

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH



ETICKÉ ASPEKTY KOMUNIKÁCIE V MEDICÍNE

*Silvia Farkašová Iannaccone,
Miroslava Dulínová, Nikita Bobrov,
Iveta Cimboláková, Tatiana Kimáková*

Košice 2016

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH

Lekárska fakulta



ETICKÉ ASPEKTY KOMUNIKÁCIE V MEDICÍNE

*Silvia Farkašová Iannaccone,
Miroslava Dulínová, Nikita Bobrov,
Iveta Cimboláková, Tatiana Kimáková*



Európska únia
Európsky sociálny fond



*Moderné vzdelávanie pre vedomostnú spoločnosť/
Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ*

Publikácia vychádza ako výstup aktivity 2.2 Vytvorenie interdisciplinárnych blokov pre zlepšenie uplatnenia absolventov UPJŠ na trhu práce v rámci dopytovo-orientovaného projektu **Rozvoj inovatívnych foriem vzdelávania a podpora interdisciplinarít štúdia na Univerzite Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach (RIFIV)**, ITMS 26110230101.

ETICKÉ ASPEKTY KOMUNIKÁCIE V MEDICÍNE

Vysokoškolská učebnica

Autori: © 2016

MUDr. Silvia Farkašová Iannaccone, PhD. - *Ústav súdneho lekárstva,*

Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

MUDr. Miroslava Dulínová - *Ústav súdneho lekárstva,*

Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

MUDr. Nikita Bobrov, CSc. - *Ústav súdneho lekárstva,*

Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Ing. Iveta Cimboláková, PhD. - *Ústav patologickej fyziológie,*

Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

doc. MUDr. Tatiana Kimáková, PhD. - *Ústav verejného zdravotníctva a hygieny,*

Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Recenzenti:

prof. MUDr. František Novomeský, PhD.

MUDr. Zuzana Katreniaková, PhD.

Jazykový korektor:

Mgr. Alena Kolesárová

© 2016 Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta

Všetky práva vyhradené. Toto dielo ani žiadnu jeho časť nemožno reprodukovat', ukladať do informačných systémov alebo inak rozširovať bez súhlasu majiteľov práv.

Za odbornú stránku publikácie zodpovedajú autori. Rukopis neprešiel redakčnou úpravou.

ISBN 978-80-8152-437-0 (elektronický zdroj)

ISBN 978-80-8152-295-6 (tlačaná verzia)

Obsah

Úvod	4
1 Lekárska etika a jej význam	5
2 Etické požiadavky na lekárske povolanie	10
3 Pacient a jeho práva	12
4 Informovaný súhlas	17
5 Komunikácia v medicíne.....	20
5.1 Rozhovor ako základný komunikačný prostriedok v zdravotníctve	23
6 Etika a komunikácia v pediatrii	28
6.1 Špecifiká komunikácie v pediatrii	31
7 Etická problematika starého pacienta	34
7.1 Špecifiká komunikácie so starým človekom	37
8 Etika a komunikácia s terminálne chorým pacientom	40
8.1 Špecifiká komunikácie s terminálne chorým pacientom.....	42
9 Etika a komunikácia s vybranými skupinami	44
9.1 Osoby so zdravotným postihnutím	44
9.2 Agresívny pacient	48
9.3 VIP pacient.....	49
9.4 Osoba poškodená pri trestnom čine a osoba podozrivá zo spáchania trestného činu.....	52
10 Burnout syndróm	55
11 Znalecká činnosť v medicíne z právneho a etického pohľadu	59
Záver.....	64
Zoznam použitej literatúry	65

Úvod

Dejiny etiky predstavujú hľadanie základného princípu, ktorý by umožnil človeku rozlíšiť morálne od nemorálneho, dobro od zla či správne od nesprávneho. Hlavným problémom sú motívy, metódy a dôsledky ľudského konania. Integrita lekárskeho povolania kladie dôraz na celoživotné štúdium a prax podľa profesionálnej kompetencie a v neposlednom rade aj na dodržiavanie etických princípov a noriem medicínskej etiky.

Lekárska etika a s ňou súvisiaca komunikácia v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti sa stáva témou čoraz aktuálnejšou. Samotná komunikácia lekára s pacientom predstavuje veľmi dôležitú súčasť diagnostického procesu a liečby, významnou mierou sa podieľa na vytvorení vzájomného vzťahu a v nemalej miere zabezpečuje spoluprácu pacienta. Rozvoj rôznych informačných a sieťových technológií umožňuje síce rýchlu komunikáciu aj v medicíne, avšak vlúdne slovo a reálny kontakt s pacientom s vhodným výberom verbálnych a neverbálnych komunikačných prostriedkov v osobnom kontakte s pacientom modernú technológiu nenahradí. Súčasná doba kladie požiadavky na určité komunikačné zručnosti lekára. Ďalšiu etickú a právnu problematiku predstavuje informovaný súhlas pacienta prinášajúci aktívnu spoluúčasť pacienta v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Predložená publikácia poskytuje základné informácie o lekárskej etike, komunikácii v medicíne vo všeobecnosti a komunikačných zručnostiach v lekárskej praxi. Ďalšie kapitoly sú venované problematike informovaného súhlasu, etike a špecifikám komunikácie s vybranými skupinami pacientov. Veríme, že publikácia ozrejmi čitateľovi základné etické piliere a bude nápomocná pri základnej orientácii v problematike medicínskej komunikácie.

1 Lekárska etika a jej význam

Etika ako filozofia mravnosti sprevádza každú ľudskú činnosť a predstavuje neoddeliteľnú súčasť života. Tento filozofický vedný odbor zahŕňa celé spektrum kritérií a zásad umožňujúcich správne realizovanie sa človeka či morálne hodnotenie a usmernenie jeho konania. Konat' v súlade s etikou, znamená konat' v súlade s pravým charakterom činnosti. Právne normy obsiahnuté v rôznych zákonoch, vyhláškach či iných predpisoch predstavujú určité pravidlá, podľa ktorých sa jedinec či spoločnosť riadi, a to nezávisle od osobných a morálnych postojov. Na rozdiel od týchto pravidiel sa konanie zdravotníckych pracovníkov riadi aj normami etickými, ktorých zmyslom je reflektovať vnútorné presvedčenie lekára o správnosti prijatých, kodifikovaných etických pravidiel, ktoré súvisia s určitou vnútornou mravnosťou medicíny. Medicína ako veda o zdraví a chorobe človeka patrí k disciplinám, ktoré prirodzene prejavujú zvýšený záujem o etiku. Zdravotnícka etika ako súčasť bioetiky obsahuje širšie spektrum etickej problematiky zameranej na celé zdravotníctvo a zdravotnícky systém. Lekárska, resp. medicínska etika predstavuje jednu z foriem aplikovanej etiky, ktorá sa sústreďuje na etické aspekty činnosti človeka v oblasti medicíny a zdravotníctva. Je zameraná na konanie dobra pre človeka so zvláštnym zameraním na ochranu jeho života a zdravia, pričom jej hlavným cieľom je priniesť humanizáciu medziľudských vzťahov a usmernenie konania pri profesionálnych výkonoch v zdravotníctve, ako aj vhodným spôsobom uspokojiť liečebné, psychické, sociálne, kultúrne, duchovné a iné potreby pacientov. Aj keď lekárska veda napreduje veľmi rýchlo a súčasná medicína nemá veľa spoločného s medicínou z Hippokratových čias, podstatou však ostáva pacient so svojim zdravotným problémom, chorobou, strachom, prianím či očakávaním. Je dôležité si uvedomiť, že lekárska etika nie je nová medicínska špecializácia, ale súčasť práce lekára a zdravotníckeho pracovníka vo všetkých oblastiach pôsobenia. Klasifikácia, výber hodnotenia a realizácie medicínskej etiky sú samozrejme závislé na tom, akou filozofiou človeka disponuje lekár a iní pracovníci v zdravotníctve, ako aj na tom, akú hierarchiu hodnôt uznávajú. Morálna integrita lekárskeho povolania, v širšom zmysle povolania zdravotníckeho pracovníka, kladie dôraz nielen na etické princípy a normy, ale aj na celoživotné štúdium a prax podľa profesionálnej kompetencie.

Medzi základné etické princípy lekárskej etiky patria:

- **beneficiencia – prospešnosť** – požiadavka konania maximálneho dobra pre každého pacienta s cieľom zachovania jeho zdravia,
- **non-maleficiencia – neškodnosť** – požiadavka vylúčenia akéhokoľvek poškodenia pacienta,
- **autonomia – svojbytnosť** – požiadavka rešpektovania vôle pacienta vo všetkých jeho sférach s rešpektovaním jeho práv a rozhodnutí,
- **iusticia – spravodlivosť** – požiadavka poskytovania zdravotnej starostlivosti každému, kto ju potrebuje, bez akejkoľvek diskriminácie vo vzťahu k veku, pohlaviu, rase, národnosti, náboženského a filozofického presvedčenia, svetonázoru, politickej príslušnosti či sociálnemu postaveniu.

K uvedeným princípom je možné priradiť aj **informovaný súhlas pacienta** ako slobodný a dobrovoľný súhlas mentálne kompetentnej osoby na vykonávanie diagnostických a liečebných úkonov, na vykonávanie vedeckého výskumu, na odber a použitie zložiek jeho tela, ako aj na účasti na klinickej výučbe, po jeho predchádzajúcom zrozumiteľnom a úplnom poučení. V praxi sa však zdravotnícky pracovník môže stretnúť so situáciami, kedy tieto základné princípy, akokoľvek objektívne interpretované, nemôžu naviesť na eticky správne riešenie daného problému. Môžu sa vyskytnúť aj extrémne situácie, keď sa jednotlivé princípy dostávajú do rozporu či protikladu, prípadne sú v rozpore s existujúcimi právnymi normami.

Lekárska etika sa neustále vyvíja a hľadá vhodné odpovede a riešenia na nasledujúce okruhy:

- Výber a výchova lekárov a zdravotníckych pracovníkov.
- Práva pacientov (deti, osoby so zdravotným a mentálnym postihnutím).
- Vzťahy a komunikácia zdravotnícky pracovník verzus pacient.
- Biomedicínsky výskum na človeku.
- Človek ako zdroj sociálnych hodnôt:
 - biologické náhrady (krv, bunky, tkanivá, orgány),
 - ochranné a diagnostické látky,
 - biologický materiál na ľudskú reprodukciu.

- Začiatok života.
- Zásahy stimulujúce ľudskú reprodukciu:
 - umelé oplodnenie,
 - *in vitro* fertilizácia,
 - prenatalná genetická diagnostika a iné vyšetrenia.
- Zásahy obmedzujúce ľudskú reprodukciu:
 - ukončenie gravidity,
 - sterilizácia,
 - antikoncepcia.
- Vysoko rizikové prenosné infekčné ochorenia.
- Koniec života:
 - resuscitačná a intenzívna liečba,
 - terminálne chorý a márna liečba,
 - smrť (tanatológia):
 - prehliadka zomrelého,
 - pitva,
 - eutanázia a dystanázia,
 - asistovaná samovražda,
 - mŕtvy darca orgánov na transplantáciu,
 - právna povaha ľudského tela po smrti.
- Transplantácia orgánov.
- Vzťah občan a zdravotníctvo (zdravotné poisťovne).
- Experimentálny výskum (pokusy na zvieratách).
- Postoje k alternatívnej medicíne.

Medicína 21. storočia prináša so sebou nové trendy, technologické možnosti či nové formy diagnostiky a liečby. To prináša rôzne etické problémy či dilematické situácie a vznikajú stále nové požiadavky na aplikáciu etiky v zdravotníckej praxi. Jedným z takýchto dôležitých momentov, kde dochádza k aplikácii etických noriem, patrí komunikácia v prostredí poskytovania zdravotnej starostlivosti. Nejde tu len o komunikáciu medzi lekárom a pacientom, ale v širšom ponímaní o komunikáciu medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom, jeho rodinou, známymi či pozostalými, ako aj o komunikáciu medzi zdravotníckymi pracovníkmi vôbec v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Pacient je človek v núdzi, nachádza sa v stave mimoriadnej zraniteľnosti. Je vystrašený, úzkostný, nešťastný, neschopný si sám pomôcť a trpí. Potrebuje ľudskú prítomnosť a pomoc a zároveň ocenenie niekým, kto s ním cíti. Pri komunikácii s pacientom, najmä vo vzťahu pacient – lekár a iný ošetrojúci personál, je nevyhnutné preukazovať preto vhodnú mieru empatie a súcitu. Každý pacient v závislosti od povahy samotného ochorenia, stavu, v akom sa nachádza, prognózy, diagnostických a terapeutických metód vníma svoju dôstojnosť rôzne. Vo všeobecnosti medzi faktory znižujúce dôstojnosť chorého človeka radíme samotný fakt závažného ochorenia, pociťovanie pocitu viny za svoje ochorenie, zmenu vzhl'adu, porušenie intimity pri vyšetreniach a výkonoch, porušenie intimity pri účasti pacienta ako objektu pri klinickej výučbe, vplyv liekov, nedôstojné podmienky, závislosť od iných osôb až úplná podriadenosť, informačná izolácia, sociálna izolácia, neetické správanie sa lekára a ošetrojúceho personálu (arogancia, nadradenosť, prílišné sebavedomie, ľahostajnosť, nezájum, nevhodnosť prejavu a komunikácie, neposkytnutie informácií a iné), beznádej, bezmocnosť a pocit bezcennosti. Samotná komunikácia s pacientom predstavuje veľmi dôležitú súčasť v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti a významnou mierou sa podieľa na ovplyvnení vzťahu medzi oboma stranami, ako aj na vnímaní dôstojnosti pacientom.

2 Etické požiadavky na lekárske povolanie

Lekárske povolanie je mimoriadne náročné. Lekár totiž rozhoduje o zdraví, o živote, diagnostických a terapeutických postupoch, ako aj o ďalšej kvalite života svojho pacienta a niekedy iba malá nepozornosť, chyba v úvahe alebo pri operačnom či diagnostickom výkone môže mať katastrofálne a nezvratné následky. Vo svojej odbornej a klinickej praxi potrebuje neraz zložito komunikovať s chorým a jeho príbuznými, aby si získal ich dôveru. Potrebuje pracovať v zdravotníckom tíme, čo znamená, že musí neraz zvládnuť konfliktné situácie. Na osobnosť lekára sú teda kladené špeciálne požiadavky. Už poslucháčky a poslucháči lekárske fakúlt by sa mali otestovať, či sa dobre a správne rozhodli, keď si zvolili štúdium medicíny a či majú osobnostné kvality na výkon lekárskeho povolania.

Medzi základné požiadavky na lekárske povolanie patria:

Telesné zdravie. Lekár je povinný starať sa o svoje zdravie, dbať o životosprávu, stravovanie, fyzický fond a kondíciu a o dobrú hygienu.

Duševné zdravie. Lekár by si mal pestovať odolnosť voči psychickému stresu a schopnosť zvládať konfliktné situácie, mal by sa vyhýbať návykovým látkam.

Odborná úroveň. Sústavné intenzívne a celoživotné štúdium so získaním čo najvyššej kvalifikácie ako každodenný algoritmus by malo byť samozrejmosťou.

Osobnostné kvality:

- **Prosociálnosť** – vnútorná potreba pomáhať ľuďom bez rozdielu, súcit s pacientom, obetovanie sa.
- **Empatia** – schopnosť vcítiť sa do situácie a problémov chorých či spolupracovníkov.
- **Solidárnosť** – s chorými a ich príbuznými.
- **Zodpovednosť** – voči chorým i celej spoločnosti.
- **Správne svedomie** – rozvinutý vrodenný základ na rozlíšenie dobrého od zlého – u lekára zakódovaná požiadavka ochrany života a zdravia, ktorá má byť pestovaná počas celého života.
- **Komunikatívnosť** - schopnosť ľahko nadviazať kontakt s chorým a získať si jeho dôveru, vhodný prístup ku kolegom a spolupracovníkom so schopnosťou nadviazať spoluprácu a nevtieravo ponúknuť alebo prijať pomoc.

- **Sympatia** – lekár musí dbať o svoj celkový zjav, správanie sa, vystupovanie, slovný prejav, oblečenie, účes – tento zjav spolu s uvedenými vlastnosťami je rozhodujúci pre vznik sympatie alebo antipatie u pacienta.
- **Zdravé sebavedomie** – vedomie príslušnosti k lekárskeму stavu založené na správnom sebahodnotení.
- **Stavovské cnosti lekára** – stavovská česť, ušľachtilá hrdosť, bezúhonnosť, poctivosť, pravdovravnosť, mlčanlivosť, usilovnosť, odvaha, iniciatíva, ochota, obetavosť, nezištnosť, veľkorysosť, zhovievavosť, vládunosť, trpezlivosť a dochvilnosť.
- **Potlačenie negatívnych vlastností** – akými sú pýcha, namyslenosť, arogancia, malomyseľnosť, ľahostajnosť, podvádzanie, korupcia a lenivosť.

V lekárskeom povolání zdrojóm uspokojenia sú predovšetkým liečebné úspechy, ale aj uznanie odbornou verejnosťou, profesná nezávislosť a spoločenské postavenie. K dôležitým dokumentom v dodržiavaní etických postupov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sú Etický kódex zdravotníckeho pracovníka (Príloha č. 4 k Zákonu NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v znení neskorších predpisov) a Deontologický kódex Slovenskej lekárskej komory, prijatý dňa 19.09.2014 na XXIX. sneme SLK v Žiline.

Rôzne dilematické situácie v medicíne prispeli k tomu, že sa lekárska etika stala predmetom štúdia na lekárskech fakultách. Pri výchove k etickému správaniu sa budúceho lekára má významný vplyv učiteľ, ktorý sám ovláda umenie kontaktu s chorými, pričom študenti pod jeho vedením komunikujú s pacientom, a tak získavajú praktické skúsenosti. Poslucháči Univerzity P. J. Šafárika v Košiciach, a to nielen Lekárskej fakulty, sú povinní dodržiavať Etický kódex študenta.

3 Pacient a jeho práva

V súčasnosti sme svedkami trendu, keď sa čoraz väčší dôraz kladie na prevenciu vzniku chorôb a ich záchyt vo včasných štádiách, pričom platí, že pacientom už nie je iba človek chorý, ale aj zdravá osoba aktívne pristupujúca k prevencii vzniku ochorenia a zachovaniu svojho zdravia. Podľa rozšírenej definície Svetovej zdravotníckej organizácie pod pojmom zdravie rozumieme nielen neprítomnosť choroby, ale za zdravie sa považuje stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody pri zachovaní funkcií všetkých telesných orgánov, významných spoločenských funkcií človeka a zachovaní schopnosti organizmu prispôbiť sa meniacim sa podmienkam prostredia. Medicínske úsilie sa odpradáva spája so slovom zdravie a základnou povinnosťou lekára je konať v čo najlepšom záujme pacienta. Dobro, ktoré pacient očakáva od zdravotnej starostlivosti, sa týka zabezpečenia jeho telesných, psychických, sociálnych a duchovných potrieb. Každý, kto je telesne alebo duševne chorý alebo postihnutý, alebo kto je ohrozený takýmto stavom, sa považuje za pacienta a má právo na potrebnú prevenciu, diagnózu a liečbu v záujme úplnej obnovy zdravia, alebo zmiernenia následkov takéhoto stavu, alebo zabránenia ďalšieho zhoršovania stavu. V Článku 40 Ústavy SR nachádzame garanciu práva na ochranu zdravia pod definíciou: „Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon.“ Právo na zdravotnú starostlivosť definujeme ako právo na využívanie výhod zdravotníckeho systému a zdravotníckych služieb, ktoré sú v súlade so súčasným stavom lekárskej vedy a ktoré sú v štáte dostupné. Vychádzajúc zo štyroch základných princípov lekárskej etiky môžeme tvrdiť, že každý pacient má právo na takú zdravotnú starostlivosť, akú vyžaduje jeho zdravotný stav vrátane preventívnej starostlivosti a aktivít na podporu zdravia, pričom zdravotnícke služby musia byť dostupné a poskytované na princípe rovnosti, bez diskriminácie a podľa finančných, ľudských a materiálnych zdrojov v spoločnosti a konanie všetkých zainteresovaných zdravotníckych pracovníkov musí byť v najlepšom záujme pacienta. Práva pacientov sú pravidelne aktualizované na medzinárodných medicínskych fórach, pričom medzi **základné oporné dokumenty** patria:

- Všeobecná deklarácia ľudských práv (OSN, 1948)
- Európska konvencia o ochrane ľudských práv a slobôd (1950)
- Deklarácia práv pacientov v Európe (konferencia WHO v Amsterdame, 1994)
- Deklarácia o právach pacienta (konferencia WMA v Bali, 1995)

Práva pacientov v našich podmienkach spracovala Asociácia nemocníc Slovenska, a aktuálne je v priestore slovenských zdravotníckych zariadení platná **Európska charta práv pacienta** prijatá v roku 2002, ktorá upravuje ľudské práva a slobody pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. **Pozostáva zo 14 bodov:**

1. Právo na prevenciu.
2. Právo na prístup k zdravotníckym službám.
3. Právo na informácie.
4. Právo vyjadriť súhlas.
5. Právo slobodného výberu.
6. Právo na súkromie a zachovanie dôverného prístupu.
7. Právo na rešpektovanie pacientovho času.
8. Právo na dodržiavanie úrovne kvality.
9. Právo pacienta na bezpečnosť.
10. Právo na inovácie.
11. Právo predchádzať zbytočnému utrpeniu a bolesti.
12. Právo na liečbu zohľadňujúcu osobné potreby.
13. Právo sťažovať sa.
14. Právo na náhradu škody.

S právami pacientov by sa mali oboznámiť nielen samotné osoby, ktoré vyhľadávajú zdravotnú starostlivosť, ale aj lekári a na ich základe pristupovať k pacientovi s rešpektovaním jeho práv a názorov. Neraz sa v praxi stretáme so situáciou, keď záujmy pacienta a lekára nie sú totožné a dostávajú sa do názorového rozporu. Lekár je z profesionálneho hľadiska osobou so znalosťami, zručnosťami a skúsenosťami, ktorá pracuje predovšetkým s vedecky overenými faktami a jeho základnou povinnosťou je konať pre pacienta maximálne dobro. Je dôležité uvedomiť si, že vzťah medzi lekárom, či iným zdravotníckym pracovníkom a pacientom nie je rovnocenný. Ide o stretnutie dvoch osôb, ktoré si vymieňajú určité špecifické informácie. Na jednej strane stojí pacient, človek v núdzi, trpiaci, chorý, ktorý vyhľadáva a potrebuje pomoc, a na strane druhej je to lekár s určitými odbornými znalosťami a skúsenosťami. Takáto odborná nevyváženosť komunikujúcich je zvlášť typická pre zdravotníctvo, pričom informačná asymetria sa výraznou mierou podieľa na tzv. paternalistickom modeli vzťahu lekára a pacienta (latinsky *pater* – otec). V tomto tradičnom modeli uvedeného špecifického vzťahu dominuje lekár a pacient je vnímaný ako

objekt jeho starostlivosti. Medzi lekárom a pacientom nie je osobný vzťah, nerozvíja sa rovnocenný dialóg, lekár je direktívny, pacienta informuje, dáva inštrukcie a návody, pacientovi nenačúva. Lekár v tomto vzťahu nevníma pacienta ako určitú autonómnu osobnosť s určitým názorom a potrebami, ale skôr ako jedinca, od ktorého sa vyžaduje poslušnosť. Vzhľadom k vzdelanostnej asymetrii vzťahu lekár a pacient laik určoval v paternalistickom vzťahu základný rámec vzájomnej komunikácie lekár, čo v niektorých prípadoch viedlo k voľbe milosrdnej lži. Avšak už v druhej polovici minulého storočia dochádza k postupnému rozvoľňovaniu paternalistického modelu s dominanciou lekára, čo prináša aj určité požiadavky na lekára pri komunikácii s pacientom. Paternalistický vzťah je teda v súčasnosti vytláčaný a nahradzovaný vzťahom partnerským. K pádu paternalizmu prispeli výrazné socio-ekonomické a technologické faktory 20.storočia ako boli dve svetové vojny, narastajúci dôraz na ľudské práva, individuálne slobody a demokratické princípy, mimoriadne pokroky a objavy v medicínskych vedách a lekárskej praxi, vznik nových medicínskych špecializácií, technizácia medicíny, narastajúca informovanosť a vzdelanosť spoločnosti (internet), nárast dilematických a terapeuticky nejednoznačných situácií, zvyšujúci sa počet dlhodobo chronicky chorých pacientov, ako aj tzv. medikalizácia medicíny spojená s kultom zdravia.

V našich podmienkach predstavuje partnerský vzťah medzi lekárom a pacientom otvorený, pomerne komplikovaný a neustále sa vyvíjajúci proces, ktorý prináša celý rad rôznorodých dilematických situácií, a to aj vo vzájomnej komunikácii oboch zúčastnených strán. V zdravotníckom prostredí ide o partnerstvo výlučne profesiové, v ktorom je zdôraznená spolupráca, spoluúčasť, spoluzodpovednosť a komplementarita. Lekár v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti pristupuje k pacientovi partnersky, utvára priestor pre spoluprácu, rešpektuje rozhodnutia a vôľu pacienta, primerane ho zaujíma subjektívna povaha choroby a osobný život pacienta. V tomto novom vzťahu má samozrejme určité postavenie práve vzájomná komunikácia, pričom kvalitu vzájomnej interakcie určujú okrem medicínskej kompetencie lekára aj ich ľudské charakteristiky a komunikačné schopnosti zúčastnených. Spôsob komunikácie lekára s pacientom má pomerne veľký dosah aj na pacientovo prežívanie celého diagnosticko-terapeutického procesu a môže do značnej miery ovplyvniť úspech liečby. Jeden z faktorov, na ktorý je potrebné pri komunikácii a starostlivosti o pacienta myslieť, je zachovanie jeho najvyššej možnej miery dôstojnosti.

Pod pojmom dôstojnosť rozumieme morálny vzťah človeka k sebe samému a spoločnosti k jednotlivcovi, ktorého vedomie je formou sebakontroly osobnosti. Vyjadruje predstavy o hodnote každého človeka ako slobodnej, svojprávnej a autonómnej ľudskej

bytosti. Utváranie vedomia osobnej dôstojnosti je založené na sebazpoznávaní a hodnotení svojich možností a schopností realizovať predstavy a ciele, spojené so zmyslom života. Slovo **dôstojnosť** vychádza z latinského výrazu „**dignitas**“, čo znamená hodnotu pre seba samu – nie pre krásu, inteligenciu, šikovnosť. Takto chápaná hodnota človeka je základom ľudských práv. Na dôstojnosti sa zakladajú požiadavky jednotlivca voči sebe samému t. j. konať tak, aby človek neponížil svoju dôstojnosť. Dôstojnosť v prvom rade vyjadruje vzťah k sebe samému, vzťah k iným ľuďom, skupinám, minoritám a vzťah k spoločnosti. Uvedomenie si vlastnej dôstojnosti je forma sebauvedomovania a sebakontroly. V nemocničnom prostredí je mnoho faktorov, ktoré sa podieľajú na znižovaní dôstojnosti pacienta (samotný fakt závažného ochorenia, pociťovanie pocitu viny za svoje ochorenie, zmenu vzhl'adu, porušenie intimity pri vyšetreniach a výkonoch, porušenie intimity pri účasti pacienta ako objektu pri klinickej výučbe, vplyv liekov, nedôstojné podmienky, závislosť od iných osôb až úplná podriadenosť, informačná a sociálna izolácia, neetické správanie sa lekára a ošetrojúceho personálu vo forme arogancie, nadradenosti, prílišného sebavedomia, ľahostajnosti, nezaujmu, nevhodnosti prejavu a komunikácie či neposkytnutia informácií) a je to práve lekár, kto má vo svojich rukách veľmi účinný nástroj na prinávratenie pocitu dôstojnosti pacientom. Môže tak urobiť predovšetkým láskavým prístupom, vhodnou komunikáciou a rešpektovaním pacienta so všetkými jeho názormi a potrebami.

4 Informovaný súhlas

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti v 21. storočí sa posunulo na úroveň, keď sa diagnosticko-terapeutický proces nezaobíde bez súhlasu pacienta. Prvok informovaného súhlasu prináša aktívnu spoluúčasť pacienta pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, pričom týmto krokom dochádza k zvyšovaniu zdravotníckeho aj právneho povedomia pacienta. Slovenská legislatíva (Zákon NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov) ukladá zákonnú povinnosť pre zdravotníckych pracovníkov, predovšetkým pre lekárov, informovať svojich pacientov pravdivo, ohľaduplne a im zrozumiteľne. Fakty odovzdané pacientovi majú zahrnúť všetky aspekty ochorenia, počnúc diagnostikou, liečbou a jej alternatívami, možnými nežiaducimi účinkami, prognózou a taktiež rizikami spojenými s odmietnutím navrhovaného postupu. Informovaný súhlas ako úkon má na jednej strane úlohu chrániť pacienta pred zahmlievaním informácií zo strany lekára a nedobrovoľnej účasti na liečbe či biomedicínskom výskume a na strane druhej je to forma ochrany pre lekára, pri ktorej má relevantný dôkaz toho, že pacienta skutočne pravdivo informoval a nevykonal žiaden zásah bez jeho vedomia alebo proti jeho slobodnej vôli. Vychádzajúc z definície informovaného súhlasu ako slobodného súhlasu mentálne kompetentnej osoby na vykonávanie diagnostických a liečebných úkonov, na vykonávanie vedeckého výskumu, na odber a použitie zložiek jej tela, ako aj na jej účasť na klinickej výučbe, po jej predchádzajúcom zrozumiteľnom a úplnom poučení, je zrejmé, že informovaný súhlas je nutný nielen v prípadoch samotného poskytovania zdravotnej starostlivosti. Už od čias Norimberského procesu, reflektujúc na zneužívanie ľudských obetí na neetické pokusy vykonávané počas druhej svetovej vojny, je slobodný informovaný súhlas nevyhnutný aj pre účasť osôb v biomedicínskom výskume a na klinickej výučbe. Taktiež aj prenos orgánu, tkaniva alebo buniek do tela príjemcu možno uskutočniť len vtedy, ak je príjemca zdravotne spôsobilý na takýto zákrok a predchádzalo mu poučenie pacienta s následným udelením informovaného súhlasu. Zákon ukladá povinnosť vyhotovovať informovaný súhlas v písomnej podobe, pričom podpísaniu informovaného súhlasu pacientom má predchádzať úplné poučenie. Pacientovi má byť poskytnutý dostatok času na zváženie svojho rozhodnutia, bez vyvíjania akéhokoľvek nátlaku a zdravotnícky pracovník je povinný zodpovedať všetky jeho otázky. Eticky správne poučenie pacienta spočíva v odovzdaní úplných informácií, v prípade, že si pacient želá byť úplne poučený, ak nie, tak v rozsahu, v akom si to pacient želá, a toto

jeho želanie je potrebné zahrnúť do obsahu informovaného súhlasu, pričom je úlohou lekára zvoliť vhodnú formu odovzdania faktov a prispôbiť svoj jazyk a použitú terminológiu mentálnej kapacity pacienta tak, aby ten odovzdanej informácii porozumel, vedel ju spracovať a následne sa slobodne rozhodol. Rozsah informácií, ktoré lekár pacientovi odovzdá, sa riadi aj momentálnym psychickým stavom pacienta tak, aby mu odovzdané informácie nespôsobovali výrazný psychický stres, alebo nezhoršili už existujúce psychické ochorenie. Je nevyhnutné poučiť pacienta aj o možných rizikách a nežiaducich účinkoch, ktoré so sebou navrhovaný postup prináša a pravdivo, zároveň citlivo, objasniť aj závažnejšie možné komplikácie. V prípade, že sa lekár dostane s pacientom do názorového konfliktu, a aj napriek najlepšiemu presvedčeniu lekára o vhodnosti jeho postupu, ten pacient odmieta, je vhodné poučenie pacienta opakovať, s možným prehĺbením detailov, prípadne podložiť svoje tvrdenia a názory odbornou literatúrou a snažiť sa získať pacienta pre metódu preňho najvhodnejšiu. Ak pacient napriek náležitému poučeniu odmietne dať súhlas na určitý zdravotnícky výkon, lekár si musí od neho vyžiadať odmietnutie v písomnej forme – tzv. **negatívny reverz**, pričom ten nezbavuje lekára povinnosti poskytnúť potrebnú zdravotnú starostlivosť v miere s ktorou pacient súhlasí podpísaním informovaného súhlasu (napr. ak pacient odmietne operačný výkon, lekár je povinný aplikovať konzervatívnu liečbu).

Bez súhlasu pacienta alebo jeho zákonného zástupcu je lekár oprávnený a povinný vykonať len nevyhnutný, medicínsky indikovaný zákrok:

- u dieťaťa na záchranu jeho života a zdravia,
- pri ochoreniach so štátom nariadenou povinnou liečbou (alkoholizmus, drogová závislosť, pohlavné choroby, tuberkulóza a pod.),
- u duševne chorých osôb, ktoré ohrozujú seba alebo svoje okolie,
- u pacientov v bezvedomí, v šoku alebo v podobnej situácii,
- ak ide o násilnú hospitalizáciu dotýkajúcu sa osobnej slobody pacienta, lekár je povinný túto skutočnosť do 24 hodín oznámiť príslušnému súdu.

Informovaný súhlas dáva osoba mentálne a právne spôsobilá na právne úkony, zvyčajne plnoletá osoba nezbavená svojprávnosti, a v prípade, že sa zdravotná starostlivosť poskytuje osobe, ktorá nie je kompetentná tento súhlas podpísať, musí tak za ňu učiniť jej zákonný zástupca. Eticky správne je prihliadať aj na želanie samotnej osoby, ktorá má byť napriek svojej nekompetentnosti vhodne a primerane poučená a poučiť je vhodné zvlášť

zákonného zástupcu a zvlášť samotného pacienta. Súčasťou zápisu do zdravotnej dokumentácie má byť aj vyjadrenie nespôsobilej osoby. Účasť osôb nekompetentných podpísať informovaný súhlas vo vedeckom výskume je možná len vtedy, ak sa získal súhlas zákonného zástupcu, samotná osoba nie je proti svojej účasti vo výskume a biomedicínsky výskum má priamy význam pre záujmy zapojeného pacienta. V prípadoch nemožnosti získať informovaný súhlas od pacienta (bezvedomie) je možné poskytnúť pacientovi neodkladnú zdravotnú starostlivosť a v tomto prípade súhlas pacienta predpokladať.

V praxi sa sporadicky vyskytne prípad keď je názor zákonného zástupcu v úplnom rozpore s názorom lekára na liečbu, pričom zákonný zástupca podľa mienky lekára odmietnutím liečby ohrozuje pacienta. V takomto prípade je možné požiadať o súhlas súd a kladné vyjadrenie súdu nahrádza informovaný súhlas zákonného zástupcu. Do vyjadrenia súdu je lekár povinný vykonávať len medicínske postupy nevyhnutné na záchranu života pacienta.

Informovaný súhlas ako forma aktívneho súhlasu pacienta s navrhovaným postupom môže byť samozrejme pacientom kedykoľvek počas celého diagnosticko-terapeutického procesu, alebo v ľubovoľnej fáze biomedicínskeho výskumu odvolaná a lekár je povinný rešpektovať pranie pacienta a ponúknuť mu vhodné alternatívy liečby, s príslušným vysvetlením rizík a možností dosiahnutia očakávaných výsledkov.

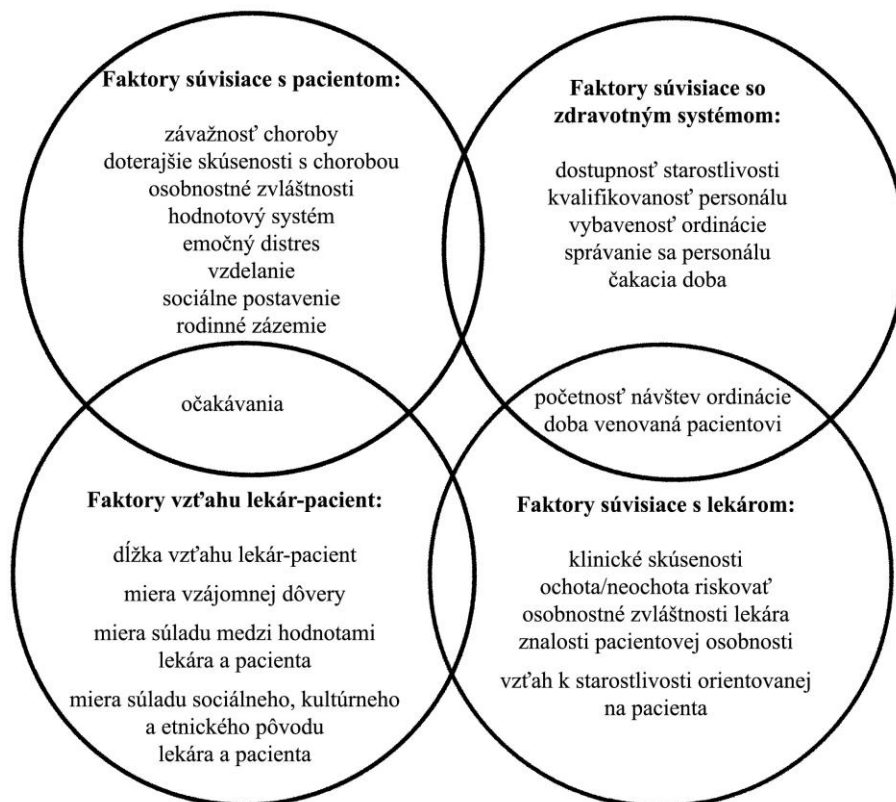
Opakom tohto eticky správneho postupu je tzv. paternalistický prístup lekára, teda postup bez rešpektovania postojov a prání pacienta, ktorý je však v dnešnej dobe aktívne vytláčaný z klinickej praxe. V súčasnej dobe, keď sú si pacienti čoraz viac vedomí svojich práv a neváhajú sa pri ich nedodržaní obracať na príslušné inštitúcie, je informovaný súhlas elementárnym prvkom pre zabezpečenie objektívnej dokázateľnosti slobodného a vopred vyjadreného súhlasu pacienta, ktorý prostredníctvom povinného poučenia získava dostatočný priestor pre všetky svoje otázky a ozrejmienia týkajúce sa následného lekárskeho postupu. Lekár naopak získava pacienta aspoň sčasti orientovaného v danej situácii, s aktívnou spoluúčasťou v liečbe, a týmto prináša prvok informovaného súhlasu benefity pre obe zapojené strany.

5 Komunikácia v medicíne

V ľudskej populácii je komunikácia najdôležitejší prostriedok na utvorenie účinného kontaktu, spolupráce a porozumenia. Zo všetkých možností sa najvýznamnejšou mierou podieľa na vytváraní medziľudských vzťahov. Medzi jeden z nepísaných zákonov patrí nemožnosť nekomunikovať. Komunikovať s druhými ľuďmi je potreba a schopnosť, ktorú si človek osvojuje už od detstva. Aj keď schopnosť komunikácie sa zdá byť samozrejماً, práve komunikačné nedorozumenia najrôznejšieho druhu v osobnom či profesijnom živote nútia zamyslieť sa a túto samozrejmosť korigovať. Nie je to inak ani v medicíne, komunikácia lekára s pacientom sa častokrát berie na ľahkú váhu, prípadne sa podceňuje. Nevhodná, nesprávna či nedostatočná komunikácia v zdravotníctve sa významnou mierou podieľa na problémoch a sťažnostiach pacientov. V procese poskytovania zdravotnej starostlivosti sa komunikácia asi najviac podieľa na vytvorení dôvery medzi lekárom a pacientom, zároveň ovplyvňuje vzťah medzi lekárom, resp. zdravotníckym pracovníkom a pacientom. Súčasťou kompetencií lekára nie sú len odborné medicínske poznatky, výber diagnostických a terapeutických metód, ale aj komunikačné spôsobilosti. Mienka verejnosti, že všeobecne uznávané lekárske vzdelanie zahŕňa aj zručnosti komunikačné a komunikácia je lekárovi vlastná, je veľakrát mylne chápaná. Lekár by mal vedieť ako eticky správne pôsobiť na pacienta, pričom práve adekvátne a vhodne zvolená komunikácia je tým rozhodujúcim prostriedkom. Samotné komunikačné schopnosti lekára priamo ovplyvňujú spokojnosť pacienta, jeho výber z možných liečebných postupov a účinnosť liečby. Spôsob komunikácie má výrazný vplyv na vytvorenie dôvery pacienta k lekárovi, k vnímaniu a zapamätaniu si informácií, ktoré lekár podáva. Vhodne zvolená komunikácia zároveň napomáha aj presnejšiemu a rýchlejšiemu určeniu diagnózy a stanoveniu liečby. Rôzne štúdie zisťujúce účinnosť komunikácie lekára s pacientom poukazujú na významný efekt vhodne zvolenej komunikácie na diferenciálnu diagnostiku a stanovenie diagnózy, účinnosť liečby, spokojnosť pacienta, dodržiavanie liečby, náklady na liečbu a na medicínsko-právnych sporoch.

Komunikačné zručnosti v medicíne predstavujú určité špecifické schopnosti, ktoré nie sú vždy samozrejmé, ale je dôležité si ich osvojiť. Na vzájomnej komunikácii lekára s pacientom sa podieľajú aj individuálne faktory zo strany komunikujúcich, ako sú osobnostné charakteristiky a komunikačné schopnosti zúčastnených. Samotná komunikácia s pacientom začína už pri vstupe do ordinácie, pričom si komunikujúci všímajú aj neverbálne

prostriedky, napr. samotný vzhľad, úpravu a správanie. Dôležitú úlohu zohráva aj dostatok času vyhradený na komunikáciu s pacientom a prítomnosť iných osôb (príbuzní, pacienti, ošetrojúci zdravotnícky personál). Na komunikácii sa v nemalej miere podieľa i prostredie, v ktorom sa dorozumievanie realizuje. Zdravotnícke pracovisko predstavuje špecifické komunikačné prostredie, ktoré pôsobí na úroveň komunikácie, pričom podnety z prostredia vplývajú na výber verbálnych a neverbálnych prostriedkov. Veľmi dôležitými faktormi prostredia je celková úprava a čistota pracoviska. Hlavné faktory ovplyvňujúce komunikáciu s pacientom sú uvedené v obrázku č. 1.



Obr. č. 1 Faktory ovplyvňujúce komunikáciu s pacientom
Zdroj: Ptáček, R., Bartůněk, P. a kol., 2011.

Základné požiadavky v komunikácii lekára s pacientom:

- vedieť, čo chce povedať,
- rozhodnúť, kedy informáciu oznámiť,
- vybrať vhodné miesto pre oznámenie,
- rozhodnúť, ako najlepšie informáciu formulovať,
- pamätať, že informácia zrozumiteľná lekárovi nemusí byť zrozumiteľná pacientovi,
- hovoriť zreteľne a oznámenie nekomplikovať,
- zvoliť primerané tempo a zodpovedajúci tón jazyka,
- sledovať a zaznamenávať reakcie pacienta, všímať si najmä jeho prejavy zmätku, hnevu a úzkosti, brať do úvahy pocity pacienta,
- umožniť pacientovi, aby sa v dostatočnej miere vyjadril,
- neznepokojovať, ale ani nedráždiť pacienta svojím prejavom,
- kontrolovať, či pacient informáciu prijal a pochopil.

V procese poskytovania zdravotnej starostlivosti vystupuje do popredia aj otázka, kto a kedy má s pacientom komunikovať. Závisí to samozrejme od kompetencie zdravotníckeho pracovníka. Informácie o diagnóze, lekárskeho výkonoch, možnostiach liečby, prognóze a možných rizikách poskytuje výhradne lekár. O ošetrovateľskej starostlivosti komunikuje s pacientom príslušný zdravotnícky pracovník. Je dôležité si uvedomiť aj to, že pacient vníma zdravotnú starostlivosť ako celok, nevynímajúc komunikáciu s ošetrojúcim lekárom a personálom, ale aj vzájomnú komunikáciu medzi jednotlivými zdravotníckymi pracovníkmi. Lekár by mal dohliadnuť na aplikáciu etického prístupu aj u ostaného ošetrojúceho personálu. Samozrejme, všetky informácie, ktoré získa zdravotnícky pracovník pri výkone povolania, sú dôverné, platí tu zásada povinnej mlčanlivosti. V samotnej komunikácii lekára s pacientom môžu nastať problémové situácie, medzi ktoré je možné zahrnúť oznamovanie nepriaznivých správ, komunikácia a kontakt s agresívnym pacientom, pacientom lekárom, pacientom „VIP“, pacientom závislým od návykových látok, obeťou trestného činu či osobou podozrivou zo spáchania trestného činu, blízkymi pacienta v kritickom stave či pozostalými v prípade úmrtia.

5.1 Rozhovor ako základný komunikačný prostriedok v zdravotníctve

Najčastejšou formou komunikácie medzi lekárom a pacientom je rozhovor. Uplatňuje sa predovšetkým pri vyšetrení pacienta, poskytuje zdroj informácií o zdravotnom stave pacienta. Správne vedený rozhovor je dôležitým a veľmi citlivým nástrojom lekára, pričom závisí od komunikačných zručností, ktoré by mal lekár ovládať. Rozhovor lekára s pacientom má špecifický cieľ a predstavuje dynamický proces vyžadujúci si vzájomnú aktivitu oboch zúčastnených. Lekár počas rozhovoru pacienta ovplyvňuje a usmerňuje, na jednej strane získava a na druhej poskytuje potrebné informácie. Počas rozhovoru sa formuje aj vzájomný vzťah medzi komunikujúcimi. Samozrejmom súčasťou rozhovoru je prejavovať empatiu a záujem o pacienta ako o osobu. V klinickej praxi je možné rozoznať viacero druhov rozhovoru lekára s pacientom, a to podľa účelu a cieľa.

Základným prostriedkom rozhovoru vo vzťahu lekár – pacient sú otázky. Kladením vhodných otázok je možné podporiť pacienta pri presnom popise zdravotných ťažkostí, je možné zlepšiť jeho psychický stav alebo ho motivovať k zmene jeho zdravotného správania.

Medzi základné otázky rozhovoru patria:

- 1. Otázky otvorené** – na získanie základných informácií o zdravotnom stave pacienta.
Príklad: *Mohli by ste mi prosím popísať vaše zdravotné problémy?*
- 2. Otázky doplňujúce a vymenovacie** – na doplnenie a spresnenie údajov.
Príklad: *Máte tieto ťažkosti každý deň? Pociťujete uvedené bolesti najčastejšie ráno, počas dňa alebo večer?*
- 3. Otázky alternatívne** – dávajú pacientovi dve možnosti.
Príklad: *Popisované problémy mávate v pokoji alebo pri námahe?*
- 4. Otázky empatické** – cieľom je prejaviť účasť s pacientom
Príklad: *Podľa toho, čo hovoríte, vám doterajšia liečba nepomáha. Čo by vám, podľa vášho názoru, prinieslo väčšiu úľavu?*
- 5. Otázky sugestívne** – nie sú vhodné v každej situácii.
Príklad: *Bolí vás to na krku, však?*

Počas rozhovoru je dôležité, aby lekár pacienta aktívne počúval, snažil sa mu porozumieť, vyhľadával podstatné informácie v údajoch pacienta, priebežne verbálne a neverbálne reagoval na pacientove informácie. Aktívne počúvanie je možné realizovať povzbudením pacienta, preformulovaním hlavných myšlienok, požiadanim pacienta na spresnenie informácie, následné zhrnutie údajov a ocenenie otvorenosti pacienta, jeho spolupráce a dodržiavanie liečby.

Pacienta počas rozhovoru ovplyvňujú aj lekárom použité **prostriedky neverbálnej komunikácie**, ako sú očný kontakt, výraz tváre, postoj, pozícia, pohyb a hlasové prostriedky (tempo, sila, intonácia). Postavenie očí oboch komunikujúcich by malo byť v rovnakej horizontálnej úrovni. Ďalším neverbálnym prostriedkom je vzdialenosť medzi komunikujúcimi, pričom v zdravotníckom prostredí je najvhodnejšia vzdialenosť 45 – 120 cm. Lekár však počas vyšetrenia často vstupuje do vzdialenosti menšej ako 45 cm, čo predstavuje prekročenie intímnej zóny s určitým špecifickým psychologickým vnímaním zo strany pacienta. Veľmi dôležité je aj adekvátne oslovenie pacienta – najvhodnejšie formou priezviska, napr. *pán Novák*.

V dnešnom multikulturálnom svete a pri migrácii populácie sa čoraz častejšie stretávame s jazykovou bariérou, čo samozrejme ovplyvňuje samotný rozhovor a možnosť získania relevantných informácií. V odôvodnených prípadoch je nutné prívolať tlmočníka, či už z okruhu blízkych osôb alebo odborníka.

Vo všeobecnosti v komunikácii s pacientom by sa lekár mal vyvarovať:

- používania žargónu alebo odbornej terminológie, ktorej pacient nerozumie,
- prerušovania a skákania do reči,
- otvorene prejavovať nesúhlas,
- nesúdiť,
- odchádzať počas rozhovoru,
- dávať najavo netrpezlivosť,
- dávať direktívne rady,
- uhýbať očami,
- pri zapisovaní do počítača jednať spôsobom, ktorý nenaruší rozhovor,
- telefonovať počas rozhovoru a vyšetrenia,
- rozprávať a zabávať sa s iným ošetrojúcim personálom,

- nekritizovať liečbu poskytovanú iným odborníkom alebo na inom pracovisku.

Je dôležité uviesť, že celý rozhovor vlastne manažuje lekár. Konzultácia musí mať určitú štruktúru, pacient musí mať istotu, že sa na rozhovore zúčastňuje, pričom je vhodné dodržať stanovený čas a tému rozhovoru.

Jedným z univerzálne aplikovateľných modelov rozhovoru lekár – pacient patrí **model Calgary-Cambridge** (Silverman, Kurtz, Draper, 2005), ktorý obsahuje nasledujúce časti:

- **začiatok rozhovoru** – zahŕňa nadviazanie vzťahu (pozdrav, predstavenie sa, spýtanie sa pacienta na meno, zabezpečenie komfortu, preukázanie záujmu o pacienta) a prvotnú identifikáciu dôvodu návštevy,
- **zhromažďovanie informácií** – získavanie údajov použitím prostriedkov verbálnej a neverbálnej komunikácie,
- **vyšetrenie pacienta** – vysvetlenie špecifik samotného objektívneho vyšetrenia a zvolených diagnostických metód,
- **vysvetlenie a plánovanie** – vysvetlenie chorobného stavu a komplikácií, navrhnutie spôsobov liečby, odpovedanie na otázky pacienta, použitie vizualizačných metód formou písomných informácií a inštrukcií,
- **záver rozhovoru** – spoločné rozhodnutie o ďalšom postupe, vysvetlenie, čo robiť v prípade komplikácií, kde a ako má pacient vyhľadať lekársku pomoc, záverečné uistenie, že pacient súhlasí a nemá ďalšie otázky.

Uvedený model je síce univerzálny, nie je však aplikovateľný v každej komunikačnej situácii vo vzťahu lekár – pacient. Je použiteľný predovšetkým pri prvotnom vyšetrení pacienta a zisťovaní anamnézy.

Ako bolo uvedené, komunikácia lekára s pacientom nie je jednosmerná, dôležitou súčasťou rozhovoru je podávanie rôznych informácií týkajúcich sa zdravotného stavu, diagnózy, liečby a prognózy. Základnými cieľmi poskytovania informácií je pomôcť pacientovi porozumieť, znížiť jeho psychickú nepohodu a zabezpečiť jeho spoluprácu. Výskumy potvrdzujú, že pacienti, ktorí sú dostatočne informovaní o svojej chorobe a liečbe, sú s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou spokojnejší a sú v zdravotníckom zariadení hospitalizovaní kratšie. Určité percento informácií pacient vo všeobecnosti zabudne do niekoľkých hodín po konzultácii s lekárom, na čo musí lekár myslieť pri ďalších stretnutiach s pacientom. Samozrejme, nedostatok informácií a dezinformácia pacienta vedie k podávaniu sťažností a trestných oznámení.

Zvláštnu situáciu v komunikácii s pacientom predstavuje oznamovanie nepriaznivých správ, čo patrí medzi najväčšie obavy predovšetkým u lekárov v klinickej praxi. Čo je na oznamovaní zlých správ ťažké? Lekár častokrát pociťuje zodpovednosť za pacienta, strach z emocionálnej reakcie, zo zmeny vzájomného vzťahu, z možného obvinenia. Sú situácie, kedy lekár nevie, akým spôsobom má negatívnu informáciu povedať, akú informáciu má vôbec uviesť a častokrát nie je schopný adekvátne odpovedať na otázky. Oznamovanie nepriaznivých správ si vyžaduje zo strany lekára čas a pripravenosť, individuálny prístup v každej situácii. Samotný rozhovor by mal prebiehať v nerušivom prostredí bez prítomnosti iných pacientov či ostatného zdravotníckeho personálu, niektoré zdravotnícke zariadenia majú k tomu vyhradené miestnosti. Ak si pacient želá prítomnosť blízkej osoby alebo iného lekára, je eticky správne mu to umožniť. Dôležité je taktiež, aby sa pacient cítil pohodlne, počas rozhovoru je vhodné udržiavať s pacientom očný kontakt. Je správne začať s údajmi, ktoré pacient vie, následne zistiť, čo chce vedieť, podať dostatok informácií a zabezpečiť spätnú väzbu. Prognóza by mala byť realistická a nevymedzená numericky. V každom prípade si oznamovanie negatívnych informácií vyžaduje empatiu lekára, citlivý prístup a adekvátny výber verbálnych i neverbálnych komunikačných techník.

6 Etika a komunikácia v pediatrii

Detskí pacienti predstavujú v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti samostatnú skupinu. Detský vek má svoje špecifické odlišnosti súvisiace s fyziologickým a sociálnym vývojom, ako aj právnym statusom. Samotný detský vek je možné rozdeliť do niekoľkých období – novorodenecký, dojčenský, batolivý, predškolský a školský vek, pričom každé obdobie má určité osobitosti. Detský vek je charakteristický vysokým vývojovým potenciálom pri chýbaní skúseností. Z uvedeného vyplývajú aj špecifické etické požiadavky na pediatrickú zdravotnú starostlivosť. Dieťa v závislosti od veku, fyzickej a psychickej vyspelosti je citlivejšie a zraniteľnejšie v porovnaní s dospelou populáciou. Zároveň je odkázané na iných (rodičov), zvlášť disponované na detské choroby a prechádza sociálne najťažším obdobím (puberta a dospievanie). Najlepším naplnením etiky vo vzťahu lekár – detský pacient je rešpektovanie práv ako aj fyziologických, psychických a emocionálnych potrieb dieťaťa.

Základným dokumentom upravujúcim lekársku etiku v pediatickej zdravotnej starostlivosti je **Charta práv hospitalizovaných detí**, ktorá bola schválená na I. európskej konferencii UNICEF o hospitalizovaných deťoch v Leidene, Holandsko (máj 1988). Ďalším dôležitým dokumentom je **Dohovor o právach dieťaťa**, ktorý prijala OSN 20.11.1989 v New Yorku. Tento dohovor žiada osobitnú starostlivosť a ochranu detí s dôrazom na rodinu a rešpektovanie vôle dieťaťa, pokiaľ je táto v jeho záujme.

Charta práv hospitalizovaných detí:

- 1) Deti majú byť prijímané do nemocnice iba vtedy, ak starostlivosť, ktorá sa vyžaduje, im nemôže byť rovnako dobre poskytnutá doma alebo pri dennej hospitalizácii.
- 2) Deti v nemocnici majú vždy právo mať u seba svojich rodičov alebo ich zástupcu.
- 3) Ubytovanie by malo byť poskytované všetkým rodičom a tí by mali byť podporovaní v tom, aby ho prijali. Pre rodičov by to nemalo znamenať finančnú záťaž a nemali by trpieť stratou zárobku. Aby sa rodičia mohli podieľať na opatere svojho dieťaťa, mali by byť trvale informovaní o činnosti oddelenia a mala by byť podporovaná ich aktívna účasť.
- 4) Deti i rodičia majú právo byť informovaní spôsobom zodpovedajúcim ich veku a

úrovni chápania. Mali by byť prijaté opatrenia na zmiernenie fyzického a emočného stresu.

- 5) Rodičia majú právo na informačnú účasť pri všetkých rozhodnutiach týkajúcich sa starostlivosti o ich deti. Každé dieťa má byť chránené pred zbytočnou liečbou a výskumom.
- 6) Deti majú byť ošetrované spolu s deťmi, s ktorými majú rovnaké vývojové záujmy a nemajú byť prijímané na oddelenia dospelých.
- 7) Deti majú mať všetky podmienky na hry a oddych a na vyučovanie vhodné pri ich veku a stav a majú byť v prostredí nábytkom účelne zariadenom a stimulujúcom, ktoré má byť zostavené v súlade s ich potrebami.
- 8) O deti sa má starať personál, ktorého vzdelanie a skúsenosti ho predurčujú reagovať na fyzické, emočné a vývojové požiadavky detí a ich rodín.
- 9) Kontinuita opatery by mala byť zabezpečená tímom starajúcim sa o deti.
- 10) S deťmi sa má zaobchádzať s taktom a porozumením a ich súkromie má byť rešpektované.

V pediatrickej starostlivosti dochádza ku konfrontácii a vytvoreniu vzájomného vzťahu medzi viacerými osobami – dieťa, rodič a lekár. Tento trojrozmerný vzťah je zložitý, zahŕňa práva a záujmy dieťaťa, povinnosti a autoritu rodiča v interakcii s povinnosťami lekára. Dieťa či už zdravé alebo choré prichádza k lekárovi v sprievode dospelých ako objekt, v prevažnej väčšine nemá vytvorený alebo chýba vzťah dôvery k lekárovi. Detská psychika je vystavená záťaži rôzneho typu podľa veku dieťaťa a je závislá aj od zvolených diagnostických a terapeutických metód. V prípade hospitalizácie detského pacienta je psychika dieťaťa ovplyvnená viacerými faktormi, ako sú odlúčenie od rodiny; neprítomnosť matky, otca a súrodencov; odlúčenie od kolektívu; dieťa rieši zvukové, svetelné a taktilné podnety, bolestivé liečebné a diagnostické zákroky, narušenie denného režimu, režimu bdenie – spánok či podávanie liečiv ovplyvňujúcich psychiku a správanie.

Dojčatá a batol'atá trpia predovšetkým izoláciou od matky, deti predškolského veku negatívne vnímajú pripútanie na lôžko, majú strach z bolestivých procedúr, môžu sa objaviť nočné mory. U detí školského veku sa už objavuje aj pocit úzkosti, strach z choroby a zo smrti, ochorenie môžu dokonca vnímať ako trest. Adolescenti môžu pociťovať stratu kontroly nad svojím osudom, majú obavy z poškodenia vzhľadu a intelektu, obavy z budúcnosti, zníženie dôstojnosti pociťujú pri nechránenej polohe a nahote počas vyšetrovania.

Samotná hospitalizácia dieťaťa si vyžaduje špecifický prístup ošetrojúceho personálu s rešpektovaním určitých etických zásad. Dieťa by malo byť hospitalizované s deťmi rovnakého veku. Umožniť, aby rodičia a súrodenci boli s dieťaťom čo najčastejšie a čo najdlhšiu dobu a aby malo okolo seba obľúbené predmety z domu (hračky, notebook). Pokiaľ to nenaruša diétny režim, rodičia môžu nosiť obľúbené jedlá. Zistiť od rodičov zvláštnosti v správaní dieťaťa, zvyky a stereotypy, avšak počas hospitalizácie dieťa nevychovávať a nesnažiť sa odučiť ho od jeho zlozvykov (v prípade, že nie sú mimoriadne závažné a neohrozujú stav dieťaťa napr. drogová závislosť). Ak si dieťa obľúbi niekoho z personálu, umožniť, aby bolo dieťa s ním vždy, keď je to možné a zároveň začleniť dieťa do kolektívu ostatných detí. Veľmi dôležité je rešpektovanie režimu deň – noc.

Jednou zo základných požiadaviek v pediatrickej zdravotnej starostlivosti je predchádzanie a potlačovanie bolesti, voľba nebolestivých diagnostických a terapeutických procedúr. Dieťa má prirodzený strach pred bolesťou, čo ovplyvňuje jeho hlavný pocit vo vzťahu k chorobe a liečbe, bolesť nemôže rozumovo prijať ako súčasť choroby a liečby. Predchádzanie bolesti je pre pediatra meradlom jeho etických a humánnych kvalít. Pred každým bolestivým zákrokom by malo byť dieťa vhodne a šetrne poučené. Bolesť je spojená predovšetkým s malignitami, ktoré sú druhé v poradí medzi príčinami detskej úmrtnosti. V takýchto prípadoch je nevyhnutná nielen vysoká profesionálna úroveň, ale aj maximálne citlivý, láskavý a priateľský prístup lekára ako aj ďalšieho ošetrojúceho personálu.

Choroba a hospitalizácia dieťaťa, zvlášť keď je v kritickom stave či s onkologickým ochorením, v rozhodujúcej miere zasahuje aj rodičov dieťaťa, pre ktorých je to obrovská záťaž. Táto záťaž spočíva v tom, ako vidia svoje dieťa trpieť. Rodič je však traumatizovaný aj z ďalších dôvodov, ako sú kolísanie medzi nádejou a beznádejou, cestovanie za dieťaťom, nedostatok spánku, narušenie pracovného a životného režimu. Prvé oznámenie diagnózy vyvoláva vždy šok, smútok, úzkosť, vedie k rýchlemu rozvoju obranných mechanizmov. Informácia o diagnóze uzatvára obdobie neistoty, čakania, strachu z neznámeho, ďalej začína obdobie liečby už konkrétneho ochorenia, ktoré však prináša novú neistotu.

Rodičia sa môžu podvedome na dieťa za jeho chorobu a problémy hnevať, následne si to uvedomia a začnú sa sebaobviňovať, čím vzniká začarovaný kruh. U niektorých rodičov môže vyvolať ochorenie dieťaťa úzkosť a strach, ktoré môžu vyústiť do agresivity. Je nutné si uvedomiť sociálny aspekt, že choré je nielen dieťa, ale v istom zmysle všetci členovia rodiny, súrodencov nevynímajúc. Súrodenci by mali byť dostatočne informovaní o chorobe a stave svojho súrodenca, v prípade hospitalizácie môžu sprevádzať rodičov pri návštevách

v závislosti od veku. Je vhodné umožniť im, aby sa s chorým súrodencom rozprávali a dotýkali sa ho. Súrodenci chorých detí sa na druhej strane môžu cítiť opustení, môžu sa na chorého aj hnevať. Ďalšou požiadavkou je informovať súrodencia o úmrtí. V pediatrickej starostlivosti platí „*Ars medica*“ – vždy sa prispôbiť stavu a potrebám detského pacienta, ako aj aktuálnemu psychickému stavu, potrebám a schopnostiam jeho rodičov.

6.1 Špecifiká komunikácie v pediatrii

Počas vyšetrenia a hospitalizácie je dôležité vytvorenie dôverného vzťahu medzi dieťaťom, rodičom a zdravotníckym personálom, čo umožní spoluprácu dieťaťa. Lekár si dôveru dieťaťa a rodiča získava vytvorením pokojnej atmosféry a vhodne zvolenou komunikáciou. Úroveň komunikácie lekára závisí predovšetkým od veku dieťaťa, iný je výber jazykových prostriedkov pri komunikácii s malým dieťaťom a iný so starším dieťaťom či adolescentom. Už pri prvom vyšetrení je správne sa dieťaťu predstaviť (kto sme, čo robíme), spýtať sa ho na meno, následne ho osloviť krstným menom. U adolescentov, berúc do úvahy ich mentálnu a fyzickú úroveň, je v niektorých situáciách vhodné pristupovať k nim už ako k mladým dospelým ľuďom a v komunikácii zvoliť radšej formu vykiania.

Anamnestické údaje lekár získava od dieťaťa a rodiča, príp. sprevádzajúcej osoby. Pred konkrétnymi otázkami o samotnej chorobe je vhodné rozprávať sa s dieťaťom o škole či záľubách, pričom najviac má rozprávať lekár. Celý dialóg s dieťaťom by mu mal pripomínať rozhovor so známymi alebo priateľmi. Nie je vhodné, aby bol dialóg vedený formou výsluchu, otázky nesmú byť sugestívne. Na rozhovore sa zúčastňujú všetci prítomní vrátane dieťaťa ako rovnocenného člena, výnimkou je vek, príp. zdravotné postihnutie, kedy dieťa nevie rozprávať. Odpovede detí a rodičov lekár musí posudzovať kriticky vzhľadom na vek, psychickú, sociálnu úroveň a detskú fantáziu. Lekár počas rozhovoru musí odhadnúť, či dieťa alebo rodič niečo nezatajujú, prípadne nezveličujú, alebo či má dieťa prejavy účelového správania. Pri zisťovaní anamnézy sa samozrejme treba vždy rozprávať s rodičom, v praxi najčastejšie s matkou. Je dôležité vhodným spôsobom objasniť každú liečebnú alebo diagnostickú procedúru, dieťa pripraviť, požiadať ho o súhlas, vzbudiť dojem, že má vplyv na daný výkon a liečbu. V prípade hospitalizácie je vhodné s dieťaťom komunikovať aj mimo liečebnej a ošetrovateľskej činnosti. Odpovedať dieťaťu na jeho otázky, odpovede musia byť jednoduché, vyhnúť sa používaniu odbornej terminológie. Je dôležité si uvedomiť aj fakt, že

deti školského veku, zvlášť adolescenti, komunikujú a získavajú informácie o svojej chorobe aj prostredníctvom informačných technológií, kladú otázky a očakávajú relevantné odpovede.

Zvláštnu formu komunikácie si vyžadujú deti týrané a zneužívané. Týranie môže mať formu telesnú, pri ktorej sú na tele dieťaťa prítomné poškodenia či poranenia rôzneho druhu a staroby. Ďalšou formou je psychické a emocionálne týranie. Pri vyšetrení takéto deti nekomunikujú, sú ustráchané, úzkostné, obozretné, majú vyplašené reakcie, pri nečakaných dotykoch sa mykajú a nenadväzujú očný kontakt, a to zvlášť, ak sa nachádzajú v prítomnosti rodiča alebo inej sprevádzajúcej osoby, ktorá je zároveň agresorom. Lekár by mal citlivou komunikáciou a vyšetrením odhaliť takýto stav, v odôvodnených prípadoch upovedomiť políciu.

Osobitný prístup sa vyžaduje pri vyšetovaní dieťaťa s poruchami sluchu a psychomotorickou retardáciou, kedy je komunikačný proces lekára s dieťaťom sťažený. V týchto prípadoch lekár komunikuje s rodičom alebo inou sprevádzajúcou osobou.

Ako bolo uvedené, do komunikácie lekár – dieťa vstupuje aj rodič, ktorý poskytuje najdôležitejšie informácie najčastejšie pri získavaní anamnestických údajov o zdravotnom stave dieťaťa. V komunikácii lekára s rodičom je dôležité vždy pravdivo a zrozumiteľne informovať rodičov o povahe ochorenia, zvolených diagnostických metódach, liečbe a prognóze. Súčasne zodpovedať ich otázky. Mimoriadne etický prístup je nevyhnutný v prípadoch závažných ochorení, poškodení zdravia a v kritických stavoch. Pri závažnom ochorení rodičov nezraňovať viac ako zraňuje vlastná skutočnosť ochorenia ich dieťaťa. V prípade, že sa rodič obviňuje, dať rozhovorom najavo, že o týchto pocitoch lekár vie, že sú obvyklé. Netreba zabúdať, že v týchto prípadoch po prvotnej fáze šoku nastupuje fáza adaptácie, kedy rodič aktívne vyhľadáva informácie. Pri poskytovaní informácií o zdravotnom stave, liečbe či prognóze zabezpečiť rodičovi dostatok času na spracovanie informácií a poskytnúť pomoc pri vyhľadávaní ďalších informácií o chorobe dieťaťa, občianskych združeniach.

V každodennej pediatrickej praxi môžu nastať situácie, ktoré si vyžadujú adekvátne znalosti komunikačných techník, empatiu a etický prístup lekára. Ide predovšetkým o oznamovanie závažných nepriaznivých správ o zdravotnom stave dieťaťa a zvládnutie situácie, kedy sú rodičia rozrušení, útoční a obviňujúci.

Nepriaznivú správu oznamuje rodičom výlučne lekár (nie iný zdravotnícky pracovník) najlepšie obom rodičom naraz, a to v súkromí (v zatvorenej kancelárii, prípadne v miestnosti na to určenej), bez rušenia rozhovoru inými osobami a bez rušenia telefónmi. Pri rozhovore

môžu byť prítomní aj príbuzní, priatelia, prípadne iný lekár (ak si to rodič praje). Informácie majú byť podané jasne, otvorene, zrozumiteľne s ohľadom na inteligenciu a citový stav rodičov. Neodporúča sa používanie kvantitatívnych údajov o prognóze ochorenia. Po prvotnej informácii môže nastať chvíľa ticha, ktorú nie je vhodné rušiť zbytočným rozprávaním, je etické nechať rodičov chvíľu osamote, aby informácie prijali. Details je možné oznámiť dodatočne na ich žiadosť. Rodičia sa môžu aj sebaobviňovať za stav dieťaťa napr. že nerozpoznali príznaky ochorenia a mohli prísť skôr. Je neetické vyjadrovať sa a posudzovať poskytovanie zdravotnej starostlivosti inými lekármi, ktorí dieťa predtým liečili.

Druhá situácia nastáva, kedy je rodič rozrušený, hysterický alebo v afekte, pričom je na lekára útočný, hľadá vinníka či obviňuje seba. Takúto situáciu je vhodnejšie neriešiť v súkromí, ale v otvorenom priestore (kancelária s otvorenými dverami), je vítaná prítomnosť iného lekára (najlepšie vedúci oddelenia). Odporúča sa nechať rodičov, aby sa vyrozovali, prejavili vôľu počúvať ich, odpovedať pokojným hlasom, nezvyšovať hlas. Pri nezvládnuteľnom afekte je vhodné rozhovor ukončiť a požiadať rodičov, aby prišli inokedy (napr. na druhý deň). Rodičia si môžu zavolať aj svojho lekára, ktorého poznajú, tomu je taktiež vhodné vysvetliť stav dieťaťa. Ďalšou možnosťou je poskytnúť rodičovi konkrétnu pomoc, napr. upokojujúcu liečbu, konzultáciu so psychológom. V prípade geneticky podmieneného ochorenia ponúknuť preventívne vyšetrenie súrodencov, v prípade zistenia prenosného ochorenia vyšetrit' aj ostatných členov rodiny.

Obe uvedené situácie sú pre lekára mimoriadne náročné, ich zvládnutie si vyžaduje trpezlivosť, empatiu, avšak aj určitú mieru odosobnenia. V oboch uvedených situáciách je eticky správne zabezpečiť a umožniť kontakt rodičov s chorým dieťaťom.

7 Etická problematika starého pacienta

Zlepšujúca sa životná úroveň, spolu s rozvojom a dostupnosťou zdravotnej starostlivosti výrazne prispievajú k stále sa predlžujúcej priemernej dĺžke života. Tá v roku 2012 dosiahla na Slovensku pre mužov hranicu 72,9 roka a pre ženy 79,6 roka. V súčasnosti sme svedkami transformácie zloženia spoločnosti, kedy jej nezanedbateľnú časť tvoria ľudia v poproduktívnom veku. Celkový počet seniorov narastá, a to so sebou prináša potrebu adekvátne reagovať na ich požiadavky a potreby.

Pojem staroba označuje poslednú vývojovú etapu života, končiacu smrťou človeka. Rovnako ako iné vývojové štádiá má aj staroba svoje znaky, ktorými sa odlišuje od predchádzajúcich životných etáp. Pre toto obdobie sú charakteristické regresívne zmeny štruktúry a funkcií organizmu a postupný pokles schopností a výkonu. Podľa WHO klasifikácie veku staršieho človeka môžeme vyšší vek - ranú starobu vymedziť vekovou hranicou 60-74 rokov, pokročilému veku – vlastnej starobe prislúcha obdobie medzi 75. – 89. rokom života, a obdobie po 90. roku života má označenie dlhovekosť.

Podľa celkovej kondície, zdravotného stavu a z toho vyplývajúcej miery autonómie a sebestačnosti môžeme osoby „tretieho“ veku zdeliť do troch skupín. Prvú skupinu tvoria elitní seniori, ktorí duševnou a telesnou aktivitou výrazne presahujú svoj vekový priemer. V druhej skupine nachádzame aktívnych seniorov, osoby sebestačné, so zachovanými telesnými i duševnými schopnosťami primeranými ich veku. Poslednou treťou skupinou sú závislí seniori, ktorí si vyžadujú pomoc príbuzných či sociálnych a zdravotníckych služieb. V závislosti od postoja seniorov k aktívnemu životu a záujmu o okolité dianie je možné medzi nimi rozlišovať osoby pozitívne a negatívne ladené. Medzi pozitívne osoby radíme tie, ktoré napriek zaslúženému odpočinku, teda dôchodku, vykonávajú v rámci vlastnej štruktúry času bežné aktivity a sú schopné vykonávať vysokostupňové aktivity. Naopak osoby negatívne sú skôr pasívnou súčasťou svojej vekovej skupiny a nečinne prijímajú posun času bez akéhokoľvek životného programu alebo cieľa. Obyčajne je veľmi obtiažne ľudí z tejto skupiny podchytiť a získať ich pre aktívne trávenie ich voľného času.

V súčasnosti sa stáva populácia osôb „tretieho veku“ veľmi heterogénnou skupinou. Sme svedkami prebiehajúcej generačnej výmeny, ktorej odzrkadlenie v medicínskom prostredí nachádzame predovšetkým v zmysle odklonu od tradičného paternalistického vnímania lekára s posunom k partnerskému postoju, s narastajúcim záujmom a zvýšenými nárokmi na poskytovanú zdravotnú starostlivosť. Do popredia sa dostáva nielen samotný

záujem o vlastné zdravie a s tým spojený liečebný proces, ale aj komunikácia a celková kvalita komplexu poskytovaných zdravotníckych služieb.

S narastajúcim vekom sa názorové spektrum človeka posúva viac konzervatívnym smerom a je všeobecne známe, že seniori citlivejšie reagujú na zmeny a horšie sa adaptujú na nové podmienky a neznáme situácie, v ktorých sa ocitnú. Starí ľudia spravidla odmietajú akúkoľvek zmenu prostredia a, prirodzene, najoptimálnejším je pre nich ich vlastný domov. Samotný pobyt v nemocnici a s ním spojená zmena prostredia a režimu so sebou prináša rad možných komplikácií, na ktoré je potrebné vopred myslieť a včas ich rozpoznať.

K najčastejším rizikám hospitalizácie pre starého pacienta patria:

1. **Iatropatogénna trauma** – negatívna reakcia starého človeka na liečbu, nežiaduce účinky liekov, liekové interakcie a pod.
2. **Dietetická trauma** – iný spôsob stravovania, v dôsledku toho vzniknutá obštipácia alebo hnačka, nekontrolované stravovanie pri návštevách príbuzných.
3. **Dehydratácia** – jedno z najväčších rizík, starý človek veľmi často nemá pocit smädu a nemá návyk prijímať dostatočné množstvo tekutín.
4. **Nozokomiálne infekcie** – najmä v kritických zimných a jarných mesiacoch hrozia respiračné infekcie (chrípka, bakteriálne pneumónie), ale aj infekcie z kontaminácie krvou (hepatitída typu B).
5. **Psychosociálna trauma** – výsledok odlúčenia od rodiny a domáceho prostredia a vplyvu nemocničného prostredia, obmedzenie návykov, potreba prispôbiť sa druhým, existenčná neistota, pocit ohrozenia života, pocit vylúčenia z rodiny.
6. **Fyzická trauma** – starý človek sa nevyhne rôznym poraneniam pri pádoch (subdurálny hematóm alebo zlomenina krčku stehnovej kosti pri páde z vysokej postele).
7. **Pobyt na lôžku** – môže viesť k zvýrazneniu osteoporózy, k atrofii svalstva, k bolestiam kĺbov, k ortostatickému kolapsu, zvlášť nebezpečné je riziko pľúcnej tromboembólie, bronchopneumónie, močovej infekcie, dekubitov.
8. **Diagnostické riziká** – dané početnosťou (*polymorbidita*) a zvláštnosťou chorôb a ich príznakov v starobe. Choroby prechádzajú do chronicity, pridružuje sa psychická zmätenosť.
9. **Rozdielne postoje lekára a pacienta** – pacient môže zveličovať príznaky (agrovovať) alebo naopak disimulovať. U lekára je nebezpečný sklon

k podceňovaniu príznakov, k prechodu od kauzálnej liečby k symptomatickej terapii.

10. **Sklon ku komplikáciám** – rastie s vekom a prejavuje sa najmä v nemocničnom prostredí (poruchy vedomia, rozvrat vnútorného prostredia, poruchy močenia, dekubity, infekcie, imobilizačný syndróm).
11. **Vysoký vek** – je rizikom aj pri krátkodobej hospitalizácii a toto riziko je mimoriadne vysoké u dlhovekých pacientov.
12. **Depresia** – skresľuje priebeh choroby a zhoršuje jej prognózu. Môže vyvolať adaptačné zlyhanie a starecký pokus o samovraždu.
13. **Relokačný syndróm** – môže vzniknúť nielen ako následok hospitalizácie alebo preloženia pacienta z jedného zdravotníckeho zariadenia do druhého, ale aj ako reakcia na preklad z izby do izby, dokonca i na preklad z postele na inú posteľ v tej istej izbe. Klinický prejav: najčastejšie zmätenosť a celkové zhoršenie zdravotného stavu.
14. **Geriatrický maladaptačný syndróm** – prejav adaptačného zlyhania je mimoriadne nebezpečný pre starého pacienta. Klinicky sa prejavuje zmätenosťou, depresiou, imobilitou a inkontinenciou.

Pri ošetrovaní starého pacienta je nevyhnutné si uvedomiť, že počas hospitalizácie stráca podstatnú časť svojho zázemia (predovšetkým postavenie, životnú istotu, súkromie, životný rytmus, voľnosť pohybu, možnosť aktivity) a naopak nadobúda negatíva v podobe bolesti, slabosti, nemohúcnosti, rôznych obáv, nepríjemných vyšetrení a niekedy nepríjemných spolupacientov, čo v konečnom dôsledku spolu so zmenou prostredia prináša pre pacienta vysokú telesnú a duševnú záťaž, s ktorou sa musí popri diagnosticko-terapeutickom procese vysporiadať. Je nepopierateľné, že nemocničné prostredie je pre starého pacienta jednoznačne stresujúce. Pobyť seniora v nemocnici má byť čo najkratší a správne indikovaný, s dodržiavaním psycho-hygienických zásad. V prípade medicínskych indikácií na hospitalizáciu sú vhodnou alternatívou denné nemocnice a možnosti jednodňovej chirurgie.

Medzi najčastejšie dôvody hospitalizácie seniorov radíme:

- diagnostiku a liečbu pri akútnom zhoršení zdravotného stavu,

- hospitalizáciu zo sociálnych príčin, keď príbuzní nevedia zabezpečiť starostlivosť o seniora pre svoju vlastnú chorobu, pracovnú cestu či dovolenku,
- hospitalizáciu pre konflikt v rodine, pre nedostatok finančných prostriedkov na živobytie, pre nedostatočné možnosti opatrovateľskej služby či zlyhanie komunitných štruktúr sociálneho zabezpečenia.

V prípade nemedicínskych indikácií na hospitalizáciu platí, že tzv. sociálna hospitalizácia môže predĺžiť pobyt starého človeka v nemocnici nad únosnú dobu a v konečnom dôsledku pobyt v nemocnici neprináša pacientovi osoh a zlepšenie stavu.

7.1 Špecifiká komunikácie so starým človekom

Úspešná a uspokojivá komunikácia predstavuje kľúč k naplneniu potrieb seniorov, predovšetkým tých, ktorí kladú dôraz na všetky aspekty poskytovanej zdravotnej starostlivosti, komunikáciu nevynímajúc. Rozhovor so starším pacientom je obojstranný proces, v ktorom má byť pacient vypočutý a následne mu majú byť odovzdané potrebné informácie takou formou, aby im mohol sám porozumieť a aby to uspokojilo jeho potrebu. V tomto procese hrajú nemalú úlohu aj primerané podmienky a prostredie, v ktorom sa zdravotná starostlivosť poskytuje, a preto je dôležité vytvárať taký priestor, ktorý bude na pacienta vplyvať v pozitívnom zmysle ešte pred samotným vstupom do ambulancie. Starší pacient by sa mal cítiť komfortne a tento pocit by mal začať už pri jeho vstupe do zdravotníckeho zariadenia. Neochotný personál, dlhé čakacie doby, či nemožnosť naplniť svoje základné potreby, prípadne zložiť si svoje veci, sa môžu negatívne podpísať pod celkový úspech komunikácie s pacientom a naštrbiť vzťah medzi pacientom a lekárom ešte skôr, ako reálne vznikne.

Spôsob prijatia a prvý dojem je východiskom a základným pilierom pre neskoršiu úspešnú komunikáciu so seniorom. Je nevyhnutné uvedomiť si fakt, že seniori sú dospelými osobami s prislúchajúcimi mentálnymi schopnosťami, právami a dôstojnosťou. Je dôležité dbať na správne oslovenie, ako súčasť slušného a zdvorilého prístupu k pacientovi, a vyvarovať sa akejkoľvek formy „elderspeaku“, ako prejavu neúcty a vekovej diskriminácie starších ľudí. Na komunikáciu so starším človekom by sme mali mať vyhradený dostatok času, keďže prípadný časový nátlak vyvíjaný na seniora sa môže podpísať pod následnú nesústredenosť pacienta, unáhlené alebo spomalené reakcie a spôsobovať mu stres.

Netrpezlivosť v tejto úvodnej fáze môže poznačiť celú nasledujúcu komunikáciu istou mierou nedôvery a môže byť dôvodom zamlčania informácií zo strany pacienta. Naopak, pozitívny vplyv na výsledný rozhovor so starším človekom má okrem iného aj prejav úcty a rešpektu zo strany lekára, či vhodná miera empatie. Univerzálne platné pravidlá pre komunikáciu medzi lekárom a pacientom je nutné doplniť o niektoré špecifiká vyplývajúce zo zvýšenej pravdepodobnosti výskytu senzorických a kognitívnych porúch. O existencii spomínaných zmien je nevyhnutné sa hneď na začiatku presvedčiť a následne tomu prispôbiť komunikáciu. Nie je vhodné kričať na pacienta len preto, že je starý a sluchové problémy sa v staršom veku vyskytujú so zvýšenou frekvenciou. V prípade verifikovanej zmyslovej poruchy postupujeme tak, aby pacientovi aj napriek danému znevýhodneniu bola poskytnutá plnohodnotná zdravotná starostlivosť a odovzdanie kompletých informácií aj so zodpovedaním prípadných doplňujúcich otázok. V klinickej praxi sa najčastejšie v prípade seniorov stretávame s poruchami sluchu, zraku a so zníženou kognitívnou kapacitou pacienta. V prípade poruchy sluchu komunikujeme s pacientom dostatočne hlasno, pomaly a zrozumiteľne, s kompenzačným využitím ostatných zmyslov, predovšetkým zraku. Pre úspešnú komunikáciu a odovzdanie informácií pacientovi je vhodné výraznejšie artikulovať a využiť aj ostatné neverbálne prejavy, vhodnou formou býva aj podrobné písomné poučenie pacienta. V prípade výskytu poruchy zraku naopak využívame predovšetkým sluch, všetky informácie povieme pacientovi jemu zrozumiteľnou formou a tempom, priebežne sa uisťujúc, či pacient porozumel a zapamätal si dôležité fakty. Písomnú formu komunikácie prispôbíme potrebám pacienta (väčšie písmo, pomoc s prečítaním textu). S postupujúcim vekom čoraz častejšie sa objavujúca kognitívna porucha na rôznom podklade býva neraz hlavnou bariérou v komunikácii medzi lekárom a pacientom a môže podstatnou mierou prispievať k dezinformácii pacienta a k neúspechu liečby.

Na úvod komunikácie sa snažíme urobiť si obraz o rozsahu poruchy, rozhovor sa snažíme viesť najprv s pacientom samotným a až následne s jeho sprievodom. Vhodné je aj napriek zníženej schopnosti porozumieť, viesť komunikáciu priamo s pacientom a vyvarovať sa rozhovoru o ňom, napriek jeho prítomnosti. V ďalšom kroku komunikujeme s príbuznými, prípadne iným sprievodom, ktorému odovzdáme všetky potrebné informácie týkajúce sa diagnózy, liečby a prognózy. Ak prichádza takýto pacient na ošetrovanie sám, je relevantné zaoberať sa podrobnejšie jeho sociálnou anamnézou a v prípade záujmu poskytnúť mu rady a informácie, kde a na aké organizácie sa môže v prípade potreby vo svojom zhoršujúcom sa stave obrátiť.

V samotnom rozhovore je potrebné prispôbiť slovník mentálnej kapacity pacienta, vyhýbať sa nezrozumiteľným pojmom a pravidelne si overovať, či nám pacient skutočne porozumel a vie spracovať nami odovzdané informácie. Ak je nevyhnutné, potrebné fakty zopakujeme, povieme pomalšie alebo informáciu rozdelíme na menšie, ľahšie pochopiteľné celky a rozhovor doplníme príkladom aplikácie v praxi. Všetky potrebné informácie odovzdáme pacientovi aj v písomnej forme. Senior by mal mať po rozhovore s lekárom nielen dostatok informácií o svojom zdravotnom stave a možnostiach s tým spojenými, ale aj pocit dôvery a uspokojenia svojich potrieb. Môžeme povedať, že súčasný senior je príkladom polymorbídneho pacienta vyžadujúceho odlišný prístup s ohľadom na svoje hodnoty, prania a voľby, pričom pre medicínu sa stáva takýto pacient obrovskou výzvou ako reflektovať na nutnosť čoraz komplexnejšieho modelu poskytovanej zdravotnej starostlivosti s prihliadnutím na potreby tejto špecifickej skupiny pacientov.

8 Etika a komunikácia s terminálne chorým pacientom

Pokroky v medicínskych aj nemedicínskych odvetviach priniesli so sebou možnosti predlžovania života v stavoch, ktorých priebeh patrí stále k nezvratiteľným. Súčasná medicína dokáže za priaznivých okolností predĺžiť terminálne štádium aj na niekoľko rokov a pri pohľade z časovej perspektívy ľudského života sa z neho stáva jedno zo životných období. Náuka zaoberajúca sa poslednými vecami človeka sa nazýva **eschatológia**, pričom posledné veci chápeme ako určitý fyzický a psychický stav človeka, s ktorým sa spájajú určité situácie, postoje a činnosti, ktoré sa odohrávajú v terminálnom časovom úseku života, teda v procese zomierania. Týkajú sa nielen zomierajúceho, ale aj jeho okolia, ošetrojúceho personálu zvlášť. V kompetencii dnešnej medicíny a príbuzných odborov ošetrovateľskej a psychosociálnej starostlivosti je takéto posledné štádium života pacientom čo možno najviac uľahčiť a príjemníť. Definícia terminálneho ochorenia vymedzuje toto ochorenie ako také, ktoré sa nedá vyliečiť a v dohľadnej dobe spôsobuje smrť človeka. Hlavným cieľom v starostlivosti o smrteľne chorých starých ľudí teda zostáva predovšetkým zlepšenie kvality prežívania pri plnohodnotnom naplnení ich opodstatnených potrieb a prání. Ľudská individualita prináša so sebou rozmanité reakcie a spôsoby vyrovnania sa s informáciou o nastávajúcom konci života. Ak zomierajúci pochopí, že sa koniec jeho života blíži, je nútený sa s týmto faktom vyrovnáť. V človeku je prirodzene zakotvený pud sebazáchovy a snaha prežiť, a takéto spracovanie informácie o umieraní a nemožnosti zvrátiť tento proces vytvára v človeku určitý druh konfliktu. To, ako reaguje zomierajúci na tento konflikt, závisí v podstatnej miere od jeho osobnosti.

Rozlišuje sa 5 psychických fáz zomierania (Kübler-Ross, 1974):

- Prvá fáza: „**Ja nie!**“ – zodpovedá odmietaniu prijať pravdu sprevádzanú izoláciou, šokom a popretím. Správanie je v tejto fáze impulzívne a nekontrolované. Ošetrojúci lekár musí rešpektovať popieranie chorého a brať to ako možnú reakciu.
- Druhá fáza: „**Prečo ja?**“ – predstavuje fázu hnevu, keď zomierajúci rozpoznáva nevyhnutnosť situácie a zúfalo sa bráni. Javí sa ako nespravodlivý, nevďačný, s výbuchmi zlosti. Ošetrojúcemu personálu veľmi sťažuje prácu a spolupacientov uvádza do stavu zúfalstva.
- Tretia fáza: „**Možno, že predsa len ja nie!**“ – fáza vyjednávania s „tápaním“ medzi ilúziou a istotou. Ošetrojúci personál by sa nemal podieľať na špekuláciách

chorého. Toto štádium slúži ako odklad akceptovania toho, čo je nevyhnutné. Pacient sa zaujíma o nové liečebné metódy a pokusy, žiada o účinnejšie liečenie v inej nemocnici (netreba to chápať ako nedôveru).

- Štvrtá fáza: „*Čo to pre mňa znamená?*“ – fáza depresie, zúfalstva, pričom depresia je vyvolaná tým, že chorý ľutuje všetko, čo opúšťa, uvedomuje si koniec svojho pracovného, rodinného aj spoločenského života.
- Piata fáza: „*Áno, ja. Ak to musí byť, som toho schopný!*“ – predstavuje fázu súhlasu, avšak toto štádium neprežívajú všetci zomierajúci. Zmierenie sa so zomieraním je odrazom ľudskej zrelosti, osobnosti veľkého formátu a vzorom ľudskej dôstojnosti.

Vo všeobecnosti platí, že každý pacient a jeho príbuzní môžu prechádzať jednotlivými fázami individuálnym tempom, pričom sa môžu na určitom stupni zastaviť a neposunúť sa ďalej, prípadne sa vrátiť k už prekonanej fáze.

Vyrovňavanie sa príbuzných nemusí byť totožné s vyrovnávaním sa pacienta, a tak sa môže lekár pri lôžku stretnúť s osobami, ktoré sa budú nachádzať v odlišných štádiách akceptácie umierania svojho blízkeho. Intenzita prežívania procesu zomierania môže byť v závislosti od rýchlosti nástupu tohto procesu trojaká. V prípade rýchlej smrti (infarkt svaloviny srdca alebo cievna mozgová príhoda s okamžitou stratou vedomia, ťažké úrazy), pri ktorej uvedomenie si smrti trvá iba okamih alebo úplne chýba, príbuzní, najmä pri úmrtiach mladých ľudí, prijímajú takúto správu bez akejkoľvek prípravy, ostávajú šokovaní a neraz si vyžadujú psychoterapiu. Druhú skupinu tvoria chronicky chorí pacienti s ochorením CNS (napr. Alzheimerova choroba), ktoré im nespôsobuje bolesť a ovplyvňuje vnímanie a uvedomovanie si zomierania v zmysle prahového až podprahového rozlišovania ich skutočného stavu. Ošetrovanie takýchto chorých najmä príbuznými, ktoré je často dlhodobé, môže viesť k vyčerpaniu a k psychosociálnym problémom príbuzných, takže smrť chorého znamená pre príbuzných v istom zmysle skôr uľahčenie a uvoľnenie. Poslednou skupinou sú chorí, u ktorých zomieranie prebieha pomaly, pri plnom vedomí, s veľkou intenzitou utrpenia (onkologické a závažné interné ochorenia). Títo chorí predstavujú pre ošetrojúci personál najväčší problém. Blízki na seba kladú často veľké bremeno v snahe pomôcť týmto pacientom a zároveň spolu s chorou osobou prekonávajú jednotlivé štádia zmierenia sa s nezvratiteľným osudom.

Podľa postojov k zomieraniu a vyrovnanosti sa s nadchádzajúcou smrťou v praxi rozlišuje sedem skupín pacientov:

1. bez strachu, vyrovnaní s odchodom,
2. pripravení, ale mlčanliví,
3. odovzdane očakávajúci smrť, pomáhajú spolupacientom,
4. euforickí, plní plánov do budúcnosti,
5. apatickí, ľahostajní, nevšímaví,
6. nechcú zomrieť, pretože sú nenahraditeľní,
7. vyčerpaní.

8.1 Špecifiká komunikácie s terminálne chorým pacientom

Odobovanie informácií o skutočnej povahe ochorenia a reálnej prognóze patria v lekárskej praxi k jednej z psychicky najnáročnejších činností. Spadajú pod kompetenciu ošetrojúceho lekára a pacient má na podanie úplnej, pravdivej a jemu zrozumiteľnej informácie zákonné právo. Spolu s právom pacienta byť informovaný je lekár konfrontovaný s jeho osobným želaním a aktuálnym psychickým rozpoložením, na základe ktorých musí zvoliť vhodnú formu a rozsah podaných informácií. Prvotná komunikácia o terminálnom štádiu ochorenia sa riadi všeobecnými zásadami rozhovoru medzi lekárom a pacientom, s uplatnením určitých špecifik. Na úvod je vhodné si objasniť, či sa chce pacient rozhovoru zúčastniť sám, alebo za prítomnosti príbuzných alebo iných blízkych osôb a do akej miery si želá byť informovaný. Z pohľadu informovanosti rozoznávame celé spektrum osôb plynulo prechádzajúce od tých, ktorí si želajú byť úplne a do detailov informovaní o všetkých aspektoch a vyhliadkach svojho ochorenia, vrátane informácií o budúcom stave (rozsah možných ťažkostí, priebeh a trvanie choroby, ochabovanie síl, spôsob liečenia, obmedzenia v sociálnej sfére) cez osoby, ktoré pasívne prijímajú základné informácie až po osoby, ktoré odmietajú podrobnejšie fakty o svojom stave a prenášajú toto bremeno na svojich príbuzných. O rozsahu informovania pacienta by mal byť urobený písomný záznam a mal by byť poučený aj ostatný zdravotnícky personál a podľa daných inštrukcií s pacientom následne komunikovať. Pri ďalšej starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu ochorenia sa môžeme jednak zo strany lekára a jednak zo strany chorej osoby či príbuzných stretnúť s otázkami

a reakciami prislúchajúcimi rozpoloženiu, v ktorom sa pacient ocitol. Počas starostlivosti o zomierajúcich je nevyhnutné, aby zdravotnícky personál poznal vlastné postoje pacientov k sebe samému a k vlastnej smrti a vedel zaujať stanovisko pri existenčných otázkach pacienta, ktoré sa vynárajú prirodzene častejšie s blížiacim sa koncom života. Pri rozhovore s pacientom je vhodné vyhnúť sa vnučovaniu svojho životného postoja, kritizovaniu pacienta, obviňovaniu ho zo vzniknutého stavu či zosmiešňovaniu jeho názorov a postojov. Všetky zistené fakty by mali byť podané bez klamstiev a zahmlievania, pričom závažné informácie by sme mali s pacientom preberať v prostredí dostatočného súkromia a komunikovať s ním v jemu pohodlnej rovine (usadiť sa v prípade ležiaceho/sediaceho pacienta). Napriek poslednému štádiu ochorenia pacienta je nevhodné prízvukovať infaustnosť prognózy a brať pacientovi nádej a optimizmus. Zdravotnícky pracovník musí v prípadoch nevyliciteľne chorých zvládnuť nielen oblasť svojho osobného vystupovania, ale tiež sa musí vyrovnáť a byť pripravený vhodne reagovať na atypické požiadavky a postoje svojich pacientov. Na komunikáciu zo strany pacienta a jeho blízkych môže vplývať ich celkové oslabenie, tak fyzické ako aj psychické, keď majú blízki snahu stráviť so svojím chorým príbuzným maximum času a na druhej strane musia fungovať naďalej vo svojej pracovnej aj súkromnej sfére, ale taktiež zaujaté postoje, či už vo forme rezignácie alebo falošnej nádeje, keď je obtiažne vysvetliť im reálne možnosti liečby a pomoci ich trpiacemu blízkeму. V prípadoch, keď reakciou pacienta na nové závažné informácie je uzavretie sa pred okolím, zdravotnícky personál nevynímajúc, musí lekár použiť svoje umenie komunikácie a nájsť spôsob ako si k pacientovi nájsť cestu, keďže bez komunikácie je liečba takmer nemožná. Náročnosť komunikácie s terminálne chorým pacientom spočíva aj v možnom zhoršení psychického zdravia pacienta, keď môže byť prítomná vystupňovaná precitlivenosť voči okoliu, pacient môže neadekvátne reagovať na naše dobre mienené pokyny. Určité napätie vo vzťahu pacient – lekár sa musí pri ošetrovaní zomierajúceho rešpektovať a lekár by mal v každej mozgnej situácii uplatňovať profesionálnu láskavosť, byť v maximálnej mozgnej miere úprimný a pristupovať k umierajúceму pacientovi zriekajúc sa jeho hodnotenia, rešpektujúc ho ako dôstojnú osobnosť s právom na adekvátnu zdravotnú starostlivosť a opateru do posledných chvíľ svojho života.

9 Etika a komunikácia s vybranými skupinami

9.1 Osoby so zdravotným postihnutím

Spolu s vyzrievaním ľudskej spoločnosti sa stáva čoraz väčšou samozrejmosťou vytváranie vhodných podmienok pre začlenenie osôb so zdravotným postihnutím do kultúrneho, spoločenského a pracovného života. Ľudia so zdravotným postihnutím, či už fyzického alebo psychického charakteru, tvoria nezanedbateľnú súčasť našej spoločnosti a napriek tomuto faktu zostáva pre väčšinovú populáciu komunikácia s nimi stále skôr témou tabuizovanou a odsúvanou na perifériu. Neraz sa stáva, že sa osoby v styku so zdravotne postihnutými cítia nepríjemne, nevedia primerane reagovať a komunikovať, a to následne prispieva k ich ďalšej stigmatizácii s možným pocitom poníženia a straty dôstojnosti. Eticky správny prístup v komunikácii s osobami so zdravotným postihnutím začína už ich vhodným oslovením. V minulosti používané výrazy na označenie fyzického postihnutia ako napríklad invalid, mrzák, alebo na pomenovanie mentálnej úrovne termínmi ako idiot či imbecil dostali postupne pomerne hanlivý charakter, a tak sa ich používanie v dnešnej dobe už neodporúča. Namiesto toho volíme radšej označenie osoba so zdravotným postihnutým alebo osoba so zdravotným znevýhodnením a v priamej komunikácii uprednostňujeme, samozrejme, oslovenie vlastným menom.

Osoby so zdravotným znevýhodnením možno podľa charakteru postihnutia rozdeliť nasledovne (Ptáček, Bartůněk, 2011):

- osoby s telesným postihnutím (pohybové ústrojenstvo predovšetkým),
- osoby so zrakovým postihnutím,
- osoby so sluchovým postihnutím,
- osoby s postihnutím vnútorných orgánov (chronické neprenosné ochorenia).
- osoby s mentálnym postihnutím (znížená rozumová kapacita od narodenia/raného detstva),
- osoby s ťažšou poruchou reči,
- osoby s psychiatrickým ochorením,
- osoby s demenciou (sekundárna strata rozumových schopností).

Spomedzi osôb so zdravotným postihnutím ešte rozoznávame skupinu, ktorá je dispenzarizovaná v určitej špecifickej ambulancii, a skupinu osôb, ktoré takýto pravidelný lekársky dozor nepotrebujú a vyhľadávajú zdravotnícke služby len pri akútnom zhoršení ich zdravotného stavu. Špecialisti, ktorí sa vo svojej dennej praxi stretávajú s určitým okruhom osôb so zdravotným postihnutím pacientov zväčša dobre ovládajú špecifiká komunikácie s takýmito osobami a vedia dobre reflektovať na ich potreby počas vyšetrenia a počas prípadnej hospitalizácie. V opačnom prípade, teda keď zdravotnícki pracovníci neprichádzajú do častého kontaktu s osobami so zdravotným znevýhodnením, je vhodné osvojiť si základné pravidlá, ktoré môžu uľahčiť komunikáciu a výrazne ovplyvniť vybudovanie dôvery pacienta voči lekárovi.

V komunikácii s osobami s postihnutím pohybového aparátu, bez prítomnosti kombinovanej poruchy na mentálnej úrovni platí, že rozhovor s nimi možno viesť podľa zvyčajného modelu, podobne ako pri pacientoch bez postihnutia. Určité špecifiká platia pre podmienky, aké by sme mali pre takýchto pacientov vytvoriť. Predovšetkým je to možnosť bezbariérového prístupu do zdravotníckeho zariadenia a v jeho interiéri. Čakárne by mali byť vybavené dostatkom priestoru pre manipuláciu pacientov s kompenzačnými pomôckami slúžiacimi na samostatný pohyb. Je nevyhnutné zabezpečiť, aby boli pacientove kompenzačné pomôcky, potrebné k jeho slobodnému pohybu, prepravované spolu s ním a boli mu maximálnu možnú dobu v dosahu. Ak je pacient pripútaný na invalidný vozík, je vhodné komunikovať s ním v sede a na približne rovnakej úrovni, pričom týmto ústretovým krokom znižujeme dojem našej nadradenosti a uľahčujeme získanie dôvery. Pri samotnom vyšetrení pacienta je vhodné vopred detailne ozrejmiť, čo s ním budeme robiť, pričom vo väčšine prípadov nám sám pacient napovie, ako najlepšie je s ním manipulovať. Počas hospitalizácie pacienta s pohybovým obmedzením sa snažíme podporovať ho v pohybe a sebestačnosti, zásadne sa vyhýbame neúčelnému pripútaniu na lôžko a používaniu pomôcok, ktoré môžu byť síce pre personál možno viac pohodlné (permanentný močový katéter), ale pre pacienta znamenajú určitú stratu dôstojnosti a poníženie. V neposlednom rade je nevyhnutné sa uistiť, či je pacient schopný sám sa najesť a napiť, prípadne, akou formou má byť strava vhodne upravená.

Komunikácia s osobami so zmyslovým postihnutím sa riadi zásadou, že na odovzdanie informácií sa snažíme preferenčne využiť nepoškodený zmysel, teda u sluchovo postihnutých sa orientujeme na komunikáciu s využitím zraku a naopak u zrakovy postihnutých osôb dávame prednosť odovzdaniu informácií prostredníctvom rozhovoru.

Pacient so zrakovým postihnutím, ktorý prichádza do zdravotníckeho zariadenia so psím sprievodom, by mal mať možnosť mať ho celý čas pri sebe. Pri vstupe do ambulancie je lekár ten, kto otvorí dvere, prvý, kto sa predstaví, podá pacientovi ruku a naviguje ho na miesto, kde sa môže usadiť a zložiť si svoje veci. Osobné predmety nikdy nepresúvame na iné miesto, ako si ich pacient sám uložil, a každý jeden krok, ktorý ideme urobiť, je nevyhnutné pacientovi vopred oznámiť a popísať. Rovnako aj náš odchod z miestnosti, či príchod nejakej ďalšej osoby je potrebné dať pacientovi na vedomie a stručne objasniť, kto sa s nami v miestnosti nachádza. Ak je zrakovo postihnutá osoba v sprievode druhej osoby, tak komunikujeme predovšetkým s pacientom, nie so sprievodom. Informácie odovzdávame hlavne formou rozhovoru a ak je zachovaná určitá miera videnia, môžeme hovorené slovo doplniť aj o písomnú formu podaných správ, prispôsobenú potrebám pacienta (väčšie a hrubšie písmo, poskytnutie dostatočného času na prečítanie textu). Osoby so zdravotným znevýhodnením sluchového charakteru vyžadujú naopak komunikáciu orientovanú predovšetkým na zrakový zmysel. Na začiatku rozhovoru je vhodné si objasniť mieru poškodenia sluchu, či ide o čiastočný alebo úplný výpadok, či je prítomný od narodenia alebo získaný a či je zároveň prítomná aj porucha reči. U pacientov, ktorí sú nepočujúci od narodenia, býva totiž navyše prítomná bariéra v komunikácii vo forme obmedzenej slovnej zásoby a pri podávaní informácií sa treba vyvarovať menej používaným a cudzím termínom. Tak ako v ostatných prípadoch, aj tu platí, že preferenčne komunikujeme priamo s pacientom a až v druhom rade s jeho sprievodom. Pri komunikácii hovoríme pomaly, výrazne artikulujeme a samozrejmosťou je, že máme ústa prázdne. V prípade zachovania určitej miery sluchu, v záujme lepšieho porozumenia, sa snažíme odstrániť z okolia všetky rušivé zvuky, ktoré by mohli sťažovať našu vlastnú počuteľnosť a hovoríme dostatočne nahlas, nekomplikovane, prípadne hovorené informácie dopĺňame písomnou formou textu. Nezabúdame, že v prípade pacientov, ktorí nepočujú náš hlas, má vo zvýšenej miere výpovednú hodnotu aj reč tela a zároveň je to významný faktor podieľajúci sa na vytváraní dôvery pacienta. Počas rozhovoru si pravidelne overujeme, či pacient odovzdaným informáciám porozumel. Osobám s poruchou reči dáme možnosť vyjadriť sa písomne.

Pacienti zdravotne znevýhodnení v zmysle zníženej rozumovej kapacity môžu byť jednak pacienti, ktorí trpia týmto stavom od narodenia, prípadne raného detstva alebo ide o získanú poruchu, s ktorou sa najčastejšie stretávame pri pacientoch vyššieho veku vo forme demencie.

Zníženie rozumovej kapacity sa môže podľa výšky IQ rozdeliť do niekoľkých skupín:

- hraničná intelektová schopnosť (IQ 70-79 bodov),
- mentálne postihnutie ľahkého stupňa (IQ 50-69 bodov),
- mentálne postihnutie stredného stupňa (IQ 35-49 bodov),
- mentálne postihnutie ťažkého stupňa (IQ 20-34 bodov),
- hlboká mentálna retardácia (IQ pod 20 bodov).

Spomedzi všetkých zdravotne znevýhodnených s rozumovým postihnutím je najväčšie zastúpenie najmiernejších foriem a s narastajúcou mierou postihnutia klesá počet pacientov, avšak veľmi závažné rozumové postihnutia bývajú často asociované aj s fyzickými poruchami a vtedy ide už o kombinované postihnutie psychicko-fyzického charakteru. Pri komunikácii s osobou so zníženou rozumovou kapacitou sa orientujeme predovšetkým jej možnosťami porozumenia a chápania, pričom je však v rozhovore nutné prihliadať aj na osobnostné charakteristiky jedinca a nevyvolávať hraničné a konfliktné situácie. Aj napriek faktu zníženej mentálnej kapacity je nevyhnutné pacientom všetko vysvetliť a objasniť im odpovede na všetky ich otázky v miere pre nich primeranej a zrozumiteľnej.

Bez ohľadu na charakter postihnutia platí, že osoby so zdravotným znevýhodnením sú predovšetkým jedinečné osobnosti, ktoré majú právo na poskytovanie rovnakej miery zdravotnej starostlivosti ako občania bez znevýhodnenia a práve láskavým a trpezlivým prístupom zdravotníckych pracovníkov môžeme do veľkej miery znížiť pocity menejcennosti počas poskytovania zdravotnej starostlivosti a prispieť k budovaniu ich vlastného pocitu dôstojnosti a zdravého sebavedomia.

9.2 Agresívny pacient

Práca s ľuďmi nielen v prostredí zdravotníckych zariadení, ale aj kdekoľvek inde so sebou prináša zvýšené nároky na medziľudskú komunikáciu. V každodennej klinickej praxi sa môžeme stretnúť s celým spektrom pacientov, agresívnych nevynímajúc, pričom ich zvládnutie sa radí k jednej z najnáročnejších odborných výziev a kladie veľmi vysoké nároky na profesionálne schopnosti zdravotníckych pracovníkov.

Najčastejší spúšťač agresívneho správania býva v klinickej praxi frustrácia pacienta a agresívne správanie tak môže byť často skôr odrazom dlhodobej nespokojnosti, než

aktuálnou reakciou na konkrétny súčasný podnet. Často stačí podprahový stimul a frustrovaný človek reaguje neprimerane s výrazne agresívnym nádychom. Agresivita v človeku prechádza niekoľkými štádiami, pričom v počiatku je vo forme myšlienok, postupne sa prejavuje verbálnou formou, následne agresiou voči predmetom a najvyšší a najnebezpečnejší stupeň predstavuje agresivita voči človeku.

Pri kontakte s osobou aktuálne agresívnou, alebo pri ktorej je vysoké riziko takéhoto vystupovania je nutné myslieť predovšetkým na vlastnú bezpečnosť. Nevyhnutné je situáciu predvídať a preventívne dodržiavať všetky zásady bezpečnosti pri komunikácii s agresívnym pacientom. Základným pravidlom je nikdy nezostať s pacientom osamote v uzavretej miestnosti, bez možnosti privolať pomoc. Psychologický účinný manéver je prezentovať prevahu prítomnosťou ďalšieho personálu. Lekár má sedieť vždy bližšie k dverám, aby v prípade potreby bol možný únik z miestnosti. Je potrebné dodržiavať bezpečnú vzdialenosť pri komunikácii s agresívnym pacientom, a to na viac ako je dĺžka paže a tak isto odstrániť všetky potenciálne nebezpečné predmety z dosahu pacienta. V prípade, že sa komunikácia začala uberať zo strany pacienta agresívnym smerom, je v kompetencii lekára takýto rozhovor odložiť na neskôr, ak to je možné, a snažiť sa o deeskaláciu konfliktu, rozhovor odviesť na inú tému a zistiť, čo skutočne pacienta trápi a navrhnúť mu možné riešenie situácie. V prípade agresie, ktorá má charakter násilného alebo kriminálneho správania, je potrebné okamžite kontaktovať políciu a v jej sprievode prípadne zabezpečiť transport na odborné psychiatrické vyšetrenie (ak je agresivita pacienta podmienená psychiatrickým ochorením). Agresívny pacient predstavuje pomerne vysoké nebezpečenstvo pre zdravotnícky personál, a preto je nevyhnutné predvídať všetky potenciálne myšlienky takéhoto pacienta a chrániť predovšetkým seba, svojich kolegov a v neposlednom rade aj samého pacienta pred nekontrolovateľným správaním.

9.3 VIP pacient

V procese poskytovania zdravotnej starostlivosti VIP (Very Important Person) osoby predstavujú zvláštnu a nehomogénnu skupinu pacientov. Samotná skratka VIP bola zavedená počas druhej svetovej vojny na označenie osôb, ktoré boli vážené a chránené, pretože sa významnou mierou zaslúžili o víťazstvo. V súčasnosti, samozrejme, toto označenie patrí pre oveľa širšie spektrum populácie a už dávno tu nepatria len jedinci z kategórie šľachty a vyššej

spoločnosti. Kto teda patrí do kategórie VIP? V prvom rade sú to vysokí štátni predstavitelia, ekonomicky silní a vplyvní jedinci, ako aj predstavitelia intelektuálnej, morálnej a kultúrnej elity národa. Ďalej sa tu často priradujú rôzne celebrity mediálneho sveta a jedinci, ktorí sa stali rôznym spôsobom zaujímaví. Z hľadiska biologického a medicínskeho však predstavuje VIP pacient rovnaký organizmus ako každý iný pacient. Z profesionálneho lekárskeho pohľadu teda nie je nutné uvažovať o špeciálnych VIP postupoch, avšak požiadavky prominentných pacientov na liečbu môžu prekračovať hranice postupov lege artis.

VIP pacienti sú často pod drobnohľadom bulvárnych masmédií, čo lekárovi z etického pohľadu sťažuje situáciu, a to zvlášť pri nutnej hospitalizácii. Ďalším faktorom je možná prítomnosť rôznych sprevádzajúcich osôb, napr. osobná ochranka, agenti tajných služieb, príbuzní a právnici pri vyšetrení, diagnostických a dokonca pri operačných výkonoch. VIP pacient môže mať aj zvláštne požiadavky na prostredie, komfort, diétu či návštevne hodiny. V prípade očakávaného ošetrovania VIP pacienta sa lekár a ostatný zdravotnícky personál môže na to patrične pripraviť. V akútnej situácii by sa lekár mal predovšetkým oprieť o svoje vedomosti a skúsenosti, venovať sa samotnému ochoreniu či inému poškodeniu zdravia a postupovať rovnako ako u iných pacientov. Pri komunikácii s VIP pacientom je dôležité zachovať základné pravidlá medicínskej etiky a všeobecnej etikety.

V praxi je možné uplatniť niekoľko zásad (Guzman, Sasidhar, Stoller, 2011):

- dodržiavať platné pravidlá a systém práce na pracovisku,
- dodržiavať štandardné diagnostické a terapeutické postupy,
- poskytovať zdravotnú starostlivosť na oddeleniach k tomu určených,
- v prípade urgentného ošetrovania zabezpečiť vstup do zdravotníckeho zariadenia bočným vchodom, zabrániť vstupu predstaviteľom médií,
- pracovať ako tím, v tíme medzi sebou vzájomne komunikovať, za komunikáciu s pacientom, jeho rodinou je zodpovedný vedúci tímu,
- vhodne reagovať a byť pripravený na možnú agresivitu a neuropsychické problémy,
- odolávať tlaku médií – zachovávať mlčanlivosť a ochranu súkromia,
- zdržať sa prijímania darov,
- zabezpečiť adekvátnu bezpečnosť,
- spolupracovať s osobným lekárom VIP.

V súčasnosti sa kategória VIP vo svojej pôvodnej podstate dost' degraduje, pojem sa zneužíva aj pre menej významné osoby, čo do určitej miery súvisí aj s medializáciou rôznych osôb. Uvedené prináša nadmerné, častokrát aj raritné požiadavky na zdravotnícky personál. V medicínskej praxi a samotnej komunikácii s takými pacientmi to prináša rôzne dilematické situácie aj z etického hľadiska.

9.4 Osoba poškodená pri trestnom čine a osoba podozrivá zo spáchania trestného činu

Trestné činy predstavujú veľmi závažný spoločenský jav, pri ktorých dochádza k rôznemu poškodeniu zdravia jednotlivých zúčastnených, a to osôb poškodených alebo podozrivých zo spáchania skutku. Samotné vyšetrenie živých osôb po rôznych trestných činoch sa vykonáva predovšetkým pre účely trestného alebo občianskeho konania, čo je v podstate súčasťou bežnej praxe praktického lekára. V odôvodnených prípadoch je to problematika zasahujúca aj do odboru súdne lekárstvo. Súdny lekár posudzuje zdravotný stav živých osôb na žiadosť orgánov činných v trestnom konaní najmä pri vyšetovaní stôp po násilí na tele osôb poškodených pri násilných trestných činoch a osôb podozrivých zo spáchania takýchto skutkov, ďalej pri hodnotení úrazových zmien a ich následkov, napr. účastníkov dopravných nehôd, v prípadoch sebapoškodzovania a pri podozrení na zneužívanie omamných a psychotropných látok. V závislosti od poškodenia zdravia jednotlivých osôb sa však pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti s takými pacientmi dostávajú do kontaktu aj lekári iných odborov. V každom prípade sa zo strany ošetrojúceho personálu vyžaduje zachovanie vysokej profesionality, empatie a vhodne zvolená komunikácia.

Obet' trestného činu je spravidla konkrétna osoba, ktorá bola pri skutku usmrtená, zranená alebo ohrozená na živote a zdraví, alebo jej bola spôsobená škoda na majetku či morálna škoda, prípadne bola obmedzená na slobode alebo v iných právach. Veda zaoberajúca sa obeťami trestných činov sa nazýva viktimológia, ktorá rozdeľuje obeť na primárne a sekundárne. V medicínskej praxi sa lekár najčastejšie stretáva s primárnymi obeťami, ktoré boli pri trestnom čine priamo poškodené, majú rôzne poranenia, trpia aj psychickou ujmu. K primárnym obeťam sa priradujú aj pozostalí po obeťiach vražd alebo rodiny nezvestných osôb. Do skupiny sekundárnych obeť patria ďalšie osoby zo sociálneho prostredia obeť. Prvý kontakt s osobou poškodenou pri násilnom čine spočíva samozrejme v ošetrovaní poranení a zabezpečení ďalšej liečby. Už pri tomto kontakte je dôležitá empatia lekára prejavovaná neverbálne, napr. vhodnou rečou tela ako aj verbálne s využitím prostriedkov nedirektívnej komunikácie. Keďže sa lekár stretáva s obeťou spravidla tesne po čine, teda v období, kedy je zvlášť zraniteľná a citlivá, je dôležité poškodenú osobu aktívne počúvať, trpezlivo a s citom komunikovať, vyjadriť pochopenie a súcit, udržiavať partnerský prístup ako aj rešpektovať informácie, ktoré uvádza, nehodnotiť a nespochybňovať ich. Nemenej dôležité je poskytnúť

dôveru, zabezpečiť bezpečnosť a diskrétnosť. Nie vždy je správne tmiť rôzne emocionálne prejavy. V ďalšej fáze je vhodné zabezpečiť spoluprácu so psychiatrom alebo psychológom. Pri lekárskom vyšetrení musí lekár myslieť na to, že výsledky a závery vyšetrenia môže byť použité v ďalšom trestnoprávnom pokračovaní. Z toho dôvodu je nutné všetky zistené nálezy precízne zaznamenať do zdravotnej dokumentácie, okrem toho zabezpečiť odber biologického materiálu na doplnujúce vyšetrenia, napr. toxikologické či DNA analýzu a vhodným spôsobom zaistiť dôkazový materiál, napr. šatstvo. V prípade, že lekár má na základe vyšetrenia podozrenie na trestný čin a nemá vedomosť o tom, že skutok bol polícii oznámený, platí oznamovacia povinnosť podľa Zákona NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých predpisov.

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti osobám podozrivým zo spáchania trestného činu je dôležité zabezpečenie vlastnej bezpečnosti lekára a ostatného ošetrojúceho personálu. V prípade, že podozrivá osoba bola v dôsledku vážneho poškodenia zdravia prevezená na lekárske ošetrovanie do zdravotníckeho zariadenia bezprostredne po čine, ošetrojúci lekár odoberie pri prijatí podrobnú anamnézu, zaznamená poškodenia a poranenia do zdravotnej dokumentácie a poranenia ošetrí. Súčasťou vyšetrenia je aj odber biologického materiálu na rôzne doplnujúce vyšetrenia, tak ako v prípadoch obetí trestných činov. Je dôležité myslieť na to, že podozrivá osoba môže byť pod vplyvom alkoholu, omamných a psychotropných látok, čo častokrát sťažuje samotné vyšetrenie. Na druhej strane podozrivá osoba môže byť ešte v afekte, agresívna alebo naopak vo fáze útľmu, kedy je taktiež vhodná konzultácia psychiatra. Aj v tejto situácii platí vyššie uvedená oznamovacia povinnosť.

V prípade, že podozrivá osoba bola zadržaná príslušníkmi PZ, prehliadku jej tela vykonáva súdny lekár v prítomnosti vyšetrovateľa alebo prokurátora, a to čo najskôr po jej zadržaní a prednostne pred inými úkonmi. V opačnom prípade vzniká možnosť odstránenia či zastretia náleзов alebo biologických stôp. Pred vyšetrením sa podozrivý nesmie umyť, prezliecť a vymočiť. Pri samotnom vyšetrení lekár prehliada šatstvo a obuv. Vyšetovaný sa musí vyzliecť donaha a strpieť všetky úkony potrebné na vyšetrenie, vrátane odberu biologického materiálu na ďalšie analýzy (toxikologické, DNA). Potom nasleduje podrobná prehliadka tela so zadokumentovaním náleзов, vrátane stôp po sebaobrane obete, písomne, fotograficky či videozáznamom. Odtlačky prstov sa odoberajú spravidla po skončení prehliadky. Je dôležité zachovanie etického prístupu a profesionálnej komunikácie.

Lekár pri vyšetovaní živých osôb po rôznych trestných činoch musí počítať aj s možnou simuláciou chorobného stavu, či už za účelom získania nejakej výhody alebo patologickou v dôsledku prejavu účelovou alebo patologickou simuláciou v dôsledku psychickej poruchy. Na druhej strane nie je zriedkavosťou ani opačný jav – disimulácia, kedy vyšetovaná osoba popiera alebo zľahčuje zdravotné ťažkosti. Dôležité je aj odlíšiť nálezy v rámci sebapoškodzovania, napr. reznými nástrojmi, strelnými zbraňami, vyvolávaním kožných zápalov či prehltaním rôznych predmetov od poranení spôsobených druhou osobou.

10 Burnout syndróm

Povolanie zdravotníckeho pracovníka, predovšetkým lekára, patrí medzi mimoriadne náročné. Je spojené nielen s očakávaním vysokej profesionality a neomylnosti zo strany pacienta, ale aj s obrovskou emocionálnou záťažou. Dlhodobá záťaž a chronický stres zdravotníckeho pracovníka môže viesť k celkovému psychickému a fyzickému vyčerpaniu s rozvojom syndrómu vyhorenia tzv. Burnout syndrómu. Vo všeobecnosti je tento syndróm definovaný ako stav emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie, či strata profesionálneho záujmu alebo osobného zaujatia, ktoré vedie k poklesu efektivity práce (Kebza, Šolcová, 1998). Výskumy dokazujú, že medzi permanentným stresom a vyhorením existuje úzky vzťah. Vyhorením sú najviac ohrozené osoby, na ktoré sú kladené dlhodobé vysoké pracovné nároky, nároky na zodpovednosť, psychickú odolnosť a komunikáciu. Častejšie sa vyskytuje v tzv. pomáhajúcich profesiách, ktorých pracovná náplň je práca s ľuďmi a kde je jedinec okrem náročných pracovných povinností vystavený aj dlhodobej psychickej záťaži. K najrizikovejšej skupine vzniku uvedeného syndrómu v prostredí poskytovania zdravotnej starostlivosti patria lekári, a to predovšetkým v odboroch onkológia, chirurgia, kardiochirurgia, anestéziológia a intenzívna medicína, pediatria, gynekológia, lekári na jednotkách intenzívnej starostlivosti. Na druhom mieste sú zdravotné sestry a ďalší zdravotnícki pracovníci. Vedecké štúdie uvádzajú častejší výskyt u vekovo mladších lekárov, zriedkavejšie u lekárov žijúcich v partnerskom zväzku a majúcych deti. U žien lekároch sa objavuje emocionálne vyčerpanie viac ako u mužov lekárov, ale menej sa u nich dostávajú pocity depersonalizácie. Do uvedeného syndrómu sa nezaraďujú prípady s psychiatrickým ochorením alebo do zamestnania prenášanými rodinnými a inými mimopracovnými problémami. Zreteľný je dopad vyhorenia lekárov na systém zdravotníctva. Prejavuje sa zvýšeným odchodom zo zamestnania, zvýšenou cirkuláciou lekárov na exponovaných pracoviskách, zníženou ochotou k profesionálnemu rastu a ďalšími nemenej významnými následkami. V kontexte celej spoločnosti takto dochádza k zníženej dôvere verejnosti voči celému zdravotníckemu systému.

Burnout syndróm sa objavuje postupne a nenápadne, predovšetkým ako dôsledok dlhodobého psychického zaťaženia súvisiaceho s permanentným, náročným a intenzívnym kontaktom s pacientom. Veľkú úlohu zohráva schopnosť empatie lekára pri zdieľaní choroby a liečby, ako aj veľká zodpovednosť za zdravotný stav a priebeh liečby pacienta. Pri vzniku a rozvoji zohráva dôležitú úlohu nepomer stresorov a možností ako zvládnuť náročnú situáciu

s podstatnou prevahou stresorov. Na rozvinutí syndrómu vyhorenia sa podieľajú dlhodobé stresové situácie, preťažovanie, frustrujúce neuspokojovanie potrieb a očakávaní, vysoká miera emocionálnej záťaže, negatívne sociálne vzťahy a nepriaznivý vplyv prostredia a pracovných podmienok.

V zásade je možné faktory vplývajúce na rozvoji Burnout syndrómu rozdeliť na pracovné a osobné. K pracovným faktorom, ktoré sa podieľajú najvýznamnejšou mierou, je možné priradiť faktory fyzické a psychické. Medzi fyzické faktory patrí statické zaťaženie (napr. operačná sála), nutnosť vysokej koordinácie a presnosti pohybov, narušenie spánkového rytmu, nepravidelná strava, vysoké riziko infekcie, kontakt s liekmi, chemikáliami, príp. dezinfekciou, radiáciou a pod.

Do stresorov spôsobujúcich psychickú záťaž je možné zaradiť vysoké pracovné tempo, vysokú zodpovednosť, nutnosť neustále rýchlo a pružne reagovať, kontakt s utrpením, bolesťou a smrťou, nároky na vysokú empatiu a na druhej strane nutnosť odosobnenia sa od problémov pacienta, komunikáciu s pacientom a jeho rodinou, vysoké nároky na pracovný výkon, obavy pred sťažnosťou zo strany pacienta a pozostalých, zlé finančné ohodnotenie, časté alebo neefektívne organizačné zmeny, nízka podpora odborného rastu, profesijná neistota, nárast neefektívnej administratívnej záťaže, nejasnosť alebo nezrozumiteľnosť prebiehajúcich alebo plánovaných zmien, interpersonálne konflikty na pracovisku, vonkajšie rušivé vplyvy.

K osobným faktorom patrí predovšetkým absencia odpočinku a spánku, ďalej nedostatok voľného času, času na rodinu, záľuby a mimopracovné aktivity, obmedzené sociálne kontakty. Významnú úlohu zohrávajú aj niektoré osobnostné a povahové charakteristiky zdravotníckeho pracovníka (faktory vnútorné) ako sú perfekcionalizmus, cieľavedomosť, súťaživosť, nadpriemerná disciplinovanosť a sebakritičnosť, vysoká schopnosť empatie, v opačnom prípade nízka flexibilita a nerozhodnosť.

Samotný Burnout syndróm je reakciou na kombináciu uvedených pôsobiacich faktorov, ktoré pôsobia dlhodobo. Časový faktor vzniku a rozvoja vyhorenia závisí na miere a intenzite pôsobenia uvedených stresorov.

Vyhorenie je proces dynamický, má svoj začiatok, priebeh a vyvrcholenie.

Rozlišuje sa päť štádií syndrómu vyhorenia (Brodsky, Edelwich, 1980):

1. nadšenie, veľké nádeje, nerealistické očakávania,
2. stagnácia – počiatočné nadšenie nahrádza túžbu zamerať sa na iné ciele ako prácu,
3. frustrácia – spochybňovanie efektivity a zmyslu práce,
4. apatia – objaví sa, keď je človek trvale frustrovaný, nemá možnosť zmeniť situáciu a zároveň je od práce finančne a psychicky závislý,
5. štádium intervencie – kroky vedúce k eliminácii vyhorenia a prerušeniu kolobehu.

Syndróm vyhorenia lekára predstavuje závažný medicínsky problém, pretože pôsobí negatívne na zdravotný stav ako aj na pracovnú výkonnosť lekára. K príznakom syndrómu vyhorenia patria rôzne fyzické, psychické a pracovné prejavy. Fyzické vyčerpanie sa prejavuje celkovou slabosťou, chronickou únavou, z ktorej sa ani odpočinkom nie je možné zotaviť, ochabnosťou, bolesťami hlavy, pocitmi nevoľnosti a dychovej nedostatočnosti, búšením srdca či nešpecifikovanými telesnými bolesťami. Dlhotrvajúci stres a neriešenie syndrómu vedie aj k rozvoju psychosomatických ochorení ako sú vysoký krvný tlak a vredová choroba žalúdka a dvanástnika. Nie sú zriedkavé tráviace problémy, zmeny telesnej hmotnosti a poruchy spánku. V správaní sa objavuje predráždenosť, nervozita, nekontrolované verbálne prejavy zlosti, podozrievavosť, vzťahovačnosť či nedostatok záujmu o okolie. K psychickým prejavom patrí pocit bezmocnosti, ubitosti a beznádeje, objavujú sa obavy, úzkosť, zvýšený smútok. Typické je aj prežívanie pocitu vlastnej nepotrebnosti až bezcennosti, prípadne sebaľútosť. Ako bolo uvedené, syndróm vyhorenia lekára má dopad na pracovnú výkonnosť, na vzťah lekár – pacient ako aj na samotný systém zdravotníctva. To sa prejavuje vo forme znižujúcej sa výkonnosti lekára, redukciou činnosti na rutinné výkony či vyhýbaním sa pracovným povinnostiam. V konečnom dôsledku sa znižuje záujem o pacienta, čo sa môže prejaviť aj zvýšeným počtom chýb v diagnostických a liečebných výkonoch. Je zrejmé, že syndróm vyhorenia má vplyv aj na úroveň komunikácie lekára s pacientom so zníženým záujmom o pacienta. V tejto komunikácii sa objavuje zvýšená iritabilita, cynizmus, klesá schopnosť empatie, nastupuje hnev či zlosť, intelektualizovane prehnane zveličovanie a odvolávanie sa na stres.

Diagnostika syndrómu vyhorenia je častokrát sťažená, môže sa skrývať za celým radom psychiatrických diagnóz či psychosomatických ochorení. V praxi sa na diagnostiku využíva kombinácia klinického rozhovoru so psychiatrom prípadne psychológom

s hodnotiacimi a sebahodnotiacimi dotazníkmi. Nevyhnutnosťou je, aby si lekár trpiaci vyhorením uvedomil prejavy a chcel sa liečiť. Pri zvládaní a liečbe je vhodné sa zamerať na oblasť individuálnu, teda na samotného lekára, a na odstránenie negatívnych vplyvov pracovného prostredia. V liečbe je možné ovplyvniť vzťah k jednotlivým stresorom, prípadne ich eliminovať. Môže ísť, napr. o vzdanie sa niektorých pracovných aktivít, delegovanie právomoci, zabezpečenie adekvátneho odpočinku a prestávok, pridanie činností skvalitňujúcich duševnú pohodu, zlepšovanie fyzickej kondície či sebareflexia. V rámci pracovného prostredia je prospešné uvoľnenie z centra napätia, upravenie pracovných návykov a podmienok, ako aj zlepšenie komunikácie na pracovisku. Zotavenie trvá aj niekoľko mesiacov, krátkodobý odpočinok spravidla situáciu nerieši. Je nevyhnuté zabezpečiť sociálnu podporu okolia, či už rodiny, priateľov alebo spolupracovníkov. Zotavenie sa z vyhorenia spravidla neznamená dostať sa do pôvodného stavu, ale zbaviť sa nezdravých návykov a osvojiť si nové. Dôležité je obnoviť pozitívny postoj lekára k sebe a k druhým, nadobudnutie sebadôvery. Aj napriek tomu, že nie je ľahké nájsť cestu k psychickej a fyzickej pohode, môže dať Burnout syndróm podnet k prehodnoteniu priorít, rozpoznaní slabých a silných stránok osobnosti a k vybudovaniu podpornej sociálnej siete. Samozrejme, cieleňá prevencia spočívajúca v zachovaní rovnováhy medzi pracovným zaťažením a odpočinkom, pravidelný režim, adekvátna organizácia práce a zdravý životný štýl, ktoré sú účinnejšie ako liečba.

11 Znalecká činnosť v medicíne z právneho a etického pohľadu

Problematika znaleckej činnosti je rozsiahla, pričom obnáša rôzne právne a etické aspekty či problémy. Samotná znalecká činnosť má interdisciplinárny charakter. Znalec má v spoločnosti určité zvláštne postavenie, avšak je vo svojej činnosti nahraditeľný a zastupiteľný iným znalcom. Znalecké dokazovanie plní nezastupiteľnú úlohu predovšetkým v trestnom konaní. S tým súvisiaci znalecký posudok predstavuje dôležitý prostriedok dôkazného práva, ktorý je často z hľadiska objektívneho rozhodovania nenahraditeľný pre náležité zistenie skutkového stavu. Úlohou znalca v rámci dokazovania a zisťovania skutkového stavu je objasniť skutočnosti dôležité pre rozhodnutie v danej veci. Posudzovanie si však vyžaduje určité odborné znalosti a kvalifikáciu v konkrétnom odbore. Ak sú na objasnenie potrebné odborné znalosti medicínskeho charakteru, priberá sa ako znalec lekár. Znalecká činnosť v medicíne sa vo všeobecnosti týka predovšetkým hodnotenia zdravotného stavu jedinca, poskytovania zdravotnej starostlivosti, posúdenia mechanizmu vzniku poranení či iných poškodení zdravia, ovplyvnenia liečivami, drogami či inými toxickými látkami, posudzovania náhrady za bolesť a sťaženia spoločenského uplatnenia. Do súdnolekárskej znaleckej expertízy patrí okrem uvedených posúdenie príčiny smrti a identifikácia.

Postavenie znalca a znaleckú činnosť upravujú právne normy, a to Zákon NR SR č. 382/2004 Z. z. o znalcoch, tlmočníkoch a prekladateľoch, Vyhláška Ministerstva spravodlivosti SR č. 490/2004 Z. z., ktorou sa predmetný zákon vykonáva a Vyhláška Ministerstva spravodlivosti SR č. 491/2004 Z. z. o odmenách, náhradách výdavkov a náhradách za stratu času. Podľa uvedeného zákona je znalecká činnosť špecializovaná odborná činnosť pre zadávateľa, ktorým je najčastejšie orgán činný v trestnom konaní (policajný zbor, prokurátor, súd), prípadne súkromná fyzická či právnická osoba. Znalec je fyzická alebo právnická osoba, ktorá je uvedená v zozname znalcov. Znaleckú činnosť môže vykonať aj osoba nezapísaná v zozname znalcov tzv. znalec ad hoc, ktorý môže vykonať znalecký úkon pre súd alebo iný orgán verejnej moci, avšak musí spĺňať kritérium odbornosti a bezúhonnosti a pred podaním znaleckého posudku musí zložiť sľub znalca. Skutočnosť, že v konkrétnom prípade bol pribratý znalec ad hoc, nemá žiadny vplyv na správnosť, odbornosť a validitu znaleckého dokazovania.

Medzi všeobecne platné požiadavky na znalca pri výkone znaleckej činnosti patrí dodržiavanie morálnych a etických zásad, vysoká profesionalita, odborná spôsobilosť, kompetentnosť, nestrannosť, nezaujatosť, nezávislosť, zodpovednosť, precíznosť, objektívnosť, pravdivosť a povinná mlčanlivosť.

Ministerstvo spravodlivosti SR vedie zoznam znalcov, znaleckých organizácií a ústavov. Znalecká činnosť je delená na odbory a odvetvia, pričom delenie je pravidelne aktualizované. Pokiaľ ide o medicínu, znalci sú v zozname znalcov zaradení do odboru zdravotníctvo a farmácia a podľa konkrétnej odbornosti do príslušného odvetvia. Podľa Zákona NR SR č. 301/2005 Z. z. Trestný poriadok sa spravidla priberá jeden znalec. Dvaja znalci sa priberajú, ak ide o objasnenie skutočnosti obzvlášť zložitej, a to vždy, ak ide o vyšetrenie duševného stavu a pitvu mŕtvol. V tom prípade je nevyhnutná vzájomná konzultácia oboch znalcov. V medicínskej praxi sa pri posudzovaní živých osôb niektoré odbornosti prelínajú, napr. posudzovanie poranení a mechanizmu ich vzniku spadá do kompetencie znalca z odvetvia súdne lekárstvo ako aj znalca z odvetvia traumatológia. Taktiež posudzovanie náhrady za bolesť a sťaženie spoločenského uplatnenia spadá do klinických odvetví medicíny ako aj do odvetvia súdne lekárstvo. Avšak pokiaľ ide o posúdenie príčiny smrti a ďalších aspektov úmrtia, môže daný znalecký úkon vykonať len znalec v odvetví súdne lekárstvo. Obdobne je to v prípade posúdenia duševného stavu jedinca, kedy posudzovanie môže vykonať len znalec z odvetvia psychiatria.

Znalec sa priberá na výkon znaleckej činnosti formou uznesenia, ktoré obsahuje aj zoznam konkrétnych otázok, ktoré treba posúdiť a zodpovedať. Ďalej je povinný mať uzatvorené poistenie zodpovednosti za škodu, ktorá môže vzniknúť v súvislosti s výkonom znaleckej činnosti, pričom je nutné, aby trvalo počas celého výkonu znaleckej činnosti. V prípade, ak znalec poistenie ministerstvu nepreukáže, môže byť vyčiarknutý zo zoznamu znalcov. Zo zoznamu znalcov však môže byť vyčiarknutý aj z iných dôvodov, napr. ak o vyčiarknutie písomne požiada, ak nevyhoví overeniu odbornej spôsobilosti, ak viac ako pol roka nemôže pre zdravotné alebo iné závažné dôvody riadne vykonávať znaleckú činnosť.

Medzi úkony znaleckej činnosti patrí najmä znalecký posudok, doplnok znaleckého posudku, odborné stanovisko alebo potvrdenie, odborné vyjadrenie a vysvetlenie. V praxi sa však najviac využíva znalecký posudok a jeho doplnok. Zadávatel' poskytne znalcovi podklady na vypracovanie znaleckého úkonu, spravidla kompletný spisový materiál. Znalec z odboru zdravotníctva a farmácia si musí vyžiadať aj kompletnú zdravotnú dokumentáciu

z príslušného zdravotníckeho zariadenia, prípadne zariadení, v ktorých bola jedincovi poskytnutá zdravotná starostlivosť. Ďalej je nutné uviesť, že znalec - lekár môže osobu, ktorej sa posudzovanie týka, aj anamnesticky a objektívne vyšetriť. V prípade, že zadávateľ priberie iného znalca - lekára na nové znalecké posudzovanie, tzv. reposudok, superposudok, revízný posudok, znalec nemôže vychádzať len z údajov v spisovom materiáli, t. j. z údajov, ktoré mal k dispozícii predošlý znalec, ale musí opäť vyžiadať kompletnú zdravotnú dokumentáciu. V takejto situácii ďalšie znalecké dokazovanie musí byť odborné a v súlade s etickými normami. Na posúdenie čiastkových otázok problematiky je znalec oprávnený pribrať konzultanta, pričom tento nemusí byť znalcom. Znalec podáva znalecký posudok spravidla písomne, pričom pri účasti na pojednávaní sa môže na písomne vypracovaný posudok odvolať. Len výnimočne, v jednoduchších prípadoch, je možné, aby znalec nadiktoval posudok ústne do zápisnice. Pri vypracovávaní posudku je nevyhnutné dodržať štruktúru a formu znaleckého posudku podľa uvedeného zákona. Lehota na vypracovanie znaleckého posudku je spravidla 30 dní, pričom o predĺženie lehoty môže znalec zadávateľa písomne požiadať. Je nutné zdôrazniť, že znalec používa pri svojej špecializovanej činnosti znaleckú pečiatku, ktorá nesmie byť použitá na žiadne iné účely.

Pre adekvátne posúdenie skutočností má znalec možnosť určitým spôsobom zasahovať do získavania dôkazov či údajov, prípadne navrhnúť niektoré vyšetrovacie úkony. V prípade, ak pri výkone svojej činnosti nemá dostatočné informácie, údaje či dôkazy, môže navrhnúť zadávateľovi vykonanie ďalších dôkazov či získanie potrebných informácií. Pri znaleckom skúmaní znalec však nemôže hodnotiť dôkazy v tom smere, či dôkaz je vierohodný a či skutočnosť je dokázaná. Zároveň je znalec povinný zachovávať mlčanlivosť o všetkých skutočnostiach, o ktorých sa pri výkone znaleckej činnosti dozvedel, pričom tejto povinnosti môže byť pozbavený zadávateľom alebo ministrom. Zachovávanie povinnej mlčanlivosti trvá, aj keď je znalec zo zoznamu znalcov vyčiarknutý.

Znalec nemôže bezdôvodne odmietnuť vykonať znalecký úkon. Na druhej strane je oprávnený odmietnuť vykonanie úkonu, ak je vo veci úkonu zaujatý alebo konkrétne posudzovanie nespadá do kompetencie odboru a odvetvia, v ktorom je zapísaný. Okrem toho znalec môže odmietnuť znalecký úkon aj v prípade závažných zdravotných okolností, pracovných, rodinných či iných pomerov, ktoré mu neumožňujú vykonať daný úkon riadne a včas.

Znalcovi pri posudzovaní neprislúcha vykonávať hodnotenie dôkazov, samostatne vykonávať vyšetrovacie úkony, zaobstarávať dôkazové prostriedky či riešiť právne otázky,

napr. miera zavinenia, kvalifikácia trestného činu alebo výška trestu. Samozrejme, že nesmie byť ovplyvniteľný a zaujatý, a to ani v prípade, ak je zadávateľom súkromná fyzická osoba. Je eticky neprípustné, aby znalec vystupoval v jednej veci na žiadosť oboch strán. Znalec pri znaleckom skúmaní sa vždy opiera o svoje odborné vedomosti a znalosti.

Vyhotovený znalecký posudok musí byť preskúmateľný logickým postupom i bez odborných znalostí. Písomné vypracovanie posudku nezavahuje znalca povinnosti odôvodniť posudok pred orgánom činným v trestnom konaní. Ak je znalec vypočutý pred súdom, môže sa na svoj posudok odvolať, poprípade ho doplniť alebo ho bližšie vysvetliť. Ak znalecký posudok nebol vypracovaný písomne, znalec ho nadiktuje pri výsluchu do protokolu. Ak boli zistené v znaleckom posudku nejasnosti, neúplnosti alebo logické rozpory, je potrebné, aby boli vysvetlené a odstránené osobným výsluchom znalca. Za podanie znaleckého posudku má znalec nárok na odmenu a náhradu nákladov, ktoré mu vznikli jeho vypracovaním. Rovnopis písomne podaného posudku znalec uchováva 10 rokov od jeho podania.

Chyby a nesprávnosti znaleckého posudku sú:

- nekompetentnosť (napr. posudok o príčine smrti podaný znalcom z odvetvia traumatológie, chirurgia),
- odborné chyby (napr. nesprávne posúdenie mechanizmu zranenia, vypracovanie záveru posudku na nedostatočných podkladoch),
- právne hodnotenie (napr. vyjadrenia „lekár zavinil smrť pacienta tým, že...“, „v danom prípade ide o ublíženie na zdraví...“),
- nejasnosť (napr. záver posudku logicky nevyplýva z nálezov a z vyšetrovaných okolností),
- nevierohodnosť (napr. posudok sa opiera o skutočnosti, ktoré nie sú vierohodné alebo posudok je v rozpore s iným dôkazom, o správnosti ktorého ani po preskúmaní nie sú pochybnosti),
- neúplnosť (napr. chýbanie bodov vysvetľujúcich mechanizmus poranenia v posudku),
- subjektivita, resp. neobjektívnosť (napr. jednoznačné riešenie položenej otázky, hoci úroveň rozvoja daného vedného odboru ešte neumožňuje také nepochybné riešenie),
- nezrozumiteľnosť (napr. časté používanie latinských medicínskych pojmov bez vysvetlenia, ako aj rôznych skratiek),

- časová neúmernosť (príprava a vypracovanie posudku nad určenú primeranú lehotu).

Znalec v procese znaleckého posudzovania je častokrát v priamom kontakte s rôznymi osobami ako sú zadávateľ znaleckého úkonu (v praxi najčastejšie príslušník policajného zboru), osoba poškodená, osoba podozrivá zo spáchania trestného činu, svedkovia, príbuzní, zdravotnícki pracovníci či sudca a právni zástupcovia oboch strán na samotnom pojednávaní. Komunikácia si vyžaduje zachovanie profesionality, etický prístup a využitie vhodných komunikačných prostriedkov. Samozrejme v kontakte s médiami je eticky a právne neprípustné porušovať povinnú mlčanlivosť.

Podľa predmetného Trestného poriadku vo výnimočných a obzvlášť závažných prípadoch vyžadujúcich si osobitné vedecké posúdenie alebo preskúmanie posudku znalca môže orgán činný v trestnom konaní alebo súd pribrať na podanie znaleckého posudku znalecký ústav. V Zákone NR SR č. 382/2004 Z. z. o znalcoch, tlmočníkoch a prekladateľoch je uvedené, že znalecký ústav ako právnická osoba je špecializované vedecké a odborné pracovisko, ktoré plní funkciu rezortného a metodického centra v oblasti znaleckej činnosti zapísanej v zozname, pričom vykonáva znaleckú činnosť najmä v obzvlášť obťažných prípadoch vyžadujúcich si osobitné vedecké posúdenie. Znalecké organizácie a ústavy musia mať rovnako ako znalci - fyzické osoby uzatvorené poistenie zodpovednosti za škodu, ktorá by mohla vzniknúť v súvislosti s vykonávaním znaleckej činnosti. Vysoké školy, vedecké a odborné inštitúcie ako právnické osoby môžu byť pribraté orgánom činným v trestnom konaní ako znalecký ústav ad hoc podobne ako fyzické osoby. Samotný posudok ústavu sa podáva písomne a na jeho vypracovaní, napr. v odbore zdravotníctvo a farmácia, sa spravidla podieľa niekoľko lekárov – odborníkov príslušných medicínskych odvetví v závislosti od povahy prípadu. Títo odborníci sú menovaní štatutárnym zástupcom príslušného ústavu (v prípade lekárskej fakulty dekanom). Vedúci tejto pracovnej skupiny je zodpovedný za prípravu posudku ústavu a môže byť v prípade potreby orgánom činným v trestnom konaní vypočutý ako znalec.

Znalecké posudzovanie si vyžaduje určitú úroveň odbornosti, profesionality, dodržovania etických noriem a zákonnosti. Je dôležité uviesť, že na príslušných štátnych orgánoch na Slovensku zatiaľ nie sú vytvorené etické komisie, ktoré by posudzovali dodržiavanie etických noriem samotným znalcom v procese znaleckého dokazovania.

Záver

Lekárska etika zahŕňa široké spektrum realizácie etických princípov v zdravotníckom prostredí. Komunikácia lekára s pacientom v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti si vyžaduje okrem uplatnenia odborných znalostí aj aplikáciu základných pravidiel etiky s vhodným použitím komunikačných zručností. Každá skupina pacientov si vyžaduje individuálny komunikačný prístup. Je dôležité podotknúť, že pacienti vnímajú komunikáciu so zdravotníckym pracovníkom ako súčasť starostlivosti a liečby, pričom eticky správny a empatický prístup zlepšuje spoluprácu a výraznou mierou sa spolupodieľa na efekte liečebného postupu. Samotné komunikačné zručnosti a schopnosť adekvátnej komunikácie nie sú však danosti, ktorými človek disponuje vo svojej prirodzenosti, preto je samozrejmosťou zdravotníckeho povolania aj celoživotná snaha o vycibrenie metód a postupov, akým spôsobom s pacientom v konkrétnej situácii rozprávať, získať a odovzdať potrebné informácie. Je na každom z nás, aby sa uvedené poznatky a postrehy pretavili do každodennej praxe a veríme, že táto publikácia bola vítaným sprievodcom v tejto oblasti.

Zoznam použitej literatúry

- ANDRIÁŠIOVÁ, M.: Syndróm vyhorenia v lekárskej praxi, možnosti jeho zvládnutia a prevencie. In: *Via practica*. 2006, 3 (12): 559-561. ISSN 1336-4790.
- BOYLAN, M.: *Medical Ethics*. Chichester. John Wiley and Sons, Inc, 2014. 408 s. ISBN 978-1-118-49475-2.
- EDELWICH, J., BRODSKY, A.: *Burn-out: stages of disillusionment in helping professions*. Human Science Press, 1980. 255 s. ISBN 978-0-87-7055075.
- BUCHANEC, J. a kol.: *Repetitórium pediatria*. Martin: Osveta, 1994. 997 s. ISBN 80-217-0507-8.
- CAMPBELL, A., GILLET, G., JONES, G.: *Medical Ethics*. New York: Oxford University Press, 2001. 297 s. ISBN 0-19-558445-7.
- DOLEŽAL, T.: Informovaný súhlas?! Mýtus alebo realita. In: *Informovaný súhlas a inštitút predchádzajúceho priania*. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Bratislava: Eurokódex, 2011, s. 39-47. ISBN 978-80-89447-61-9.
- DUNOVSKÝ, N., DYTRYCH, J., MATĚJČEK, Z. a kol.: *Týrané, zneužívané a zanedbávané dieťa*. Praha: Grada Publishing, 1995. 248 s. ISBN 80-7169-192-5.
- FILLOVÁ, D.: *Filozofia, etika, medicína*. Košice: Aprilla, 2009. 188s. ISBN 978-80-89346-13-4.
- FARKAŠOVÁ IANNACCONE, S., BALOGHOVÁ, A., BOBROV, N., FARKAŠ, D., GINELLIOVÁ, A.: Právne a etické aspekty znaleckej činnosti v medicíne. In: *Human Rights Forum 2012 – medicínske právo interdisciplinárne*. Recenzovaný zborník príspevkov. Bratislava: Eurokódex, 2012, s. 79-90. ISBN 978-80-89447-87-9.
- GUZMAN, J. A., SASIDHAR, M., STOLLER, J. K.: Caring for VIPs: Nine principles. In: *Cleveland Clin J Med*. 2011, 78 (2): 90-94. ISSN 0891-1150.
- HERING, J.: *Medical Law and Ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2012. 696 s. ISBN 978-0-19-964640-1
- HUMENÍK, I.: *Ochrana osobnosti a medicínske právo*. Bratislava: Eurokódex, 2011. 288 s. ISBN 978-80-89447-58-9.
- HUMENÍK, I.: Praktické otázky týkajúce sa informovaného súhlasu nespôsobilých pacientov. In: *Informovaný súhlas a inštitút predchádzajúceho priania*. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Bratislava: Eurokódex, 2011, s. 15-27. ISBN 978-80-89447-61-9.

- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I.: Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. In: *Československá psychologie*. 1998, 42(5): 429-427. ISSN 0009-062X.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I.: *Syndrom vyhoření*. Praha: SZÚ, 1998. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.
- KOŘENEK, J.: *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2004. 234 s. ISBN 80-7254-538-8.
- KOVÁČ, P. a kol.: *Súdne lekárstvo pre právnikov*. Bratislava: Iura edition, 2005. 332 s. ISBN 80-8078-024-2.
- KOVÁČ, P.: Trestné právo, informovaný súhlas a reálny život. In: *Informovaný súhlas a inštitút predchádzajúceho priania*. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Bratislava: Eurokódex, 2011, s. 87-98. ISBN 978-80-89447-61-9.
- KRAJČOVIČ, J.: *Vybrané medicínsko-právne kapitoly v súdnom lekárstve*. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jeseniova Lekárska fakulta v Martine, 2012. 104 s. ISBN 1337-7369.
- KÜBLER-ROSS, E.: *Questions and Answers on Death and Dying*. New York: Ross Medical Associates SC, 1974.
- LONGAUER, F., BOBROV, N., IANNACCONE, S.: *Súdne lekárstvo pre študentov práva*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, 2003. 258 s. ISBN 80-7097-503-2.
- LONGAUER, F., PALAŠČÁK, J. a kol.: *Vybrané kapitoly pre semináre z lekárskej etiky*. Vysokoškolské učebné texty. Košice: Lekárska fakulta UPJŠ, 2003. 92 s. ISBN-80-89138-05-5.
- ONDRIOVÁ, I., CÍNOVÁ, J.: Rodina v kontexte výchovy dieťaťa s poruchami sluchu. In: *Pediatrica*. 2015, 10(2): 99-102. ISSN 1336-863X.
- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol.: *Etika komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol.: *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada Publishing, 2014. 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.
- PTÁČEK, R., ČEKLEDOVÁ, L. a kol.: *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Praha: Karolinum, 2011. 117 s. ISBN 978-80-246-1998-9.
- SILVERMAN, J., KURTZ, S., DRAPER, J.: *Skills for communicating with patients*. Oxford: Radcliffe Medical Publishing, 2005. 262 s. ISBN 978-1857756401.
- SZANISZLÓ, I. M.: Problematika informovaného súhlasu (vôle pacienta) z etického pohľadu. In: *Informovaný súhlas a inštitút predchádzajúceho priania*. Zborník príspevkov z vedeckej

konferencie s medzinárodnou účasťou. Bratislava: Eurokódex, 2011, s. 51-67. ISBN 978-80-89447-61-9.

ŠOLTÉS, L., PULLMAN, R.: *Výbrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin: Osveta, 2008. 257 s. ISBN 978-80-8063-287-8.

TEJ, J. *Komunikácia nielen v ordinácii*. Bratislava: MedMedia, 2012. 28 s.

VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M.: *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. 304 s. ISBN 978-80-7367-780-0.

VOREL, F. a kol.: *Soudní lékařství*. Praha: Grada Publishing, 1999. 606 s. ISBN 80-7169-728-1.

Vyhláška Ministerstva spravodlivosti SR č. 490/2004 Z. z., ktorou sa vykonáva zákon č. 382/2004 Z. z. o znalcoch, tlmočníkoch a prekladateľoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Vyhláška Ministerstva spravodlivosti SR č. 491/2004 Z. z. o odmenách, náhradách výdavkov a náhradách za stratu času pre znalcov, tlmočníkov a prekladateľov.

Zákon NR SR č. 382/2004 Z. z. o znalcoch, tlmočníkoch a prekladateľoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

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

Zákon NR SR č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon NR SR č. 301/2005 Z. z. Trestný poriadok.

ETICKÉ ASPEKTY KOMUNIKÁCIE V MEDICÍNE

Vysokoškolská učebnica

Autori:

MUDr. Silvia Farkašová Iannaccone, PhD.

MUDr. Miroslava Dulínová

MUDr. Nikita Bobrov, CSc.

Ing. Iveta Cimboláková, PhD.

doc. MVDr. Tatiana Kimáková, PhD.

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Miesto vydania: Košice

Rok vydania: 2016

Rozsah strán: 64

Rozsah: 3,54 AH

Vydanie: prvé

Účelová publikácia, nepredajná.

ISBN 978-80-8152-437-0 (elektronický zdroj)

ISBN 978-80-8152-295-6 (tlačená verzia)