životnú situáciu vrátane smrti a to na jemu dostupnej úrovni viery a pri rešpektovaní jeho jedinečnosti.

Za duchovnú službu nemožno považovať manipuláciu, náboženskú agitáciu alebo necitlivé presviedčanie. V praxi sa stretávame s touto mylnou podobou domnelej služby u nekvalifikovaných osôb, rôznych aktivistov, prípadne i príbuzných chorého. Niekedy to môže byť až kŕčovitá snaha sprostredkovať sviatosti chorým, ktorí na ne nie sú pripravení alebo ich dokonca odmietajú. Ide o veľmi citlivé, zložité otázky a situácie. Pacient musí byť pred nevhodným pôsobením chránený.[287] Správne pochopená duchovná služba by mala byť organickou zložkou komplexnej starostlivosti o človeka v núdzi. Vychádza z toho, že duchovný rozmer nemajú iba ľudia „duchovne zameraní“, ale tento rozmer súvisí so vzťahom človeka k tomu, čo ho presahuje. Tento rozmer pri tom môže byť jednotlivcami rozdielne vnímaný.

[287]ZACHOVAL, J.: *K obsahu pojmu „duchovní služba“*. In: Studijní texty z pastorální teologie III. Služba nemocným. Olomouc: CMTF UP Centrum Aletti 2002, s. 46-52.

Nástroje duchovnej služby

Základným nástrojom duchovnej služby je

- rozhovor;
- umenie počúvať;
- zdieľanie;
- atmosféra dôvery;
- zotrvávanie a spoločné prežívanie chvíľ v tichu;
- neverbálna komunikácia.

Sprevádzajúca osoba je nablízku, ale nevnucuje sprevádzanému svoju cestu. Prijíma na seba akoby úlohu „katalyzátora". Ide predovšetkým o vzťah**.** Predpokladom duchovnej služby a jej úspechu je vzťah sprevádzajúcej osoby a sprevádzaného. Takýmto spôsobom môže pomôcť chorému lekár, sestra, pacient, príbuzný, duchovná osoba a všetci zainteresovaní.[288]

Mnoho pacientov sa zveruje so svojimi otázkami a problémami v duchovnej oblasti na tých pracovníkov, ku ktorým má najdôvernejší vzťah. Lekár alebo sestra sú osobami, na koho sa pacienti obracajú za účelom uspokojenia duchovných potrieb najčastejšie. Na všeobecnej úrovni môže (a mal by) poskytovať duchovnú službu každý, kto s pacientom prichádza do kontaktu. Sprevádzajúcim, ktorého chorý potrebuje, môže byť ktokoľvek: príbuzný, rodina, priateľ, duchovný alebo dobrovoľník. Osobu, smer a tempo určuje samotný chorý.

Pastorálna starostlivosť

Tam, kde sa stretáva skutočnosť utrpenia a blízkosť smrti, býva častejšie reflektovaná teológia. Viera človeka v chorobe prechádza obdobím skúšok ale i mimoriadnych milostí. Kresťanovi viera umožňuje načrieť hlboko do studne útechy a nádeje veľmi konkrétnym spôsobom. Chorý má možnosť uspokojiť svoje duchovné potreby prijímaním sviatostí.

[288]ZACHOVAL, J.: *K obsahu pojmu „duchovní služba."* s. 48.

Vertikálna komunikácia, viera v niečo, čo ho presahuje, napĺňa chorého duchovným obsahom a pomáha zvládať situáciu. Na jednej strane chorý túži po uzdravení, na druhej strane mu viera pomáha prijať, akceptovať situáciu, pomáha jej dať zmysel.

Fyzické i vnútorné uzdravenia nie sú rezervované iba pre niekoľkých šťastlivcov. Človek úprimne zakotvený v Bohu i ten, kto Boha zo svojho života vytláča, môže v chorobe rovnako zintenzívniť vnútorný monológ, resp. komunikovať formou modlitby a prosiť o uzdravenie. Odpoveď na modlitbu je tajomstvom. Človek si môže myslieť, že Boh neodpovedá, no odpoveďou môže byť jeho zdanlivé mlčanie. Až s odstupom času pochopí, že ticho, mlčanie, bolo odpoveďou. Bezvýhradné prijatie ťažkostí, bolesť s tým spojená, môžu viesť do hĺbky ku koreňom, ktorá paradoxne človeka obohatí o vzácne poznanie, ktorého hodnota môže prevýšiť aj ľudské zdravie. Okoliu i lekárom často zostávajú skryté vnútorné uzdravenia chorých, ktoré v perspektíve večnosti majú pre nich podstatný význam.[289]

V prípade želania vyrovnať sa s vlastným vzťahom k Bohu, pri pociťovaní potreby zbaviť sa viny, či pri iných špecificky náboženských otázkach, môže chorý potrebovať niekoho, kto má na to potrebnú kvalifikáciu danú vzdelaním alebo poverením príslušnej cirkvi.[290] Pastoračná starostlivosť má veľký význam pre pacienta, ktorý sa hlási k svojej viere. Cieľom pastoračnej starostlivosti o ťažko chorých a zomierajúcich je podpora vyrovnania sa chorého s chorobou, pomoc pri prekonávaní opustenosti, zisťovanie potrieb chorých a poskytovanie odpovedajúcej pomoci vo forme vysluhovania sviatostí. Spočíva v poskytovaní služby konkrétnemu veriacemu chorému, ďalej tým, ktorí vieru hľadajú alebo len túžia po osobnom kontakte, rozhovore či ľudskej prítomnosti.[291] Pastoračná starostlivosť nie je určená len kresťanom, ale aj človeku každého náboženstva, ako

[289]THELLIER, P.: *Zázraky, čo tým myslíte?* Bratislava: Lúč, 2006. 104s.
[290]OPATRNÝ, A.: *Víra a práce v nemocnici.* BIOETIKA Scripta bioethica roč. 4, 2004, č.1, s. 24-26.
[291]SLABÝ, A.: *Pastorální medicína a zdravotní etika.* Praha: Karolinum Univerzita Karlova 1991, 186 s.

aj ľuďom bez náboženského vyznania. V prípade pacientov-kresťanov je pastoračná starostlivosť vnímaná bližšie k predstave konkrétnej služby vo forme vysluhovania sviatostí.[292]

Duchovná starostlivosť o pacientov bola u nás roky zanedbávaná. Duchovná podpora a duchovná služba v inštitúciách boli v minulosti pacientom odopierané. V dôsledku existencie nedemokratického režimu ich poskytovanie bolo redukované na minimum. Vykonávanie niektorých úkonov bolo jednoducho nemožné a napĺňané boli skôr náhodne i keď vytrvalo. Ak sa darilo predsa len čosi realizovať, bolo to len vďaka osobnej odvahe a nasadeniu jednotlivcov. Dnes, viac ako dvadsať rokov po nežnej revolúcii, stojíme pred novou výzvou: napriek všeobecnému posunu tradičných hodnôt a rastúcej sekularizácii, neopomínať duchovnú dimenziu pacienta v čase núdze, ktorú mu prináša vážna choroba.

Literatúra:

DOŠKOVÁ, L.: *Duchovní složka člověka a jeho začlenění do ošetřovatelského procesu.* In: Studijní texty z pastorální teologie III. Služba nemocným. Olomouc: CMTF UP, Centrum Aletti, 2002, 16-20 s. ISBN 80-86045-93-5.

JENDREJOVSKÝ, J., DOBRÍKOVÁ, P.: Duchovný pohľad na sprevádzanie zomierajúcich. In: Dobríková-Porubčanová, P. a kol: *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti. Význam paliatívnej starostlivosti*. Trnava: Spolok svätého Vojtecha – Vojtech, spol. s.r.o., 2005, s.184-198. ISBN 80-7162-581-7.

OPATRNÝ, A.: *Víra a práce v nemocnici.* BIOETIKA Scripta bioethica roč. 4, 2004, č.1, 24-26 s. ISSN 1213-2977.

SLABÝ, A.: Duchovní aspekty paliativní medicíny. In: Vorlíček, Z. a kol.: *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing, 1998, s. 383-388. ISBN 80-7169-437-1.

SLABÝ, A.: *Pastorální medicína a zdravotní etika.* Praha: Karolinum Univerzita Karlova 1991, 186 s.

[292] PRÁŠILOVÁ, M.: *Duchovné a pastorálne sprevádzanie chorých a zomierajúcich v nemocnici.* Evanjelická diakonia Evanjelickej cirkvi a.v. na Slovensku, 2003. 40 s.

ŠKRLOVÁ, M.: *Role sestry v duchovní dimenzi pacienta.* In: Studijní texty z pastorální teologie III. Služba nemocným. Olomouc: CMTF UP, Centrum Aletti, 2002, s. 37-45. ISBN 80-86045-93-5.
THELLIER, P.: *Zázraky, čo tým myslíte?* Bratislava: Lúč, 2006. 104s. ISBN 80-7114-574-2.
ZACHOVAL, J.: *K obsahu pojmu „duchovní služba"*. In: Studijní texty z pastorální teologie III. Služba nemocným. Olomouc: CMTF UP Centrum Aletti 2002, s. 46-52. ISBN 80-86045-93-5.

Kontakt:

MUDr. Jana Trizuljaková, PhD.
Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LFUK
Sasinkova 2, 813 72 Bratislava,
jana.trizuljakova@fmed.uniba.sk

Duchovná služba v paliatívnej a hospicovej starostlivosti

Vansač Peter

Abstrakt: Duchovná služba patrí do komplexnej starostlivosti o klienta a v paliativneje hospicovej starostlivosti. Je nešťastie choroba? Snažíme sa dať odpoveď na túto otázku vo svetle Starého a Nového zákona. Choroba a utrpenie, je možné pochopiť len vo svetle Kristovho utrpenia na kríži a vo svetle jeho slávnej vzkriesenie. Táto nádej by mala byť myšlienkou pre sociálnych pracovníkov a kňazov pre klientov, ktorí sú v hospicovej a paliatívnej starostlivosti.
Kľúčové slová: Duchovné službe. Paliatívnej starostlivosti. Utrpenie. Ochorenie. Sviatosti.

Spiritual Front palliative and hospice care

Abstract: The spiritual ministry belongs to the complex care about client in lpalliative and hispice care. Does a misery make a sense? We try to give an answer for this question in a light of the Old and New Testament. An illness and suffering is possible to understand only in a light of Christ´s misery on the cross and in a light of his famous resurrection. This hope should be given by social workers and priests to clients, who are in a hospice and in a palliative care.
Key words: The spiritual ministry. Palliative care. A misery. An illness. The Sacraments.

Úvod

Obyčajne zvyknú ľudia povedať: „*Pokiaľ je človek zdravý, tak je všetko v poriadku, horšie keď ochorie*“. V tejto ľudovej múdrosti sa skrýva veľká pravda, pretože keď je človek zdravý, sám sa teší zo života, má svoje plány, zamestnanie, koníčky, rodinu, priateľov a známych. Keď ochorie, postupne všetko stráca a ostáva mu len jeho choroba. Aký má zmysel choroba a utrpenie? Potrebuje chorý človek duchovnú pomoc? Aké formy duchovnej pomoci môžeme poskytnúť človeku, ktorý je

v termálnom štádiu svojej choroby? V nasledujúcom príspevku sa budeme zaoberať odpoveďami na tieto otázky.

Zmysel utrpenia v ľudskom živote

V osobnom rozvoji zdravého človeka jestvujú životné momenty, kedy je potrebné urobiť rozhodnutie o osude vlastného života, jeho štýlu a ďalšieho smerovania. Voľba povolania sa často viaže na celý život. Akokoľvek sa človek rozhodne, musí si byť vedomí, že za svoje rozhodnutie nesie aj zodpovednosť. Zodpovednosť je najosobnejší znak a znamená, že osoba je natoľko slobodná, nakoľko nesie zodpovednosť za svoje skutky. Zdravý človek nosí v sebe ambície niečo dosiahnuť a obrovský potenciál aktivít.[293]

Podľa pápeža Benedikta XVI. podobne ako činnosť, aj utrpenie je súčasťou ľudskej existencie.[294] Na otázku nemeckého novinára Petra Seewalda: Či nebrzdila choroba Jána Pavla II. návrhy reforiem, ktoré by sa už dávnejšie uskutočnili? pápež Benedikt XVI. odpovedal takto: *„Ani čas utrpenia [Jána Pavla II.] nebol prázdnym časom. Myslím si, že pre samotnú Cirkev bolo veľmi dôležité, aby práve po takej veľkej aktivite mohla vidieť aj lekciu utrpenia, že Cirkev možno viesť aj prostredníctvom bolesti a že práve utrpením Cirkev dozrieva a žije“.*[295] Utrpenie a bolesť sú hlboko zakorenené v ľudskom živote. Zmysel bolesti nemožno pochopiť bez Božieho slova. Človekovi pripútanému na lôžko sa natíska veľa otázok: Prečo som chorý práve ja? Prečo mám túto chorobu? Prečo ma bolesť tak neznesiteľne trápi? Ján Pavol II. v apoštolskom liste o kresťanskom zmysle ľudského utrpenia píše, že človek pohnuto s oprávneným úžasom a úzkosťou môže sa spytovať Boha na tieto otázky. Boh však tieto otázky očakáva a počúva a vo svetle svojho Zjavenia dáva odpoveď. V knihe o Jóbovi nachádzame

[293]Porov. NOWAK, J.A.: *Osobowość sakramentalna*, Katolicky Universytet Lubelski, Lublin 1997, s. 114.
[294]Porov. BENEDIKT XVI.: *Spe salvi*, Encyklika pápeža Benedikta XVI. o kresťanskej nádeji, Spolok svätého Vojtecha 2008, čl. 36.
[295]SEEWALD, P.: *Svetlo sveta, Pápež, Cirkev a znamenia čias,* Benedikt XVI. unikátny rozhovor, Don Bosco 2011. s. 92.

takúto odpoveď. História Jóba ako spravodlivého muža je známa. Je nevinný, a predsa ho skúšajú nespočetné utrpenia. Stráca majetok, synov a dcéry a nakoniec ho postihne ťažká choroba. Keď sa nachádza v tomto hroznom stave, prichádzajú do jeho domu traja dávni priatelia, ktorí sa usilujú usvedčiť ho z nejakého ťažkého hriechu, keď ho zasiahli toľké a strašné utrpenia. Lebo hovoria, že utrpenia zasahujú človeka vždy iba ako trest za nejaký prečin. Myslia si, že bolesť sa môže chápať iba ako trest za hriech, teda výlučne vo sfére Božej spravodlivosti, ktorá dobro odmeňuje dobrom a zlo zlom. No Jób popiera pravdivosť zásady, ktorá pripisuje utrpenie trestu za hriech. Koná tak na základe vlastnej skúsenosti. Aj sám Boh vyčíta jeho priateľom ich obvinenia a vyhlasuje, že Jób je nevinný. Jeho utrpenie je utrpením nevinného. Utrpením Boh skúša Jóba, aby dokázal jeho spravodlivosť. V tomto prípade podľa Jána Pavla II. utrpenie má povahu skúšky. [296]

V Novom zákone na zmysel ľudského utrpenia nachádzame mnohé odpovede, ktoré sú spojené s mesiášskym poslaním Ježiša Krista. V Jánovom evanjeliu čítame o tom, ako Ježiš stretol človeka slepého od narodenia. *„Jeho učeníci sa ho spýtali: Rabbi, kto zhrešil – on alebo jeho rodičia – že sa narodil slepý? Ježiš odpovedal: Nezhrešil ani on, ani jeho rodičia, ale majú sa na ňom zjaviť Božie skutky. Musíme konať skutky toho, ktorý ma poslal, dokiaľ je deň"* (Jn 9, 2 – 4). Na chorom človeku sa mala potvrdiť skutočnosť, že Ježiš je opravdivým Mesiášom. Ako slepý sám povedal: *„Od vekov nebolo počuť, že by bol niekto otvoril oči slepému od narodenia. Keby on nebol od Boha..."* (Jn 9, 32-33). Vo svojej mesiášskej činnosti uprostred izraelského ľudu, Kristus bez prestania sa približoval k svetu ľudského utrpenia. *„On kade chodil, dobre robil"* (Sk 10, 38).

Podľa Jána Pavla II. počas pozemského života, Kristus kráčal v ústrety vlastnému utrpeniu s vedomím o jeho spásonosnej sile. Hĺbka Kristovej obety spočíva v tom, že On, hoci je nevinný,

[296]JÁN PAVOL II, *Slavifici doloris*, Apoštolský list o kresťanskom zmysle ľudského utrpenia, Spolok Svätého VojtechaTrnava 1998, čl. 10, 11.

berie na seba utrpenie všetkých ľudí, pretože berie na seba hriechy všetkých ľudí. Každý hriech človeka vo svoje šírke a v hĺbke sa stáva príčinou Vykupiteľovho utrpenia. Ak sa utrpenie meria vytrpeným zlom, potom slová proroka Izaiáša: *„Vskutku on niesol naše choroby a našimi bôľmi sa on obťažil“* (Iz 53, 2-6) nám pomôžu pochopiť veľkosť zla a utrpenia, ktoré Kristus vzal na seba. Môže sa povedať, že jeho utrpenie je predovšetkým výkupným utrpením.[297] Nevinný Baránok trpel na kríži, aby spasil svet. Chorí majú dopĺňať na svojom tele, čo chýba Kristovmu utrpeniu, pre dobro jeho tela – Cirkev (porov. Kol 1, 24). Ako more prijme do seba aj najmenšie kvapky dažďa, ktoré potom spolu s inými nesú aj veľké lode, tak kvapky ľudskej bolesti spojené s Ježišovou obetou prinášajú spásu svetu. Z toho vyplýva, že chorým, ktorí znášajú utrpenie ako páľavu dňa, môžeme povedať: *„nie ste zbytoční“* ani *„neužitoční“*. *„Máte významné miesto v ľudskej spoločnosti a vaše utrpenie má duchovnú hodnotu – hodnotu večnosti“*.[298] V hospicovej a paliatívnej starostlivosti svoju úlohu má nielen lekár a sestra, ale aj rodina, psychológ, kňaz a všetci ľudia dobrej vôle, ktorí vo vzájomnej spolupráci neopúšťajú klienta, aj keď vidina na uzdravenie je nereálna a liečebnú aktivitu je potrebné presunúť do zabezpečenia možnej kvality života.[299]

Potreba duchovnej služby v paliatívnej a hospicovej starostlivosti

Hospice sú miestom, kde sa naplno uskutočňuje paliatívna starostlivosť. Paliatívna starostlivosť znamená kompletnú starostlivosť o klientov, ktorých choroba neodpovedá na kuratívnu liečbu. Najdôležitejšou úlohou je kontrola bolesti a riešenie psychologických, sociálnych a spirituálnych problémov

[297]JÁN PAVOL II, *Slavifici doloris*, Apoštolský list o kresťanskom zmysle ľudského utrpenia, Spolok Svätého VojtechaTrnava 1998, čl. 17.
[298]Porov. VRABLEC, Š.: *Je niekto z vás chorý?*, Slovenský ústav sv. Cyrila a Metoda Rím 1974, s. 9.
[299]Porov. ŠTEFKO, A.: *Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a zomieraní*, Bratislava 2003, s. 115.

tak, aby bola zabezpečená čo najlepšia kvalita života klienta.[300] Bez ohľadu na to, kde je hospicová alebo paliatívna starostlivosť poskytovaná, vždy je dôležité, aby starostlivosť bola komplexná, aby boli uspokojované všetky potreby klienta. Túto komplexnú starostlivosť nie je možné poskytovať bez uplatňovania tzv. holistického prístupu. Je to starostlivosť, ktorá rešpektuje potreby tela, mysle i ducha.[301]

Samostatnú kapitolu pomoci klientovi v hospicovej starostlivosti tvorí duchovná služba, ktorú môže poskytovať skúsený veriaci človek – sociálny pracovník, ošetrovateľ, dobrovoľník a kňaz. Správna a efektívna saturácia duchovných potrieb znamená pre klienta veľkú pomoc. Klient v hospicovej a paliatívnej starostlivosti naplnený duchovnými potrebami a vyriešenou spiritualitou je vyrovnaný a má sebe vnútorný pokoj, nemá konflikty s okolím, vie prijať svoju bolesť a utrpenie, je vyrovnaný zo smrťou, vyžaruje z neho harmónia a nádej.[302] Benedikt XVI. v encyklike Spe salvi píše, že: *„schopnosť trpieť však závisí od druhu nádeje, ktorú nosíme vo svojom vnútri a na ktorej staviame“*.[303]

Formy duchovnej služby v paliatívnej a hospicovej starostlivosti

Klienti v hospicovej a paliatívnej starostlivosti, ktorí si uvedomujú vážnosť svojej choroby, potrebujú na začiatku prítomnosť človeka na zvládnutie svojej situácie v ktorej sa ocitli, neraz aj zo stavu úplného zdravia. Preto je potrebný záujem zo strany pracovníkov, hospicového tímu. V rámci duchovnej služby v paliatívnej starostlivosti je najdôležitejšia komunikácia,

[300]Porov. ŠTEFKO, A.: *Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a zomieraní*, Bratislava 2003, s. 116.
[301]Porov. LACA, S.: *Paliatívna a hospicová starostlivosť ako súčasť etiky života*, In: MÁTEL, A. – SCHAVEL, M. – MÜHLPACHR, P. – ROMAN, T. 2010. *Aplikovaná etika v sociálne práci a ďalších pomáhajúcich profesiách.* Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, s. 224.
[302]Porov. MALÍKOVÁ, E.: *Péče o seniori v pobytových sociálních zařízeních*, Grada Publishing Praha 2011, s. 272-274.
[303]BENEDIKT XVI.: *Spe salvi*, Encyklika pápeža Benedikta XVI. o kresťanskej nádeji, Spolok svätého Vojtecha 2008, čl. 39.

lebo ona otvára cestu k dialógu. Ona sa vždy nemusí prejaviť verbálne. Aj stisk ruky môže byť veľkým povzbudením najmä pre človeka, ktorý ma pocit opustenosti.[304] Komunikácia otvára cestu k **modlitbe**, ktorá je alebo sa môže stáť obrovskou posilou pre klienta. Ako pripomína Svätý Otec Benedikt XVI., že to čo človek vyriekne pri modlitbe, neodchádza do prázdna. Nie je fikciou na dosiahnutie duševného výkonu alebo upokojenia. Modlitba mieri ku skutočnosti. Ak teda človek zaujíma postoj modliaceho sa, prekročí sám seba a otvára priestor pre Boha, v ktorom on bude môcť konať v chorom človeku a skrze chorého.[305] Modliť sa je životnou potrebou. Prostredníctvom modlitby môže zomierajúci človek preklenúť všetky napätia a tým získať vnútorný pokoj. [306] V pastoračnej praxi sa odporúčajú jednoduché modlitby, ktoré klient pozná a môže sa zapojiť do modlitby aj sám. Takouto vhodnou modlitbou je ruženec k Božiemu milosrdenstvu. Je jedným z prostriedkov na vyprosenie milosti pre zomierajúcich.

Veľmi dôležitou formou duchovnej služby v hospicovej a paliatívnej starostlivosti sú **sviatosti**. Katechizmus Katolíckej cirkvi zdôrazňuje, že sviatosti sa týkajú všetkých etáp a dôležitých chvíľ života človeka.[307] Klienti v paliatívnej a hospicovej starostlivosti, môžu prijímať tieto sviatosti: sviatosť zmierenia, Eucharistia a pomazanie nemocných. Cestu k prijatiu sviatostí, ktoré možno udeliť chorému, môže kňazovi pripraviť skúsený veriaci človek, ktorému chorý dôveruje. Najmä tam, kde kontinuita pristupovania ku sviatosti bola prerušená a je potrebná aj pastoračná príprava – katechéza, ktorá by obsahovala základné poučenie.[308] Vo sviatosti **zmierenia** môže spovedník kajúcnikovi

[304]Porov. ŠTEFKO, A.: *Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a zomieraní*, Bratislava 2003, s. 118.
[305]Porov. BENEDIKT XVI.: *Beruhrt vom Unischbaren. Freiburg im Breisgau*: Verlag Herder, 2005, s. 233.
[306]Porov. ŠTEFKO, A.: *Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a zomieraní*, Bratislava 2003, s. 122.
[307]KATECHIZMUS KATOLÍCKEJ CIRKVI.: čl. 1210.
[308]Porov. ŠTEFKO, A.: *Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a zomieraní*, Bratislava 2003, s. 122 - 123.

dodať odvahy, aby k chorobe pristupoval aktívne. Psychická rezignácia, ktorá sa prejavuje beznádejou a bezradnosťou, veľmi sťažuje medicínsku terapiu. Kajúcnik nosí v sebe veľakrát falošné presvedčenie, že nemá zmysel, aby o život bojoval. Oddáva sa fatalizmu, ktorý paralyzuje vôľu a deštruktívne pôsobí v hospicovom prostredí. Spovedník má posilniť presvedčenie chorého, že život je Božím darom, treba ho prijať a bojovať oň s rôznymi protivenstvami osudu.[309] Celá účinnosť pokánia je v tom, že kajúcnikovi navracia Božiu milosť a spája ho s Bohom v dokonalom priateľstve. Tí, ktorí prijímajú sviatosť pokánia so skrušeným srdcom a s nábožnosťou, zvyčajne zavládne pokoj a spokojnosť svedomia spolu so silnou duchovnou útechou.[310]

Chorý, ktorý sa nachádza v milosti posväcujúcej môže prijať **Eucharistiu**, ktorá posilňuje v ňom lásku a užšie sa zjednocuje s Kristom. Tým, čo opúšťajú tento život, Cirkev udeľuje Eucharistiu ako **viatikum** (pokrm na cestu). Prijatie Kristovho tela a krvi v tejto chvíli prechodu k Otcovi má osobitný význam a dôležitosť a podľa Pánových slov: "Kto je moje telo a pije moju krv, má večný život a ja ho vzkriesim v posledný deň" (Jn 6, 54). [311]

V chorobe sa človek cíti mimoriadne ohrozený. V Ježišovom pozemskom živote ho často vyhľadávali chorí a snažili sa ho *„dotknúť, lebo vychádzala z neho sila a uzdravovala všetkých"* (Lk 6, 19). Pán Ježiš ustanovil sviatosť **pomazania chorých**, aby udelil pokoj a silu chorému a dal mu silu ku všetkým telesným a duševným zápasom na jeho poslednej ceste. Väčšina chorých, ktorí sa ocitnú v ohrození života, intuitívne cítia, že v danom okamihu je pre nich najdôležitejšie primknúť sa k tomu, ktorý premohol smrť a je život sám – k Ježišovi, Spasiteľovi. [312] Slávenie tejto sviatosti spočíva v pomazaní chorého olejom na

[309]Porov. AUGUSTYN, J.: *Umenie spovedať, Poradca pre kňazov aj laikov*, Dobra kniha Trnava, Spolok svätého Vojtecha, Trnava 2010, s. 343.
[310]KKC: 1468.
[311]KATECHIZMUS KATOLÍCKEJ CIRKVI.: 1394, 1396, 1524.
[312]Porov. YOUCAT, KATECHIZMUS KATOLÍCKEJ CIRKVI PRE MLADÝCH, Karmelitánske nakladateľstvo Bratislava 2011, s. 140-142.

čele a rukách (v rímskom obrade) alebo na iných častiach tela (vo východnej cirkvi). Toto pomazanie sprevádza liturgická modlitba kňaza, ktorý vyprosuje chorému uzdravujúcu milosť na duši i na tele.[313]

Záver

Vážna choroba pohlcuje celého človeka tak, že mu často nedáva čas a priestor nielen na prácu, ale ani na oddych. Často takýto človek sa nachádza v telesnej a duchovnej bezradnosti. Účinná pomoc klientovi v duchovnej oblasti mu odhaľuje nové dimenzie života, ktoré sú v moci Ježiša Krista, nášho Boha a Spasiteľa.

Literatúra:

AUGUSTYN, J.: *Umenie spovedať, Poradca pre kňazov aj laikov*, Dobra kniha Trnava Spolok svätého Vojtecha, Trnava 2010, s. 436, ISBN 978-80-7162-8444-6

BENEDIKT XVI.: *Beruhrt vom Unischbaren. Freiburg im Breisgau*: Verlag Herder, 2005, ISBN: 3451290634

BENEDIKT XVI.: *Spe salvi*, Encyklika pápeža Benedikta XVI. o kresťanskej nádeji,
Spolok svätého Vojtecha 2008, s. 62, ISBN 80-7162-594-9

JÁN PAVOL II, *Slavifici doloris*, Apoštolský list o kresťanskom zmysle ľudského utrpenia, Spolok Svätého VojtechaTrnava 1998, s. 81, ISBN 80-7162-243-5

KATECHIZMUS KATOLÍCKEJ CIRKVI. Trnava, 1999, s. 918, ISBN 80-7162-259-12007

LACA, S.: *Paliatívna a hospicová starostlivosť ako súčasť etiky života*, In: MÁTEL, A. – SCHAVEL, M. – MÜHLPACHR, P. – ROMAN, T. 2010. *Aplikovaná etika v sociálne práci a ďalších pomáhajúcich profesiách*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, ISBN 978-80-89271-89-4.

MALÍKOVÁ, E.: *Péče o seniori v pobytových sociálních zařízeních*, Grada Publishing,
Praha 2011, s. 328, ISBN 978-80-247-3148-3

[313]Porov. ŠTEFKO, A.: *Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a zomieraní*, Bratislava 2003, s.128.

NOWAK, J.A.: *Osobowość sakramentalna*, Katolicky Universytet Lubelski, Lublin 1997,
s. 130, ISBN 83-228-0453-9
SEEWALD, P.: *Svetlo sveta, Pápež, Cirkev a znamenia čias*, Benedikt XVI. unikátny rozhovor, Don Bosco 2011, s. 226, ISBN 978-80-8074-138-9
SVÄTÉ PÍSMO STARÉHO I NOVÉHO ZÁKONA**.:** Spolok svätého Vojtecha Trnava 1998, ISBN 80-7162-236-2
ŠTEFKO, A.: *Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a zomieraní*, Bratislava 2003, s. 145, ISBN 80-7141-429-8
VRABLEC, Š.: *Je niekto z vás chorý?*, Slovenský ústav sv. Cyrila a Metoda Rím 1974, s. 77.
YOUCAT, KATECHIZMUS KATOLÍCKEJ CIRKVI PRE MLADÝCH, Karmelitánske nakladateľstvo Bratislava 2011, s.301, ISBN 978-80-89231-93-5.

Kontakt:

ThDr. Peter Vansač, PhD.
Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča v Prešove, Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, v Bratislave
Dilongova č. 13, 080 01 Prešov
pvansac@sinet.sk

Terminálna starostlivosť v pomáhajúcich profesiách

Wiczmándyová Darina, Murgová Anna

Abstrakt: Starostlivosť v pomáhajúcich profesiách ako starostlivosť zlepšujúca kvalitu života, nadobúda v poslednom desaťročí väčší význam vzhľadom na každoročný nárast nových prípadov malígnych ochorení, ale aj na starnutie populácie. Na poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti v terminálnom štádiu je potrebný erudovaný personál, ktorý bude schopný v spolupráci s odborníkmi v danej oblasti, poskytnúť oporu pacientovi a aj jeho rodine v čase krízy.
Kľúčové slová: Pomáhajúce profesie, Tanatológia, Terminálna starostlivosť, Uspokojovanie potrieb.

Terminal care in helping professions

Abstract: Care in helping professions such as care for improving quality of life, has been gaining on importance in the last decade, because of the annual increase in new cases of malignant diseases, but also because of aging population. To provide quality nursing care in end stage requires knowledgeable staff that will be able, in collaboration with experts in the field, to provide support to the patient and his family in times of crisis.
Keywords: Helping professions, Thanatology, Terminal care, Satisfying needs.

Terminálna starostlivosť

Terminálna starostlivosť je súčasťou paliatívnej starostlivosti, ktorá predstavuje starostlivosť o pacienta s nevyliečiteľným ochorením a zomierajúceho pacienta v posledných dňoch a hodinách pred úmrtím. Podľa koncepcie kontinuálnej starostlivosti (WHO Technical Series Report 804 Geneva, SZO1990) „Je terminálne štádium ochorenia obdobie, keď už nepredpokladáme žiadne zlepšenie ani najagresívnejšou liečbou. Toto obdobie môže byť rozdielne dlho, ale umieranie - skutočná terminálna fáza ochorenia, predstavuje niekoľko hodín, dní, najviac týždeň."

Terminálna starostlivosť v zásadných princípoch zahrňuje starostlivosť klinickú, medikamentóznu, ošetrovateľskú, psychologickú, sociálnu a spirituálnu.

Za zomierajúcich pokladáme osoby, u ktorých sa zistila diagnóza nevyliečiteľnej choroby, ktorej priebeh sa nedá zmeniť liečbou a nedá sa ani zabrániť smrti. Úmrtie týchto chorých sa obvykle očakáva do 6 mesiacov. Ide o choroby, ktoré sa rutinne označujú ako terminálne (Litomierský, Krajčik, Šauša, 1997).

Zavŕšením ľudského života je smrť. Pojem umierania je v lekárskej terminológii synonymom terminálneho stavu. Smrť je normálny fyzikálny fenomén, spájaný so zánikom integrovanej činnosti mozgu, ale nemožno oddeľovať od seba smrť a umieranie iba preto, že zomieranie je v kompetencii paliatívnej medicíny.

Paliatívna starostlivosť

Starostlivosť o chorých v terminálnom štádiu je súčasťou **paliatívnej starostlivosti**. Paliatívna medicína je špecializovaný odbor, ktorý sa zaoberá diagnostikou a liečbou pacientov s chronickou nevyliečiteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním. Cieľom paliatívnej medicíny je udržanie najvyššej možnej kvality života pacienta až do jeho smrti.

Paliatívna starostlivosť (WHO,2002) je prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín zoči-voči život ohrozujúcemu ochoreniu tak, že včas identifikuje a neodkladne diagnostikuje a lieči bolesť a iné fyzické, psychosociálne a duchovné problémy a tým predchádza a zmierňuje utrpenie (Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti, 2006).

Paliatívna starostlivosť zahŕňa:

1. zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytuje lekár,
2. ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú sestrou, zdravotníckym asistentom, sanitárom,
3. rehabilitačnú starostlivosť, ktorú zabezpečuje fyzioterapeut,
4. psychickú starostlivosť, ktorú zabezpečuje psychológ,

5. duchovnú starostlivosť a sociálne poradenstvo.
(Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti, 2006. z. č. 576/2004 a doplnení z. č. 350/2005).

Podľa definície Americkej akadémie hospicovej a paliatívnej medicíny je paliatívna starostlivosť kompletná, špecializovaná starostlivosť poskytovaná interdisciplinárnym tímom pacientom a ich rodinám, ktorých život ohrozuje choroba, alebo vážne ochorenie v pokročilom štádiu, od ktorého sa očakáva, že bude viesť k umieraniu a kde sa takáto starostlivosť sústredí na utrpenie, pozdvihnutie a zlepšenie kvality života.

Úlohou paliatívnej starostlivosti je:

- zlepšiť kvalitu života až do smrti,
- poskytnúť klientovi úľavu od bolesti a iných závažných symptómov ochorenia,
- zmierniť utrpenie klienta a stabilizovať jeho zdravotný stav,
- neurýchľovať ani neodďaľovať smrť,
- zabezpečiť klientovi komplexnú liečbu a starostlivosť tímom pracovníkov s odbornou spôsobilosťou,
- integrovať psychologické a spirituálne aspekty starostlivosti o klienta,
- poskytovať podporný systém, aby klient mohol žiť najaktívnejšie až do smrti,
- poskytovať pomoc príbuzným, blízkym osobám klienta na zvládnutie problémov počas jeho choroby a aj po jeho smrti v čase smútenia.

Paliatívna starostlivosť ponúka umierajúcim a ich blízkym podporu a pomoc. Kladie dôraz na zachovanie ľudskej dôstojnosti pacienta a na kvalitu jeho života. Dokáže úspešne zvládnuť bolesť a ďalšie symptómy v záveru života. Dokáže podporovať život a umieranie považuje za normálny proces (Klevetová, 2004).

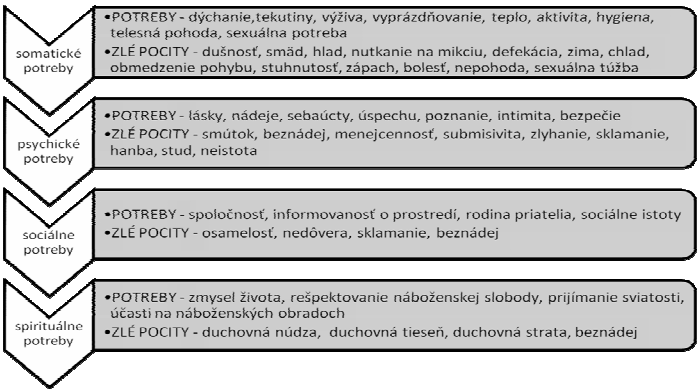
Elizabet Kubler-Rossová (Svatošová,2001) na základe svojich dlhoročných skúsenosti s ťažko chorými a umierajúcimi pacientmi popísala jednotlivé fázy umierania: negácia, agresivita, dohadovanie, depresia, zmierenie. Tieto fázy aj keď sú zoradené za sebou, nemusia vždy nasledovať presne za sebou. Často sa

z nich opakovane vracajú striedajú, prelínajú, môže sa stať, že niektorá chýba (Kozierová, Erbová, Olivieriová,2004).

Uspokojovanie bio-psycho-sociálno- spirituálnych potrieb

Starostlivosť o terminálnych klientov spočíva v upokojovaní bio-psycho-sociálno-spirituálnych potrieb. Na človeka nazeráme ako na mnohodimenzionálnu bytosť, pretože má psychickú, duchovnú a sociálnu dimenziu. V súčasnosti sa presadzuje celostný pohľad na človeka - holistický prístup. Z toho vyplýva, že okrem základných biologických potrieb, prichádzajú do úvahy aj potreby psychické, sociálne a duchovné.

Tab. 1 : Prehľad základných pocitov neuspokojených potrieb (Kuberová, 2003)



Biologické potreby sú považované pri liečbe pacienta za najdôležitejšie a ostatné potreby sa považujú za nepodstatné. V praktickej rovine je veľmi dôležité naplnenie sociálnych, psychologických a spirituálnych potrieb pacienta (Porubčanová, 2003).

Psychické potreby umierajúceho sprevádzajú obavy, úzkosť, strach. Strach o blízkych, strach z umierania, strach zo smrti, strach z neznáma, strach z bolesti. Úzkosťou rozumieme neurčitý pocit obáv a tiesne. Ide o obavy z vlastnej existencie, vlastného bytia. Strach je hrozivý pocit, strach z nebezpečenstva.

U terminálnych klientov je to hlavne strach zo smrti. Efektívna verbálna a neverbálna komunikácia môže tieto negatívne pocity u klientov eliminovať. Obyčajný stisk ruky pohladenie pomôže klientovi prekonať ťažké chvíle, svojho ťažkého obdobia (Porubčanová, 2003). Dôležitou psychickou potrebou je aj pre umierajúceho **potreba rešpektovania ľudskej dôstojnosti**. Každý človek je jedinečnou neopakovateľnou bytosťou, ktorý má vo všetkých svojich etapách života určite poslanie (Svatošová, 2001).

Sociálne potreby sú človeku vlastné. Nežije izolovane a izolovane nechce trpieť a zomierať. Klient túži po návštevách a potrebuje ich nie ale vždy a nie všetky. Túži po návštevách svojich blízkych, ktorých má rád. Klient túži po sociálnych kontaktoch a je preto nevihnutné vytvárať také podmienky, aby boli tieto potreby naplnené.

Spirituálne potreby, alebo tiež duchovné potreby pacienta nie sú to isté, čo potreby psychologické, s ktorými sa často zamieňajú. Ide o hlbšiu a osobnejšiu angažovanosť v zdieľaní sa s pacientom na tej najhlbšej úrovní. Vyžaduje si väčšiu mieru súkromia, často osobnosť duchovného, hľadanie pravdy v sebe samom. (Svatašová,2001).

Priorita potrieb klienta sa v priebehu choroby mení. Na začiatku ochorobenia sú v popredí záujmu pacienta potreby telesne, v terminálnom štádiu sú to okrem potreby zvládnuť bolesť, práve potreby duchovné (Svätošová,2001). Toto tvrdenie podporuje aj americká spoločnosť klinickej onkológie, ktorá zaujala stanovisko, že spirituálne potreby sú centrálnymi v posledných chvíľach života človeka.

Starostlivosť o terminálne chorých nikdy nebola ideálna, ale pretechnizovaním medicíny sa stala chladnou a odosobnenou, takže dnes môžeme konštatovať, že ešte nikdy človek nezomieral v takej izolácii, v takej absolútnej samote. Je známe, že väčšina ľudí mnoho dôležitých veci odkladá. Iba oznámenie pravdivej prognózy mnohým môže zmobilizovať posledné sily k možno najdôležitejším rozhodnutiam a činu v živote.

Tanatológia

Tanatológia je interdisciplinárny vedný odbor o smrti a o všetkých fenoménoch, ktoré sú s ňou spojené. Názov je odvodený od mena gréckeho boha smrteľnosti spánku a smrti. Thanatos, brat Hypnov je spravidla zobrazovaný ako okrídlený spiaci mládenec s vyhasinujúcou pochodňou (Haškovcová, 2000).

Fázy umierania:

- Fáza agónia – zlyhanie tkanív až zanikanie ich životných funkcií
- Klinická smrť – chýbanie vonkajších prejavov základných životných funkcií
- Biologická smrť – keď mozog neprejavuje žiadnu aktivitu

Kvalita života nevyliečiteľného chorého a zomierajúceho je vizitkou úrovne poskytnutej starostlivosti. Ošetrujúci personál v pomáhajúcich profesiách ku ktorým patrí ošetrovateľstvo i sociálna práca, musí mať dostatočné komunikačné zručnosti a schopnosti na zisťovanie informácií o pacientovi, musia mať dostatok síl, odhodlania, priateľský postoj, lásku záujem a ochotu pomôcť pacientovi a jeho blízkym. (Dobriková-Porubčanová, 2005). Je nevyhnutné rešpektovať a riadiť sa, dodržiavať a uplatňovať práva zomierajúcich.

Práva zomierajúcich

- *Mám právo na to, aby sa so mnou zaobchádzalo ako so živým človekom až do mojej smrti.*
- *Mám právo udržiavať si nádej, nech už sa zameria na čokoľvek.*
- *Mám pravo na poskytovanie starostlivosti ľuďmi, ktorí dokážu udržať moju nádej, nech už sa situácia zmení akokoľvek.*
- *Mám právo vyjadriť svoje city týkajúce sa blížiacej smrti, a to svojím vlastným spôsobom.*
- *Mám právo zúčastniť sa na rozhodnutiach, ktoré sa týkajú starostlivosti o mňa samého.*
- *Mám právo očakávať nepretržitý medicínsky a ošetrovateľský záujem o mňa samého, aj keď sa budú musieť „liečebné“ ciele nahradiť cieľmi sledujúcimi udržanie mojej „pohody“.*
- *Mám právo na to aby som nezomieral osamotený.*

- *Mám právo na oslobodenie od bolesti.*
- *Mám právo na čestné odpovede na moje otázky.*
- *Mám právo na to, aby ma nikto neklamal.*
- *Mám právo na to, aby mi vo chvíli, keď si uvedomím hroziacu smrť, pomohla moja rodina a pomoc bola poskytnutá aj mojim blízkym.*
- *Mám pravo zomrieť pokojne a dôstojne.*
- *Mám právo ponechať si svoju individualitu a nebyť súdený za moje rozhodnutia, ktoré môžu byť v protiklade so stanoviskami iných.*
- *Mám právo na rozhovory a rozširovanie svojich náboženských alebo duchovných názorov bez ohľadu na to, čo znamenajú pre iných.*
- *Mám právo očakávať, že neporušiteľnosť ľudského tela sa bude rešpektovať aj po smrti.*
- *Mám právo na to, aby sa o mňa starali citliví, starostliví a skúsený ľudia, ktorí sa budú snažiť porozumieť mojim potrebám a ktorým prinesie*
- *ich konanie pri konfrontácii so smrťou určité uspokojenie.*

Literatúra:

DOBRIKOVÁ-PORUBČANOVÁ, P. et al. 2005. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti* 1.vyd. Trnava: spolok svätého Vojtecha- Vojtech, spol.s.r.o., 2005. 182s. ISBN 80- 7162-581-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2000. *Thanatológie. Nauka o umíraní a smrti*. 2.vyd. Praha: Galén, 2000. 244s. ISBN 80-7262-034-7.

KLEVETOVÁ, D. 2004. Umíraní doma ano, ale... In *Sociální péče*. ISSN 12132330, 2004, roč. 5,č. 1, s. 5-11.

KONCEPCIA zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti č. 17463/ OZS. 19.6. 2006. MZ-SR podľa § 45 ods. 1 písmeno a) zákona č. 576/2004 Z.z o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona 350/2005 Z.z.

KOZIEROVÁ, B.- ERBOVÁ, G.- OLIVIERIOVÁ, R. 2004. *Ošetrovateľstvo1,2*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2004. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
KUBEROVÁ, H. 2003. *Vybrané kapitoly z ošetrovateľstva*. 1.vyd. Ružomberok: Edičné stredisko Pedagogickej fakulty, 2003. 105 s. ISBN 80-89039–18-9.
LITOMIERSKÝ, Š., KRAJČIK, Š., ŠAUŠA, M. 1997. Paliatívna starostlivosť a terminálne chorý starý človek. In Lekársky obzor. 1997, 46, 1: 21-23. ISSN 0457-4214.
SVATOŠOVÁ, M. 2001. Hospic Umenie sprevádzať. Bratislava: Lúč, 2001. 157 s. ISBN 80-7114-335-9.

Kontakt:

doc. PhDr. Darina Wiczmándyová, PhD.
VŠZaSP sv. Alžbety.n o. BA; DP Michalovce
Partizánska 23, 07101 Michalovce
dwiczmandy@centrum.sk

Mgr. Anna Murgová
TU FZaSP Michalovce
Námestie osloboditeľov 82, 07101 Michalovce
anna.murgova@ truni.sk

Ekonomické východiská financovania sociálnych opatrení v hospicovej a paliatívnej starostlivosti odkázaných občanov

Žák Silvester, Bugri Štefan, Pribišová Emília

Abstrakt: Formálno – právna úprava sociálnej starostlivosti definovaná v Ústave Slovenskej republiky a sociálnych zákonoch zaručuje sociálne služby v potrebnom rozsahu pre odkázaných občanov. Počet osôb v sociálnej núdzi medziročne narastá, rozsah a objem financovania sa znižuje. Spolupracujúce osoby s odbornosťou finančného manažmentu majú priebežne z roka na rok komplikovanejšiu a zložitejšiu úlohu zabezpečiť financovanie špecifickej paliatívnej 3a hospicovej starostlivosti. Ich význam, dôležitosť ich práce narastá so zhoršujúcou sa situáciou vo financovaní celého spektra sociálnej starostlivosti.
Kľučové slová: Sociálna starostlivosť, Paliatívna a hospicová starostlivosť, Spolupráca finančných manažérov.

Economic basis of financing of social measures in hospice and palliative care of dependent persons

Abstract: Formal-welfare legislation as defined in the Constitution of the Slovak Republic and social legislation to provide social services to the extent necessary for needy citizens. Number of persons in social need on-year rise, the scope and level of funding is reducing. Cooperating persons with knowledge of financial management are kept from year to year more complicated and complex task of ensuring the financing of specific palliative and hospice care. Their significance, the importance of their work increases with the worsening situation in the financing of the entire spectrum of social care.
Key words: Social care, Palliative and hospice care, Cooperation of financial managers.

V období hľadania humanistického a kresťanského obsahu v deklaráciách a hlavne v konaní slovenských činovníkov od roku 1993, v čase extrémnych rozporov v názoroch na politické,

sociálne a ekonomické smerovanie štátu, na jeho základné vývojové priority, pri jasnom rozpoznávaní nárastu bohatstva v štáte pri súčasnom náraste chudoby, nedostatku a biedy je vhodné si pripomenúť v základných normách republiky definované hodnoty a záruky vývoja. Napríklad v v preambule Ústavy Slovenskej republiky, ktoré sa odvolávajú na politické a kultúrne dedičstvo svojich predkov, zmysel cyrilo -metodského duchovného dedičstva a následných formuláciách jej článkov v znení, že každý, kto je v hmotnej núdzi má právo na takú pomoc, ktorá je nevyhnutná na zabezpečenie základných životných podmienok alebo na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na potrebné zdravotné pomôcky. Úmysel je doplnený v ďalších normách na úrovni zákonov, napríklad zákona o sociálnej pomoci, v ktorom sú definované právne vzťahy pri poskytovaní sociálnej pomoci, ktorej cieľom je zmierniť alebo prekonať s aktívnou účasťou občana sociálnu núdzu, zabraňovať príčinám jej vzniku, prehlbovaniu alebo opakovaniu porúch psychického vývinu, fyzického vývinu a sociálneho vývinu občana a zabezpečiť integráciu občana do spoločnosti. Účasť štátu ako garanta plnenia definovaných sociálnych úloh je v účasti Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR, krajských a okresných úradov, ich rozpočtových a príspevkových organizácií a oblasti verejných orgánov samosprávne kraje, mestá a obce. Ich úloha vyžaduje z roka na rok intenzívnejšiu a rozsiahlejšiu účasť a aktivity. Žiaľ definovaný zámer, spoločenská potreba a nevyhnutnosť nie je v čase plnený dostatočným spôsobom a v dostatočnom rozsahu.

Významnou silou v spoločenskom vzťahu k občanom v núdzi sú dobrovoľné združenia občanov a charita rôznych spoločenstiev, z ktorých najvýznamnejšia je katolícka charita. Žiada sa pripomenúť, že od roku 1990 bola obnovená činnosť Slovenskej katolíckej charity. Táto poskytuje materiálnu, zdravotnú a kultúrno-vzdelávaciu pomoc odkázaným a najbiednejším občanom. V Slovenskej republike je organizačne členená na desať diecéznych a arcidiecéznych charít, ktoré majú

spolu približne 1250 zamestnancov a spolupracujúcich približne 1100 dobrovoľníkov. Ročne poskytuje starostlivosť viac ako 100 000 ľudom v núdzi, poskytuje pomoc aj mimo hraníc Slovenska, napríklad organizovaním zbierok na akútnu pomoc v núdzi. Praktizuje priamu a sústavnú dobročinnosť zdôrazňujúcu pomoc ľudom v núdzi a v krízových situáciách.

Základnou a integrálnou súčasťou jej aktivít je paliatívna a hospicová starostlivosť. Obsahuje celkovú, úplnú a aktívnu starostlivosť o chorých ľudí v stave, keď už snaha o liečenie diagnostikovanej nemoci je márna. Celá starostlivosť sa tým posúva na odstraňovanie bolesti a psycho – sociálnu a duchovnú službu s cieľom optimalizovať a zlepšiť v daných, málo žičlivých podmienkach, kvalitu každodenného života bez bolesti a utrpenia, s primeranou aktivitou a aj radosťou z prežitých dní. V tomto zmysle je dôležitá aj súbežná hospicová starostlivosť, ktorá sa začína v okamihu, keď už udržanie a predlžovanie života je beznádejné a človek neodvratne smeruje k smrti – zvyčajne v období nie dlhšom ako jeden rok. Hospicová starostlivosť je organizovaná v prevažnej miere v domácom prostredí (v roku 2010 v rozsahu do 82 %), zvyšok je ústavná hospicová starostlivosť v ústavoch sociálnej starostlivosti a liečebných zariadeniach pre dlhodobo chorých.

Významnú a nezastupiteľnú úlohu pri realizácii deklarovanej sociálnej pomoci zohráva financovanie a priamo osoby zabezpečujúce označenie a vyhľadávanie možných zdrojov financovania, plánovanie objemov potrebných financií, organizovanie ich zmysluplného používania v priebežnom režime a aj konečné zúčtovanie a vyhodnotenie finančného krytia činnosti v ročnom intervale. Význam kvality finančného manažmentu narastá pri uvedomení si stavu v tom, že občan nie je povinný za poskytovanú sociálnu pomoc v základnom režime platiť. Výnimku tvoria opatrovateľská služba, súvisiace prepravné služby a komplex sociálnych služieb poskytovaných v špecializovaných zariadeniach sociálnych služieb. Občania v núdzi, ktorých príjem je nižší ako 1,2 - násobok sumy

životného minima za poskytované sociálne služby neplatia vôbec.

Financovanie spektra sociálnych služieb a sociálnej pomoci je realizované zo štátneho rozpočtu, z rozpočtu obce a mesta, z rozpočtu samosprávneho kraja, z príjmov od občanov platiacich za sociálnu službu, z darov právnických a fyzických osôb. Osobitný režim hospicovej a paliatívnej starostlivosti je financovaný v dlhodobom priemere v rozsahu viac ako 52 % potrebných priamych a nepriamych zdrojov z darov a príspevkov mimo rozpočtu obcí, miest, samosprávnych krajov a štátu.

Rozhodujúcu úlohu v zabezpečení a organizácii sústavného, nepretržitého a dlhodobo trvajúceho financovania paliatívnej a hospicovej starostlivosti zohráva kvalitný a kvalifikovaný finančný personál poskytovateľa, jeho odborná vyspelosť a osobitné nasadenie v celom súbore priebežne sa opakujúcich činností. V prvom rade definovanie a priame vyhľadanie subjektov, ktoré sú potenciálnymi poskytovateľmi financií, ich oslovenie, dojednanie, odôvodnenie, presvedčenie poskytovateľa o potrebe a širokom zmysle darovania voľného objemu peňazí na konkrétne definovaný sociálny účel a je zmluvné zabezpečenie. Súčasťou je kvalifikované plánovanie a rozpočtovanie potrieb finančných prostriedkov na určený účel starostlivosti, následné organizovanie ich používania v prospech zabezpečenia nevyhnutnej starostlivosti, od materiálneho a priestorového zabezpečenie, vybavenia, dodávok tepla, vody, elektriny, materiálu, odmien pracovníkom, cestovného, atď. až po zabezpečenie priameho úžitku odkázaných osôb a to za podmienok sústavného nedostatku všetkého a hlavne financií.

Finančný manažment a nároky na odbornosť pracovníkov finančného riadenia subjektov poskytujúcich paliatívnu a hospicovú starostlivosť od roku 1993 dodnes priebežne narastá. V ostatných rokoch sa úroveň financovania komplikuje a zhoršuje, zdroje sa postupne znižujú, subjektov prispievajúcich sústavne ubúda a občanov odkázaných na takto špecifickú a vysoko náročnú odbornú starostlivosť je z roka na rok viac. Príčiny nárastu sú v demografickom vývoji, v starnutí populácie,

v predlžovaní priemerného veku, starnutie populácie súčasne prináša nárast počtu chronicky a nevyliečiteľne chorých a zvyšovanie nárokov na organizovanie starostlivosti v ich prospech. Štatistické údaje o medziročnom náraste počtu osôb v starostlivosti sú alarmujúce : rok 2006 – index 1,0 , rok 2007 - 1,16, rok 2008 – 1,22, rok 2009 – 1,23 a rok 2010 – 1,25. Štatistické údaje podľa kvalifikovaného odhadu na základe prieskumnej vzorky na osobách vyžadujúcich špecifickú sociálnu starostlivosť obsahujú významne znepokojujúce údaje : rok 2006 – index 1,0, rok 2007 – 1,19, rok 2008 – 1,22, rok 2009 – 1,29, rok 2010 – 1,33. Údaje v absolútnom vyjadrení pre rok 2010 vykazujú počet odkázaných osôb vo výške 1,09 milióna.

Krízové financovanie a nedostatok v objemoch finančného zabezpečenia vyplýva z pretrvávajúcej finančnej a hospodárskej krízy, opatrení na zamedzenie ďalšieho negatívneho vývoja štátnych a verejných financií a celkového deficitného hospodárenia štátu a samosprávy a celkového poklesu tvorby zdrojov u dobrovoľných prispievateľov .

Krátke zhodnotenie dokumentuje nezastupiteľné postavenie spolupracujúcej skupiny osôb vo finančnom manažmente paliatívnej a hospicovej starostlivosti a nemožnosť jej kvalitatívneho a kvantitatívneho rozvoja bez aktívnej a odbornej účasti finančných manažérov.

Literatúra:

DRGONEC, J.: Ústava Slovenskej republiky s úvodným komentárom, Bratislava: Heuréka, 2004.
BRUCKNER, P.: Bieda prosperity, Bratislava: Kalligram, 2004.

Kontakt:

Ing. Silvester Žák, Doc. Ing. Štefan Bugri, PhD.,MPH., Ing. Emília Pribišová, PhD., MPH
Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča v Prešove,
Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, v Bratislave
Dilongova č. 13, 080 01 Prešov

ZÁVER

Vážení čitatelia, dostáva sa vám do rúk zborník, vyjadrujúci názory na momentálnu situáciu v oblasti hospicovej a paliatívnej starostlivosti u nás. Obsahuje v stručnosti mnohé skúsenosti i vedomosti overené praxou tých, ktorí sa tejto problematike rozumejú a venujú s láskou a celým svojim srdcom. Veríme, že vás osloví a bude pre vašu ďalšiu prácu v tejto významnej oblasti prínosom.

Zborník je určený tým, ktorí v tejto oblasti pracujú, ktorí ju študujú i tým, ktorí tvoria k nej legislatívu, nakoľko podáva závažné a dôležité informácie i odporúčania, ale napokon i otázky a odpovede, ako v nej pokračovať v tomto zložitom období.

Ako to už býva na každej súcej konferencii, aj na tejto - najmä v kuloároch sa nadviazali nové známosti, prehĺbili priateľstva, získali vedomosti, vymenili skúsenosti. Život však pokračuje ďalej a preto je vhodné to fluidum dobra, ktoré bolo na každom kroku cítiť, vidieť, počuť a zažiť zúročiť , prípadných chýb sa do budúcna vyvarovať a na zlo zabudnúť. Aj toto sú argumenty, ktoré organizátori berú na zreteľ pri organizovaní budúcoročnej konferencie tohto druhu, ktorá by mala byť v Prešove s tým, že sa uvažuje poskytnúť väčší priestor pre distribútorské firmy zdravotníckeho materiálu a prístrojov. Táto sekcia by však rokovala osobitne v exkluzívnych priestoroch Poľsko-slovenskom dome na Radničnom námestí v Bardejove.

Úprimne ďakujeme bez rozdielu všetkým, ktorí sa akoukoľvek mierou podieľali na príprave a realizovaní tejto medzinárodnej konferencie (vrátane vydania tohto zborníku), ktorá ponúka možnosti riešenia mnohých problémov, ťažiacich našu stále rozvíjajúcu sa spoločnosť.

Jozef Krajči a Slavomír Laca



Prohuman
Odborný internetový časopis - sociálna práca, psychológia, pedagogika, sociálna politika, zdravotníctvo, ošetrovateľstvo
http://www.prohuman.sk/
ISSN 1338-1415

Hospic Matky Terezy Bardejov



Hospic Matky Terezy je najstarším hospicom na Slovensku, ktorý dňa 01.07.2003 uviedla do prevádzky Arcidiecézna charita Košice.
Ponuká a má:
- 20 lôžok v 2-posteľových izbách so sociálnym zariadením,
- pre pacientov vstup na terasu a do záhrady,
- vyhradené miestnosti pre sociálne aktivity pacientov a ich súkromnú komunikáciu s príbuznými a s priateľmi,
- kaplnku,
- ubytovacie priestory pre príbuzných pacienta,
- respitný pobyt: komplexná hospicová starostlivosť o pacientov, ktorých umiestnenie je dočasné a nie je schválené zdravotnou poisťovňou. S cieľom eliminovať dôsledky psychosociálnej záťaže príbuzných vyplývajúcej z vykonávania starostlivosti o chorého.

Poslaním hospicu je poskytovať komplexné služby chorým v terminálnom štádiu choroby (prevažne onkologickým) zamerané na kvalitu života.

Hospic Matky Terezy
Kontaktná adresa: Pri štadióne 2, 085 01 Bardejovská Nová Ves
Telefón: 054/474 26 62
Fax: 054/474 26 63
Email: hospicbj@gmail.com
www.hospicbj.webnode.sk

Občianske združenie Hospic Božieho Milosrdenstva
Kontaktná adresa: Stoklova 9, 085 01 Bardejov
Číslo účtu: 1573726153/0200
IČO: 37797760

NA ZVONE SRDCA

(Venované Hospicu Matky Terezy v Bardejovskej Novej Vsi)

Na zvone srdca ľudská bolesť zvoní
a hlahol stúpa k domu Božiemu.
Čím bližšie k zemi viacej počuť stony,
do ktorých slzy zažínajú tmu.

Ak Boh nás skúša darom utrpenia,
aká je potom veľkosť lásky v nás?
Poklady sveta na prach sa ti zmenia,
zo slov sa sype vrúcny Otčenáš.

Tu najviac cítiš pokoru a vieru,
aj dotyk dlaní Matky Terezy
a všetko, čo ti bez ľútosti berú,
dokiaľ ti na tom ešte záleží.

Ak Boh nám dáva túto skúšku ťažkú,
ako je k nemu blízko práve tu,
kde život a smrť odkladajú masku
a láska nie je hraním na lásku.

Ján Nagajda

ISBN 978-80-8132-016-3