Význam dotyku v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti

Mgr. Martina Nebošková, PhD.
Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Martin

V klinickej praxi je dotyk často redukovaný na funkčnú a technickú súčasť starostlivosti. Výskumy však ukazujú, že aj obyčajný ľudský empatický dotyk môže prispievať k zmierňovaniu utrpenia, úzkosti, a posilňovať vzťah medzi sestrou a pacientom. Tento príspevok analyzuje význam dotyku v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom prepojenia empirických poznatkov s fenomenologickým chápaním dotyku ako vzťahovej skúsenosti zakorenenej v telesnosti a zraniteľnosti človeka. Príspevok tiež identifikuje bariéry spojené s empatickým dotykom a v kontexte vzdelávania zdravotníkov zdôrazňuje potrebu systematicky rozvíjať neverbálnu komunikáciu. Dotyk predstavuje nenahraditeľný prvok holistickej paliatívnej starostlivosti, ktorý môže významne prispieť k humanizácii klinickej praxe.

Kľúčové slová: *paliatívna ošetrovateľská starostlivosť, dotyk, fenomenológia, telesnosť, zraniteľnosť*

The Importance of touch in palliative nursing care

In clinical practice, touch is often reduced to a functional and technical component of care. However, research shows that basic human, empathetic touch can help alleviate suffering, anxiety and strengthen the relationship between the nurse and the patient. This paper examines the significance of touch in palliative nursing care by linking empirical findings with a phenomenological understanding of touch as a relational experience rooted in human embodiment and vulnerability. It also identifies barriers associated with empathetic touch and, in the context of healthcare education, emphasizes the need for systematic development of nonverbal communication skills. Touch represents an indispensable element of holistic palliative care that can significantly contribute to the humanization of clinical practice.

Key words: *palliative nursing care, touch, phenomenology, embodiment, vulnerability*

Paliat. med. liec. boles., 2026;19(1e):11-14

DOTYK AKO SÚČASŤ HOLISTICKEJ STAROSTLIVOSTI

Ošetrovateľská starostlivosť je založená na holistickom prístupe k človeku, ktorý prekonáva redukciu pacienta na súbor symptómov a diagnózu. Tento prístup je dôležitý v každom ošetrovateľskom (a medicínskom) kontexte a v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti zohráva mimoriadne významnú úlohu, keďže má smerovať k „zmierňovaniu vážneho utrpenia súvisiaceho so zdravím, či už fyzického, psychologického, sociálneho alebo spirituálneho“ a „musí byť dostupná na všetkých úrovniach starostlivosti“ (1). Paliatívna starostlivosť môže byť potrebná bez ohľadu na to, z akého ochorenia alebo stavu utrpenie pacienta pramení, pričom jej nezanedbateľnou časťou je starostlivosť o pacientov, ktorých smrť je neodvratná. V tomto kontexte zohráva významnú úlohu vzťah medzi zdravotníckym personálom a pacientom. Vzťah, ktorý sa neodohráva výlučne prostredníctvom slov, ale aj prostredníctvom tela.

Jednou z kľúčových foriem neverbálnej komunikácie v ošetrovateľskej praxi je dotyk. „Sestra neverbálnou komunikáciou, ako je dotyk, pohladenie, podržanie za ruku, či úsmevom zmierňuje utrpenie a vyjadruje spolucítenie s pacientom“ (2). Dotyk je však pre sestry aj pacientov pomerne ambivalentnou skúsenosťou. Na jednej strane je dotyk súčasťou ľudského života, ktorého nutnosť a potreba sprevádzajú ľudí každou životnou fázou, no súčasne je intímnou záležitosťou, ktorá zasahuje do osobného priestoru človeka, a to nielen vo fyzickom zmysle.

O dotyku sa v klinickej praxi uvažuje primárne funkčne a technicky, keďže je nutnou súčasťou takmer všetkých výkonov a intervencií sestry. Rovnako aj v rámci vzdelávania zdravotníkov býva dotyk redukovaný na jeho technický a procedurálny aspekt, prípadne sa v kontexte profesijných hraníc zdôrazňuje riziko vyvolania diskomfortu pacienta v reakcii na dotyk (3), keďže ide o zásah do jeho intimity či integrity. V (paliatívnej) ošetrovateľskej starostlivosti má však dotyk nezanedbateľné pozitívne účinky na kvalitu starostlivosti. Empirické štúdie ukazujú, že aj krátky, neinvazívny empatický dotyk môže prispievať k zmierňovaniu bolesti, znižovaniu pocitu úzkosti a osamelosti, navodzovať pocit bezpečia a posilňovať vzťah medzi sestrou a pacientom (4, 5, 6, 7).

V posledných rokoch sa v klinickej praxi rozšírili rôzne koncepty, ktoré pracujú s dotykom cielene a metodicky, a to napríklad bazálna (somatická) stimulácia (8), či rôzne formy masážnej terapie (9, 10). Na pozadí týchto intervencií však zostáva pomerne málo reflektovaný práve jednoduchý, nenútený, *obyčajný* ľudský dotyk, ktorý nadobúda dôležitý vzťahový a existenciálny význam, a to pre pacienta rovnako ako aj pre sestru.

FENOMENOLOGICKÝ ROZMER DOTYKU

Prečo je ale dotyk taký prínosný a prečo je pre ľudí dôležitý v náročných situáciách, existenciálnych krízach, či blízkosti smrti? Odpovede na tieto otázky presahujú hranice ošetrovateľstva a smerujú k širším filozofickým úvahám o ľudskej telesnosti, a to najmä fenomenologickým. Fenomenológia je bežne uplatňovaná v kvalitatívnych ošetrovateľských výskumoch ako metodologické východisko pri komplexnom skúmaní prežívanej skúsenosti pacientov a ponúka hlbší spôsob porozumenia tomu, ako človek zakúša chorobu, utrpenie, či celkovú starostlivosť. Keďže fenomenológia kladie dôraz na prežívanú skúsenosť človeka, môžeme z daného rámca čerpať aj reflexiu dotyku ako súčasti skúsenosti v ošetrovateľskej starostlivosti. Práve filozofické reflexie telesnosti,

a to najmä v dielach Edmunda Husserla, Mauricea Merleau-Pontyho a Emmanuela Lévinasa, poskytujú konceptuálny rámec, ktorý umožňuje interpretovať dotyk ako vzťahový fenomén, akým sa človek vo svojej telesnosti stretáva so sebou samým, s druhým a so svetom.

Východiskom fenomenologických myšlienok je chápanie človeka ako telesnej bytosti.

Toto ponímanie sa však výrazne líši od bežného, materialistického pohľadu na telo ako na objekt, ktorý je prítomný v súčasnej biomedicínskej paradigme. Telo je spravidla skúmané ako fyzický objekt, ako súbor merateľných funkcií a procesov, ktoré možno analyzovať, monitorovať či diagnostikovať. Fenomenológia naproti tomu zdôrazňuje telo ako prežívanú skúsenosť, prostredníctvom ktorej človek vstupuje do vzťahu so svetom, nie „len“ ako materiálny objekt. Edmund Husserl (11) ako prvý rozvinul tieto myšlienky na konceptuálnej úrovni, a to rozlíšením tela ako fyzického objektu označovaného ako *Körper*, a živého tela ako *Leib*, pričom podobného rozlíšenia sa držali aj ďalší autori, ktorí zdôrazňovali koncepty živého tela ako *corps vivant* / *la chair* (Maurice Merleau-Ponty), či *corps vécu* (Emmanuel Lévinas). Aj napriek odlišnej terminológii a podstatnejším odlišnostiam koncepcií, každý z uvedených autorov vychádza z presvedčenia, že telo je niečo, čo je prežívané a zakúšané. Vnímame seba samých ako *žijúcich,* a tým sa nemyslí len kontrast s neživým (mŕtvym) telom. Prežívame skúsenosť tela, pričom ide o spôsob našej existencie vo svete, spôsob, ako ho „ja“ zakúšam zvnútra, ide o telo, v ktorom sa prelína subjekt a svet.

Podľa Merleau-Pontyho je naša celá existencia primárne telesná práve preto, že ju zakúšame živým telom. Vždy sa nachádzame v nejakom priestore, pohybujeme sa v ňom, niečoho sa dotýkame a súčasne sme dotýkaní (12). V súvislosti s paliatívnou ošetrovateľskou starostlivosťou je inšpiratívny práve tento koncept reverzibility dotyku, ktorý Merleau-Ponty bližšie vysvetľuje na príklade dotyku vlastných rúk. Keď sa naše ruky dotýkajú, nie je možné priamo oddeliť, ktorá je tá dotýkajúca a ktorá naopak dotýkaná. „Keď pritlačím svoje dve ruky k sebe, nejde o dva pocity vnímané spolu tak, ako človek vníma dva vedľa seba položené objekty, ale o nejednoznačné usporiadanie, v ktorom obe ruky môžu striedavo zastávať úlohy ‚dotýkajúcej sa‘ a ‚tej, ktorá je dotýkaná‘“ (13, s. 106). Rovnako je to aj v prípade, že sa nedotýkame seba samého, ale niekoho iného. Na jednu stranu tento dotyk vnímame ako aktívny pohyb vynaložený naším telom, na druhú stranu je v tom momente aj naše telo tým, ktoré je dotýkané a dokážeme striedať tieto perspektívy podľa toho, ako sa zameriame na vnemy pri tomto dotyku. Dotyk druhej osoby, druhého tela, tak nikdy nie je jednostranný, ale vzťahový (relačný).

Rovnaká ambivalencia skúsenosti je prítomná aj pri samotnom vnímaní druhého človeka. V prítomnosti s druhým človekom sme rovnako tými, kto vnímajú, ako aj tými, ktorí sú vnímaní. Tak aj druhých spoznávame analógiou k svojmu vlastnému telesnému prežívaniu. Správanie sa, gestikulácia, pohyby či výraz tváre sú nám zrozumiteľné aj na druhom človeku vďaka našej vtelenej skúsenosti. Toto porozumenie druhého je okamžité a bezprostredné (12).

Na jednu stranu je teda dotyk momentom, prostredníctvom ktorého človek rozlišuje seba a druhého, no zároveň sa prostredníctvom vzájomného dotyku vytvára vzťah. V kontexte (paliatívnej) ošetrovateľskej starostlivosti, ako tvrdí Catherine Green (14), dotyk nikdy nezasahuje *iba* pacienta. V momente fyzického kontaktu je aj sestra dotykom priamo zasiahnutá (v anglickom jazyku výstižne vyjadrené ako *being touched*), jej telo reaguje na pacientovo telo, vníma jeho zraniteľnosť, bolesť či úzkosť a nevyhnutne na ne odpovedá. Dotyk ju tak nielen uvádza do bezprostrednej blízkosti pacienta, ale zároveň ju vtiahne do jeho existenciálnej situácie. Dotyk sa tak stáva aj akýmsi médiom, prostredníctvom ktorého je formovaná aj identita samotnej sestry. Každé dotykové stretnutie ju môže posilniť v prežívaní poskytovania starostlivosti a zodpovednosti, alebo ju oslabiť, či dokonca zraniť, ak je kontakt s pacientovou zraniteľnosťou príliš náročný. V tomto zmysle dotyk nielen sprostredkuje starostlivosť, ale spoluutvára osobnú aj profesijnú identitu. Sestra sa prostredníctvom týchto situácií zakaždým učí, kto je vo vzťahu k sebe samej, ale aj vo vzťahu k pacientovi v jeho celistvosti a jedinečnosti ako ľudskej osoby.

Peter Urban (12) vyzdvihuje ďalšiu zaujímavú fenomenologickú perspektívu, ktorú môžeme nájsť u Lévinasa, a to etický aspekt telesnosti. Živé telo je pre neho predovšetkým zraniteľné telo. Prostredníctvom tela človek zakúša hlad, bolesť, strach či bezmocnosť a práve táto skúsenosť zraniteľnosti zakladá jeho etickosť. Telo je miestom potreby a závislosti, a tým aj miestom, kde sa rodí vzťah k druhému človeku ako k niekomu, kto môže trpieť. Živé telo je aj eticky významné, pretože nás vedie k uvedomeniu, že druhý človek je osoba, ktorá môže byť zasiahnutá naším konaním. Vysvetľuje to, ako zraniteľnosť zakúšaná vo vzťahu medzi sestrou a pacientom vedie k prevzatiu morálneho záväzku na strane sestry, ktorý ju motivuje odpovedať na túto zraniteľnosť, a to poskytnutím starostlivosti. A nielen to. Nabáda sestru reflektovať pacienta ako osobu v celej jej komplexnosti, celistvosti, a jedinečnosti, inak povedané, motivuje ju to k poskytnutiu *holistickej* starostlivosti.

DOTYK V PRAXI: VÝZVY, HRANICE A POTENCIÁL

Tým, že dotyk zasahuje rovnako tak pacienta ako aj sestru, je zjavné, že vytvára priestor aj pre formovanie dôverného vzťahu medzi sestrou a pacientom. Nenútený, podporujúci dotyk, v rôznych výskumoch označovaný ako *terapeutický* (15), *emocionálny – empatický* (4), *expresívny* (3), dáva najavo, že trpiaci človek je nielen objektom starostlivosti, ale predovšetkým súčasťou vzťahu. Pomáha zmierňovať úzkosť, redukovať pocit izolácie, uľahčuje nadväzovanie dôvery a vytvára priestor, v ktorom pacient môže bezpečnejšie prežívať svoje obavy, strach či smútok. Zároveň pomáha sestre vstúpiť do skutočného kontaktu s pacientovou skúsenosťou, bez potreby slov. To je v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti často dôležité, pretože dotyk predstavuje jednu z mála foriem komunikácie, ktorá je možná aj vtedy, keď sa pacient postupne vzďaľuje od bežných sociálnych interakcií. Strata síl, úbytok kognitívnych schopností či zhoršovanie verbálnej komunikácie môžu pre pacienta znamenať, že reč, ktorú celý život používal na porozumenie a sprostredkovanie svojich potrieb a emócií, prestáva byť spoľahlivá. Rovnako aj Kübler-Ross (16) pripomína, že v interakcii s umierajúcimi často prestáva

mať takú váhu verbálna komunikácia. Tichá, pokojná a súcitná prítomnosť má často väčší význam než slová. Jednoduché prejavy ako dotyk, pohľad, či spoločne strávený čas v tichu, dáva pacientovi pocit, že nie je sám. Navyše, fenomenologická perspektíva o telesnom pôvode reči (17) nás nabáda premýšľať o dotyku ako o primárnej forme komunikácie, nie ako o nejakom zvyšku komunikácie, ktorý ostáva, keď je limitovaná verbálna komunikácia.

Z pohľadu sestier sa však dotýkanie sa pacienta môže spájať aj s negatívnymi emóciami (18), sestry často premýšľajú a spochybňujú, či je dotyk v konkrétnej situácii vhodný, a to napríklad z dôvodu rodových či kultúrnych rozdielov (3), či iných faktorov ako vek, pacientov stav, ako aj časť tela, ktorá je dotýkaná (19). Taktiež môže byť prijímanie dotyku z perspektívy pacienta ovplyvnené jeho životnými skúsenosťami, výchovou či tým, ako prežíva vlastnú zraniteľnosť.

Dotyk môže byť pacientovi nepríjemný alebo bolestivý, najmä ak ide o nevyhnutný dôsledok starostlivosti o poranené časti tela, ako aj o presuny a polohovanie pacienta. Môže sa stať zdrojom utrpenia aj vtedy, keď je necitlivý, nerešpektuje intimitu a integritu pacienta, alebo nie je sprevádzaný dostatočným vysvetlením a vnímaním jeho aktuálneho prežívania (20).

Kľúčovým aspektom zdravotnej starostlivosti je mocenská asymetria medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom. Dotyk je najčastejšie iniciovaný zdravotníkom, ktorý disponuje odbornou autoritou a legitimitou vstupu do osobného (telesného) priestoru pacienta, pričom pacient sa ocitá skôr v pasívnej pozícii, kde jeho súhlas môže byť implicitne predpokladaný, ale v skutočnosti ho pacient nedáva. V tomto zmysle sa dotyk stáva nástrojom moci (21), ktorý umožňuje kontrolu nad telom pacienta a môže byť prežívaný ako strata autonómie. Ak sestra tieto nerovnosti nereflektuje, môže mocenské nerovnosti nevedome prehlbovať. Zároveň je dotyk citlivý na nesprávnu interpretáciu, sexualizáciu a prekročenie hraníc sociálneho komfortu pacienta. Riziko mocenskej nerovnosti môže byť navyše umocnené pri zraniteľných skupinách pacientov, ako sú deti, starší pacienti, imobilní pacienti, pacienti prežívajúci ťažkosti s duševným zdravím, alebo pacienti so zníženými intelektuálnymi kapacitami, pri ktorých je potrebné obzvlášť citlivo zvažovať prijateľnosť dotyku.

V neposlednom rade zohrávajú významnú úlohu kultúrne presvedčenia, normy a rodové rozdiely, ktoré môžu viesť k tomu, že dotyk je pacientmi vnímaný ako nevhodný, zahanbujúci alebo neprijateľný, najmä ak nerešpektuje náboženské pravidlá a zvyklosti (21, 22, 23). Môže ísť napríklad o preferenciu zdravotníka rovnakého pohlavia, najmä pri intímnej starostlivosti. Mnohé kultúry a náboženstvá striktne obmedzujú dotyk medzi osobami opačného pohlavia mimo partnerských či rodinných vzťahov, čo je takisto potrebné zohľadňovať.

Takto vymedzený kontext ukazuje, že dotyk nemusí byť samozrejmý ani jednoznačný. Pokiaľ má sestra neistoty z prijatia dotyku, ide o opodstatnené obavy. Nie je to však dôvod, ktorý by mal viesť k úplnému vyhýbaniu sa dotyku či k rezignácii na jeho terapeutické využitie. Podľa Kelly et al. (3) si pacienti vyberajú, či chcú komunikovať prostredníctvom dotyku. Preto je dôležité pristupovať k dotyku ako k procesu, ktorý sa nezačína samotným fyzickým kontaktom, ale už spôsobom, akým sestra pozýva pacienta k dotyku. Sestra v prvom rade dáva najavo, že ona sama je pripravená prijať dotyk, pokiaľ ho chce iniciovať samotný pacient. Takisto môže prizvať pacienta k dotyku aj gestami, ako je podanie ruky a následne sledovať reakciu pacienta, vnímať jeho postoj, náladu, reč tela. Rovnako, ako keď spoznávame nových ľudí v sociálnom kontexte, je potrebné senzitívne objavovať hranice komfortu druhej osoby, čo je prirodzenou súčasťou ľudskej interakcie. Dotyk sa pacientom prijíma oveľa ľahšie, pokiaľ ide o dlhodobejšiu kontinuálnu starostlivosť, resp. pokiaľ majú priestor vytvoriť si bližší, osobnejší či dôverný vzťah so sestrou, keď sa dotyk stáva spontánnym a dáva pacientovi pocit emocionálnej opory (24).

Netreba tiež zabúdať na to, že na sestry sa vzťahujú rovnaké kontextuálne faktory, ako na pacientov. Vyhýbanie sa dotyku môže vychádzať zo životných skúseností sestry, výchovy, náboženských presvedčení, kultúrneho kontextu, postoja k vlastnej telesnej integrite, a mnohých iných. Nie je preto výnimočnou situáciou, keď sa sestra vedome *rozhodne* (3), že sa bude dotýkať pacienta výlučne pri výkone starostlivosti. Keďže dotyk je intímna forma komunikácie, zvykne znásobiť alebo minimálne prehĺbiť to, ako veľmi je sestra empaticky zainteresovaná v pacientovej situácii, jeho existenciálnej kríze či utrpení. Preto sestry môžu pociťovať bariéry v dotýkaní sa pacientov, aby sa chránili pred tým, čo by ich emocionálne zasiahlo či poznačilo.

Na druhú stranu vie byť dotyk formujúci, niekedy transformatívny a často terapeutický rovnako pre pacienta, ako aj sestru. Navyše, sestry, ktoré sa cítia v používaní dotyku istejšie a prirodzenejšie, zároveň vykazujú lepšiu pracovnú pohodu a celkovo vyššiu mieru profesijného well-beingu. Naopak, nižšia miera komfortu pri fyzickom kontakte je spojená s väčším rizikom vyhorenia a s nižšou pracovnou spokojnosťou (25). Táto dynamika potvrdzuje, že dotyk nepredstavuje len techniku alebo formu starostlivosti, ale výrazne ovplyvňuje aj emocionálne prežívanie a rezilienciu samotnej sestry.

Naše úvahy poukazujú na to, že dotýkanie sa pacienta si vyžaduje viac než len aplikáciu vopred daných normatívnych schém a kľúčový pre prax sa zdá byť kontext. Rovnako aj z fenomenologickej perspektívy nemôžeme usúdiť, či je dotyk sám osebe vhodný alebo nevhodný. Problémom je hlavne to, keď ho chápeme ako izolovaný akt. Dotyk je súčasťou širšieho procesu vzťahového bytia s pacientom, ktorý zahŕňa prítomnosť, vypočutie a aj otvorenosť porozumieť jeho skúsenosti. Ak dochádza k porozumeniu, jeho súčasťou je aj schopnosť rozlíšiť, či je dotyk v danej situácii vhodný a žiaduci.

ZÁVER

Z uvedeného je zjavné, že dotyk komplexne ovplyvňuje paliatívnu ošetrovateľskú starostlivosť, zahŕňajúc skúsenosti pacientov, sestier, rovnako ako aj celkovú kvalitu a holistický rozmer starostlivosti. Reflexia fenomenológie telesnosti má v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti výrazný humanizačný potenciál, pretože obracia pozornosť k vzťahu s pacientom a jeho prežívanej skúsenosti, čím prekonáva vnímanie pacienta výlučne ako objektu intervencie. Umožňuje sestrám vnímať dotyk a telesnú blízkosť ako obojstranné dianie, ktoré ich prirodzene vťahuje do situácie pacienta a zároveň im pomáha uvedomovať si vlastné hranice. Terapeutický poten-

ciál fenomenologického ponímania živého tela zdôrazňuje aj Petra Hroncová (26). Tvrdí, že keď berieme človeka nielen ako „telo, ktoré treba opraviť", ale ako osobu, ktorá svoje telo prežíva, cíti a žije v určitom životnom príbehu, otvorí sa nám úplne iný pohľad na to, ako má vyzerať kvalitná starostlivosť. Motivuje nás to porozumieť dosahom choroby na osobný svet pacienta v jeho jednote a celistvosti.

Dotyk v paliatívnej starostlivosti si preto vyžaduje hlbšiu reflexiu, obzvlášť vzhľadom k nedávnym výzvam spôsobených pandémiou COVID-19, ktorá výrazne obmedzila sociálnu interakciu a fyzický kontakt. Situácia nás nútila strážiť si súkromie, telesnú integritu a chrániť tak svoje zdravie, ako aj zdravie našich blízkych. Dotyk sa pre mnohých stal varovným signálom a nositeľom rizika. Dôsledkom môže byť zvýšená nedôvera ľudí a odmietanie fyzického kontaktu, no rovnako aj jeho posilnená potreba vyvolaná dlhodobým nedostatkom ľudskej blízkosti. Zatiaľ nemáme jednoznačnú odpoveď na to, akým smerom sa vnímanie dotyku v spoločnosti skutočne posunulo. Práve preto je nevyhnutné realizovať aj systematické výskumy smerujúce k porozumeniu, aký je význam dotyku v paliatívnej starostlivosti v post-pandemickom období.

Tento príspevok poukazuje aj na priestor, ktorý sa otvára vo vzdelávaní zdravotníkov, a to najmä v paliatívnej starostlivosti. Spomínané ťažkosti, ktoré sestry zažívajú pri rozhodnutiach, či sa dotýkať alebo nedotýkať pacienta, odkazujú aj na nedostatok tréningu v oblasti neverbálnej komunikácie. Vychádzajúc z fenomenologických prameňov môžeme podporiť, resp. rozšíriť edukáciu študentov ošetrovateľstva a sestier tak, aby rozumeli (aj filozofickému / fenomenologickému) významu dotyku, a aplikovali tieto poznatky v praxi, čo by viedlo k podpore poskytovania kvalitnej holistickej paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Zároveň by to študentov lepšie pripravilo na klinickú prax tým, že by sa cítili istejšie a komfortnejšie pri využívaní dotyku v kontakte s pacientom.

Ako jediný autor rukopisu s názvom Význam dotyku v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti vyhlasujem, že ako autor nemám žiadny konflikt záujmov, ktorý by bolo potrebné transparentne priznať.

Mgr. Martina Nebošková, PhD.
Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave
Malá Hora 5, 036 01 Martin
martina.neboskova@uniba.sk

Literatúra

1. WHO. Palliative care. 2026. Dostupné na: https://www.who.int/health-topics/palliative-care
2. Kurucová R, Žiaková K, Nemcová J. Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2017. 311 s.
3. Kelly M, Svrcek C, King E, et al. Embodying empathy: A phenomenological study of physician touch. Medical Education. 2022;54(5):400-407. Dostupné na: https://doi.org/10.1111/medu.14040.
4. Karlsson L, Rosenqvist J, Airosa F, et al. 2021 The meaning of caring touch for healthcare professionals in an intensive care unit: A qualitative interview study. Intensive & Critical Care Nursing. 2022;68. Dostupné na: https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103131.
5. Ben-Arye E, Portalupi E, Keshet Y, et al. Enhancing Palliative Care With Mindful Touch: Impact of a Manual and Movement Therapy Training Program in an International Multidisciplinary Integrative Oncology Setting. Journal of Pain and Symptom Management. 2021;61(2):229-236. Dostupné na: https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.08.004
6. Reed SM, Smith MC, Kutner JS. Experiences of Caring Through Providing Touch Near End-of-Life. Int J Hum Caring. 2021;25(2):142-155. Dostupné na: https://doi.org/10.20467/humancaring-d-20-00020.
7. Sims S. The significance of touch in palliative care. Palliative Medicine. 1988;2(1):58-61. Dostupné na: https://doi.org/10.1177/026921638800200109.
8. Michňová A, Dobríková P. Bazálna stimulácia v hospicovej starostlivosti. Paliat. med. liec. Boles. Supl. 2012:9-12. Dostupné na: https://www.solen.sk/storage/file/article/Supl_PALMED_S2_2012_A4_Dobrikova.pdf
9. Airosa F, Falkenberg T, Öhlén G, et al. Tactile massage or healing touch: Caring touch for patients in emergency care – A qualitative study. Journal of Holistic Nursing. 2016:31(1):13-23. Dostupné na: https://doi.org/10.1177/0898010115579769.
10. Groninger H. Massage Therapy for Hospitalized Patients Receiving Palliative Care: A Randomized Clinical Trial. J Pain Symptom Manage. 2023;65(5):428-441. Dostupné na: https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.01.011.
11. Husserl E. Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy. Second book. Studies in the phenomenology of constitution. The Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1989.
12. Urban P. Tělo a morální fenomenologie. Mezu Merleau-Pontym a Levinasem. In: Urban, P. (ed.) Fenomenologie tělesnosti, 2011:203-218.
13. Merleau-Ponty M. Phenomenology of Perception. 2nd ed. London, New York: Routledge, 2002. 569 s.
14. Green C. Philosophic reflections on the meaning of touch in nurse–patient interactions. NursingPhilosophy. 2013;14(4):242-253. Dostupné na: https://doi.org/10.1111/nup.12006.
15. Chang SO. The conceptual structure of physical touch in caring. Journal of Advanced Nursing. 2001;33(6):820-827. Dostupné na: https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01721.x.
16. Kübler-Ross E. On Death and Dying. What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families. 3rd ed. London, New York: Routledge, 2009.
17. Bierhanzl J. Pohladit, nebo podat ruku. Levinas a Merleau-Ponty o tělesném původu řeči. In: Urban, P. (ed.). Fenomenologie tělesnosti, 2011:157-166.
18. Picco E, Santoro R, Garrino L. Dealing with the patient's body in nursing: nurses' ambiguous experience in clinical practice. Nursing Inquiry. 2010;17(1):39-46. Dostupné na: https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00481.x.
19. Routasalo P. Physical touch in nursing studies: a literature review. Journal of Advanced Nursing. 1999;30(4):843-50. Dostupné na: https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01156.x.
20. Tengblad J, et al. "I Am Here" – The Importance of Caring Touch in Intensive Care: A Qualitative Observation and Interview Study. Journal of Holistic Nursing. 2024;42(3):254-264. Dostupné na: https://doi.org/10.1177/08980101231198723.
21. Kelly MA, Nixon L, McClurg C, et al. Experience of Touch in Health Care: A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions. Qualitative Health Research. 2018;28(2):200-212. Dostupné na: https://doi.org/10.1177/1049732317707726.
22. Rezkiki F, Rahmayunia Kartika I, Febrina C, et al. Patient Experiences of Receiving the Therapeutic Touch of Nurses in Chronic Illness Care: A Qualitative Study. Jurnal Berita Ilmu Keperawatan. 2026;19(1). Dostupné na: https://doi.org/10.23917/bik.v19i1.10805.
23. Ishikawa Y, Setyowati. Social and Cultural Issues of Indonesian Migrant Nurses in Japan. The Malaysian Journal of Nursing. 2018;10(1):49-56. Dostupné na: https://doi.org/10.31674/mjn.2018.v10i01.007.
24. Routasalo P, Isola A. The Right to Touch and Be Touched. Nursin Ethics. 1996;3(2):165-76. Dostupné na: https://doi.org/10.1177/096973309600300209.
25. Pedrazza M, Minuzzo S, Berlanda S, et al. Nurses' Comfort with Touch and Workplace Well-Being. Western Journal of Nursing Research. 2014;37(6):1-18. Dostupné na: https://doi.org/10.1177/0193945914527356.
26. Hroncová P. Terapeutický aspekt filozofického konceptu živého tela. Trnava: Filozofická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave, 2012. 172 s.