

# Slovník paliatívnej a terminálnej starostlivosti vyjadruje aj etické postoje

MUDr. Kristína Križanová<sup>1</sup>, MUDr. Peter Križan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Oddelenie paliatívnej medicíny a klinickej onkológie, Národný onkologický ústav, Bratislava

<sup>2</sup>Etická komisia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, Bratislava

Terminológia v paliatívnej medicíne je veľmi poznačená základnými hodnotami a etické prístupy významne ovplyvňujú tvorbu medicínskeho názvoslovia v situáciách na konci života. Diskusia je veľmi bohatá nielen v anglickej a nemeckej jazykovej oblasti, ale aj v českej. Svojím článkom chceme otvoriť priestor na diskusiu o terminológii v paliatívnej starostlivosti na konci života aj v slovenskom jazyku. Predpokladáme, že táto téma zaujme aj špecialistov, ktorí pracujú v oblasti bioetiky a jazyka.

**Kľúčové slová:** paliatívna medicína, aplikovaná etika, kauzálna terapia, symptomatická terapia, eutanázia, kvalita života.

## Dictionary palliative and terminal care and ethical attitudes expressed

Medical terminology in palliative medicine is highly impacted by fundamental values and ethical attitudes are significantly influencing the shape of medical vocabulary in the end-of-life situations. The discussion is already broadly open not only in the English or German speaking area, but also in the Czech. With our article we are trying to open the floor for discussion about terminology in palliative end-of-life care also in Slovak language. We hope that this theme will be interesting also for specialists working in the field of bioethics and language studies.

**Key words:** palliative medicine, applied ethics, causal therapy, symptomatic therapy, euthanasia, quality of life.

Paliat. med. liec. boles., 2012, 5(3): 78–81

## Etika a jej aplikácia

Aplikovaná etika má cez filozofickú etiku stále zapustené korene vo filozofii, ale pokúša sa používať alternatívne riešenia etických dilem ponad štandardné smery etiky vo filozofii. Ak dnes riešime etickú dilemu v každodennom živote, zriedka sa odvolávame na abstraktné filozofické riešenie v duchu diela niektorého z protagonistov v dejinách etickej filozofie. Aby sme sa nevyčerpali diškurzom v uzatvorených systémoch, hľadáme platformu argumentácie a nový variant dohody prijateľný pre viaceré filozofické, etické alebo náboženské smery. Aplikovaná etika sa začína výzvou, ktorú predstavuje konkrétny praktický problém všedného dňa a pokúša sa nájsť konsenzus pri výbere jedného z riešení, ktoré sú v reálnom čase možné a uskutočniteľné. Takto sa dá dospieť k spoločnému riešeniu zdanlivo akoby na povrchu problému, pričom fundamentálne východiská aktérov rozhodovacieho procesu ostávajú akoby nedotknuté. Takýmto spôsobom môžu napríklad pragmatici, ktorí uprednostňujú akciu s vedomím možného rizika, nájsť spoločné riešenie s konzervatívami, ktorí uprednostňujú zdržanlivosť s vedomím možného zanedbania. Ak riešenie aktuálnych otázok neznesie odklad, hľadáme priestor minimálneho konsenzu, praktického postoja a konkrétneho riešenia, na ktorom sa dokážeme zhodnúť. A práve tu vzniká nové napätie a ďalšie dilemy, pretože minimálny konsenzus považujú ďalší, najmä z náboženského prostre-

dia, za neprípustný redukcionizmus, relativizáciu fundamentálnych hodnôt a ohrozenie základov morálky. Tu by mohol aplikovanej etike pomôcť ponor naspäť do teoretickej filozofie, ktorá by mala naše praktické konanie filozoficky uniesť.

## Rozlišovanie pojmov

Niektoré slová majú pevný význam a konotáciu a nedajú sa voľne použiť na označenie iného. Sú to pojmy, ktoré zjednocujú významy skupiny javov okolo podstatného a súčasne dovoľujú odlíšiť ich od iných javov.

## Pojmy zakotvené vo zvykoch

Modlíme sa za „dobrú smrť“ a nikomu nepríde na um spájať to s eutanáziou a modlitbu preto zakazovať ako nemorálnu. Túžba vyjadrená v modlitbe je veľmi stará a v našej skúsenosti nie je poznamenaná eutanáziou chápanou v zmysle koncentračných táborov 20. storočia.

Napríklad ak by sme na Slovensku chceli nikomu vysvetľovať význam pojmu gymnázium na odlišenie od pojmu posilňovňa, bolo by to zbytočné, lebo zmätenie pojmov v praxi nemôže nastať. Pri preklade z angličtiny do slovenčiny alebo naopak však treba vedieť, že gymnázium je high school a gym(nasium) je posilňovňa.

## Pojmy dané historicky

Keď sa objavili lieky proti vírusom, používali sa už antibiotiká v antibakteriálnom význame tak dlho, že nebolo možné ani vhodné subsumovať

lieky proti vírusom pod pojem antibiotiká. Nové antivirové lieky dnes spolu s antibiotikami zaraďujeme pod spoločný pojem antiinfektíva.

Pod pojem narkotikum, ktorý dnes znamená uspávací prostriedok, patria v užšom zmysle len lieky, ktoré vyvolávajú narkózu (od éteru počnúc, halotanom končiac), a preto sa volajú anestetiká, ale v širšom zmysle napríklad aj midazolam a diazepam, ktoré vyvolávajú ospalosť. Pôvodne patrili medzi narkotiká aj ópium a morfín, ale už sa vyčlenili ako silné lieky proti bolesti, kde ospalosť je nežiaduci účinok.

## Pojmy definované zákonom

Niektoré pojmy sú pevne definované v zákone (1), napríklad vražda § 145, zabitie § 147, 148, usmrtenie § 149, účasť na samovražde § 154, neposkytnutie pomoci § 158 a nemôžeme ich oprávnené použiť (zneužiť) v etickej argumentácii ako emotívny zosilňovač argumentácie. Napríklad nemôžeme uzatvoriť etickú debatu o ukončení umelej výživy v prípadoch dlhotrvajúcej kómy (kauza Terri Schiavo) (2) jednoducho tým, že takéto konanie označíme za vraždu.

Niektoré pojmy sú prakticky nepoužiteľné, napriek tomu, že v zákone nie sú definované. Príkladom je *eutanázia*, ktorú náš právny poriadok pod týmto pojmom nepozná (spomína sa len v etickom kódexe zdravotníckeho pracovníka) (3). Dnes nie je možné vychádzať zo starovekého významu a prekladu *dobrá smrť*, a preto *nie je možné pojem eutanázie rehabilitovať*. Rovnako

použitie rozlišujúcich prívlastkov, napríklad aktívna vs pasívna, priama vs nepriama, nech to akokoľvek vysvetlíme a opíšeme, samovolne sa to zguľá k pojmu *eutanázia* a stane sa neprijateľným, nevysvetliteľným a nepoužiteľným. Preto delenie alebo prívlastkovanie eutanázií treba opustiť.

Inak sa pacientovi nedostane zo strany zdravotníckeho personálu pomoci zo strachu, že niekto poskytnutie pomoci označí za eutanáziu – takú či onakú.

### Pojmy definované eticky

Zastarano sa *pojmu* hovorí aj *pochop*. Nejde teda len o pomenovanie javu názvom, ale ide aj o to, aby to pomenovanie bolo pochopiteľné, zrozumiteľné. Preto je nielen vedecky správne a prakticky odôvodnené, ale aj eticky dôležité, aby sme pri slovnom pomenovaní javov nepriradovali akékoľvek pojmy, ale aby sme hľadali *pochopiteľné* pomenovanie. *Pojem* by mal niesť prinajmenšom podstatnú časť informácie, ktorá je obsiahnutá v definícii, respektíve by mal súhlasiť s obsahom a zabezpečiť čo najmenej dezinformácie.

### Predbežné a predčasné závery

*Predbežné závery* podporujú opatrnosť a menšiu emotívnosť, umiernenosť vo vyjadrovaní, neutrálne výrazy. Skôr vyjadruje viaceré možnosti, zrovnoprávňuje argumenty oboch (viacerých) strán sporu. Obvykle ide o ťažko zlučiteľné, najčastejšie dve, protikladné možnosti, ktoré sa preto nazývajú aj dilema.

*Predčasné závery* sú skôr emotívne, burcujúce, netrepezlivé. Namiesto riešenia dilemy preferujú len jeden uhol pohľadu, len jedno možné riešenie a argumenty v jeho prospech nevyvažujú argumentmi v prospech alternatívnej možnosti.

Napríklad niektoré vyjadrenia o *sociálnej eutanázii* bránia otvorenej diskusii o tom, čo si môžeme v zdravotníctve finančne dovoliť.

### Kauzálna, symptomatická a paliatívna terapia

Primárna prevencia je zameraná na to, aby nedošlo ku kauze, ktorá si vyžiada terapeutický zásah. Každý terapeutický výkon je potom pokus o odstránenie dajakej *kauzy*. Preceňovanie tzv. *kauzálnej terapie* oproti inej terapii, napríklad v prospech paliatívnej terapie nádoru oproti paliatívnej liečbe pacienta s pokročilým nádorovým ochorením, je jedným z nedorozumení, ktoré spôsobila akútna (víťazná) medicína (4).

V prípade vážnej bakteriálnej infekcie je *kauzálnou* terapiou podanie antibiotík, pretože *kauzou* zápalového syndrómu sú baktérie. Kým neboli an-

tibiotiká dostupné, *kauzálnou terapiou* syndrómu *dolor – calor – rubor – tumor – functio laesa* bol *symptomatický výkon – ubi pus ibi evacua*. V prípade väčšiny zápalových aj onkologických tumorov sa dodnes uprednostňuje odstránenie tumoru oproti podávaniu chemoterapeutík/antibiotík, v zmysle *kauzálnej terapie*, dodnes.

Ak máme pred sebou pacienta s onkologickým ochorením, náš prvý úmysel je odstrániť toto ochorenie. Ak to nie je možné *a priori* alebo ak pokus o *kauzálnu terapiu nádoru* nevyšiel, neznamená to, že sa končí *kauzálna terapia*. Nádor je neodstrániteľný, pacient je v tomto zmysle nevyliciteľný, ale to neznamená, že sa *končí liečba*. Naopak, pri nevyliciteľnom nádorovom ochorení nekončíme liečbu, len meníme cieľ a očakávame iný výsledok liečby. Ak liečime bolesť, vracanie, dýchavicu, to predsa neznamená, že sme pacienta „prestali liečiť“. Aj *pri kauzálnej terapii* poznáme symptomatickú liečbu, napríklad symptomaticky podávame antiemetiká pri emetogénnej chemoterapii alebo symptomaticky podávame analgetiká po chirurgickej intervencii alebo symptomaticky ošetrujeme kožu a sliznice po aktinoterapii. Úmysel *kauzálnej liečby nádoru* (jeho odstránenie) je rovnaký ako úmysel *symptomatickej liečby kaskády dôsledkov nevyliciteľného nádoru* (úmyslom je tiež ich odstránenie).

Preto by bolo vhodné používať v paliatívnej medicíne termín *paliatívna liečba* alebo jednoducho len *liečba* (bez prívlastku), alebo najstvhodnejšiu náhradu za prívlastok *symptomatická*.

Z etického hľadiska má *paliatívna (symptomatická) liečba* oproti *kauzálnej protinádorovej terapii*, paradoxne, širšie možnosti. Prof. Günter Virt (5) používa prímer *rozmieňať na drobné*, ktorý odkazuje na gesto chudobnej vdovy z Markovho evanjelia (dala síce len dve malé mince, ale dala všetko, čo mala). Virt chce povedať, že kým pacient nezomrie, naše možnosti sú nevyčerpatelné a liečime mnoho chorobných stavov, dakedy vrátane primárneho nádoru. Hoci postupne musíme zlavovať z cieľov, ktoré mienime dosiahnuť, niet takej *drobnej mince*, ktorá by sa nedala ešte ďalej rozmeniť. V zdravotnej starostlivosti sme však väčšinou ešte nedocielili v tomto zmysle spravodlivosť v rozdeľovaní finančných a ľudských zdrojov: súťaženie o nedostatočné financie všade vo svete je slabinou obrazu o rozmieňaní.

### Vitálna indikácia

V prípade *vitálnej indikácie* ide spravidla o indikáciu chirurgickej intervencie, u onkologických pacientov najčastejšie z oblasti brušnej chirurgie (porucha pasáže) alebo neurochirurgie (intrakraniálna hypertenzia, krvácanie). Termín

*vitálna indikácia* implikuje akútny, život zachraňujúci výkon a súčasne je imperatívom – ak nezašiahneš, ohroziš život. Vo fáze zomierania, ktoré sa bez ohľadu na akékoľvek medicínske aktivity končí smrťou, je však *život zachraňujúci výkon* oxymoron. Preto odporúčame, aby sa termín *vitálna indikácia* vo fáze zomierania nepoužíval. U zomierajúceho paliatívneho pacienta je akýkoľvek chirurgický výkon podriadený úmyslu liečiť komplikácie počas zomierania. Chirurgická intervencia nie je v tomto zmysle *vitálne indikovaná* a naopak, len veľmi výnimočne môže dostať prednosť pred inými liečebnými postupmi.

### Sprevádzanie v chorobe a núdzi

Kľúčové slovo v paliatívnej starostlivosti je *sprevádzanie* ako zodpovednosť za závislý a odkázaný život. Pre naše jazykové pomery možno *sprevádzanie* vyhradiť ako samostatný pojem v rámci *high touch* (6) prístupu. Etické minimum „Nerob iným to, čo nechceš, aby oni robili tebe!“ je v európskej civilizácii zosilnené vo formulácii „Všetko, čo chcete, aby ľudia robili vám, robte aj vy im“ (7) podopreté biblickým príbehom o milosrdnom Samaritánovi (8). Východiskom je starodávne *low tech-high touch*, lebo pri nedostatku techniky, pracovných síl a peňazí často neostáva na iné, ako vypočuť a podržať ruku, pohľadiť po čele a zatlačiť oči. Aj Biblia vie, že starostlivosť o blížneho nie je zadarmo, Samaritán dal hostinskému zálohu a sľúbil, že cestou späť mu preplatí všetko, čo vynaloží navyše. V ostatných desaťročiach sa to obrátilo na *high tech-low touch*. Výdavky na *high-tech* narástli takým nebývalým spôsobom, že popri nich je *sprevádzanie* populúškou, z ktorej sa paliatívna medicína pokúša spraviť kráľovnú.

### Sprevádzanie pri zomieraní

V súlade s anglickou a nemeckou jazykovou oblasťou (9) neodporúčame používať na konci života pojem *pomoc pri zomieraní*, lebo by bolo potrebné podobne ako pri prívlastkovej eutanázii vysvetľovať, že pod pomocou sa nemyslí napomáhanie pacientovi pri samovražde.

Ak dáme bokom podozrivý výraz *pomoc*, na úplnom konci života, pri zomieraní, nám nerobí ťažkosti ani pojem *liečby*, ani pojem *sprevádzania*. Ťažkosti robí pojem zomierania. Vieme definovať smrť ako stav, a tak vieme určiť, že pacient zomrel, ale nemáme definované zomieranie ako nezvratný a časovo vymedzený proces.

Zomieranie nie je *diagnóza* (v zmysle MKCH) ani choroba a ako nezvratný proces sa ani nelieči. Prognózovanie je tým presnejšie, čím bližšie je smrť, čiže požadovať od paliatívnej medicíny

pridanie života do posledných dní je správny postup, nech príde smrť, kedy príde. Zomieranie pozostáva z množstva príznakov, ktoré je možné liečiť alebo mierniť ako všetky príznaky, ktoré paliatívna medicína lieči (10).

### Pripustiť smrť (11)

Zomieranie je časovo obmedzený a nezvratný proces, ktorý sa nevyhnutne končí smrťou. Paliatívna liečba a paliatívna starostlivosť vo fáze zomierania zmiernuje obťažujúce príznaky a podporuje dôstojnosť pacienta. Liečba symptómov počas zomierania nemôže celý proces zvrátiť, ale môže ho, v rámci limitov časového obmedzenia, predĺžiť. Dochádza tu k paradoxu, že sa nám nemusí dariť zlepšiť (pridať) život počas zomierania, ale len predĺžovať zomieranie. Tu je rozhodujúce posúdenie kvality života. Zo strany pacienta ide o subjektívne posúdenie, či za takýchto okolností chce ešte žiť (či sa mu oplatí žiť), teda v skutočnosti, či chce ďalej alebo dlhšie takto zomierať. Zdravotníci musia na rovnakú otázku hľadať odpoveď v medicíne založenej na dôkazoch.

Upustiť od daktorých lekárskeho aktivít, ktoré predlžujú pacientov život/zomieranie, potom znamená pripustiť jeho smrť, pripustiť, aby pacient *zomrel*. Tu potrebujeme ešte odlíšiť, či pacientovi *dovolíme zomrieť* alebo ho *necháme zomrieť*.

### Dovoliť zomrieť

*Dovoliť zomrieť* znamená na žiadosť pacienta nezačať liečbu alebo ukončiť už začatú liečbu, ktorá je márna zoči-voči smrti ako nezvratnému dôsledku zomierania. Akceptovať možno vôľu pacienta, ktorý je dostatočne fyzicky disponovaný a pričítaný, aby ju mohol dôveryhodne vyjadriť vo forme tzv. informovaného súhlasu (12). Ak nie sú splnené podmienky na vyjadrenie vôle pacienta formou informovaného súhlasu, je možné ho nahradiť *dispozíciou pacienta* (13), ktorú spísal vopred (pre túto možnosť zatiaľ chýba právna forma) (14). *Dovoliť zomrieť* v prípade *pripustenia smrti* nie je *eutanázia* ani *asistované suicídium* a treba to jednoznačne odlíšiť oproti *usmrteniu na žiadosť chorého*.

### Nechať zomrieť

*Nechať zomrieť* znamená nezačať liečbu alebo ukončiť už začatú liečbu, ktorá je márna zoči-voči smrti ako nezvratnému dôsledku zomierania na základe lekárskej indikácie. Paliatívna medicína má predlžovať život, nie zomieranie. Kvalita života sa dá merať, len ak je pacient schopný o kvalite svojho života vypove-

dať. Podmienkou pre pocitovanie utrpenia a tým zníženej kvality života je 1. prítomnosť vedomia, schopnosť vnímať, 2. okolnosti ovplyvňujúce kvalitu života sa vnímajú ako stresujúce a 3. táto skúsenosť je nepríjemná. Definícia utrpenia je veľmi všeobecná, ale prijatá: utrpenie je nepríjemná skúsenosť charakterizovaná pocitom osobnej úzkosti, ktorá vyplýva z nepriaznivých okolností znižujúcich kvalitu života. Utrpenie je fenomén uvedomelej ľudskej existencie, ktorého intenzita závisí od počtu a závažnosti okolností znižujúcich kvalitu života, od procesu vnímania a pocitovania (15).

### Paliatívna sedatívna liečba (16)

Príznaky ochorenia sú niekedy také závažné, že ich ani kombináciou silných analgetík s inými liekmi nedokážeme zvládnuť tak, aby *pacient netrpel*. Týka sa to najmä *bolestí* (kombinovaných chronických nociceptívnych a neuropatických s akútnymi prelomovými), *dýchavice a delíria*. Takéto ťažkosti často nedokážeme zmierniť pri zachovaní plného vedomia pacienta. Vtedy musíme prebrať s pacientom a jeho blízkymi možnosť, že dávky liekov budeme zvyšovať až na hranicu utlmenia pacientovho vedomia. Paliatívnu sedatívnu liečbu vtedy robíme liekmi, ktoré by sme tak či tak použili, ale ich dávku titrujeme až do vymiznutia refraktérnych príznakov bez ohľadu na to, či je pacient pri plnom vedomí alebo dôjde súčasne k útlmu vedomia. Strata vedomia nie je cieľom liečby a jej efektivita sa hodnotí podľa pacientových pocitov a nie podľa stupňa psychického útlmu. Paliatívnu sedatívnu liečbu vykonávame v terminálnej fáze ochorenia, ponechávame hydratáciu pacienta, podľa možnosti aj príjem malého množstva potravy. Smrť ani urýchlenie smrti nie je inherentným cieľom paliatívnej sedatívnej liečby. Väčšina pacientov si chce udržať, hoci aj minimálne, zostatky autonómie do konca života. *Paliatívna sedatívna liečba* nie je *eutanázia* ani *asistované suicídium* a treba ju jednoznačne odlíšiť oproti *usmrteniu na žiadosť chorého*.

### V záujme pacienta

Slovné spojenie *konať v najlepšom záujme pacienta* sa k nám dostalo z angličtiny (*best interest*) a uplatňuje sa najmä v rodinnom práve pri ochrane záujmov (maloletého) dieťaťa. Zákon o rodine spomína viac ako 30-krát záujem (maloletého) dieťaťa, ale len jediný raz jeho *najlepší* záujem. Domnievame sa, že aj v paliatívnej medicíne vystačíme so záujmom pacienta. Čo je teda záujem pacienta a čo je v jeho záujme, ako konáme, ak konáme v záujme pacienta?

### Bezprostredné záujmy

Ak je pacient dostatočne fyzicky disponovaný a pričítaný, aby mohol dôveryhodne vyjadriť svoju vôľu vo forme tzv. informovaného súhlasu, liečime ho v súlade s jeho záujmom. Svoj záujem vyjadriť pacient ponajprv tým, že sa zverí do našej starostlivosti. Podľa zdravotného stavu postavíme diagnostický a terapeutický program, s ktorým pacient vyjadri rámcový súhlas. Pacient sa dozvie dôvody, pre ktoré sa indikujú vyšetrenia a ako môžu ich výsledky ovplyvniť ďalší postup. Ďalej sa dozvie spôsob liečby a ciele, ktoré sa touto liečbou dajú s rozumnou pravdepodobnosťou dosiahnuť. Program je ukotvený v mieste (či ambulatne alebo na postelovom oddelení) a čase (kedy, čo a koľko to bude trvať). Pacient je informovaný aj o tom, čo sa ho týka (náročnosť liečby a možné vedľajšie účinky) a čo sa od neho očakáva (liečebný poriadok, obmedzenia v stravovaní a životných návykoch, trpezlivosť pri vyšetrení a zákrokoch). To je prvá križovatka vo vzťahu pacient – lekár, na ktorej sa pacient rozhodne ísť cestou, ktorú mu lekár navrhuje. Po nastúpenej ceste sa pacient „vezie“ skôr pasívne, pretože nie je účastníkom odborného konzília a podrobnosti liečby určuje lekár na základe postupu *lege artis* a podľa princípov *medicíny založenej na dôkazoch*. To, že sa tak deje naozaj *v záujme pacienta*, je vecou apriórnej formálnej autority lekára, ktorú garantuje zdravotnícky systém a dôvera pacienta, ktorú si lekár postupne získa. Pacient vstupuje do rozhodovacieho procesu na každej ďalšej križovatke, alebo ak sa na ceste ukázu prekážky, ktoré treba prekonať.

Ak sa zdravotný stav alebo iné okolnosti postavia pacienta pred prekážku alebo ho na križovatku privedú v takom stave, že nie je možné jeho súhlas zodpovedne získať, prechádza zodpovednosť za konanie *v záujme pacienta* na lekára.

### Vyššie záujmy

Opísali sme záujmy pacienta, ktoré sa týkajú v prvom rade jeho zdravotného stavu vo vzťahu k zdravotníctvu. Tu môže lekár sprevádzať pacienta na zvolenej ceste tak dôsledne, že ho doslova drží za ruku. Chorý (a zomierajúci) človek však nie je len v jedinej role pacienta. Často práve pre chorobu musí nanovo hľadať svoj zástoj v rodine, medzi priateľmi a na pracovisku. Musí riešiť svoju sociálnu situáciu, existenciálne ohrozenie a otázky zmyslu.

Lekár má svoje miesto pri zdravotnom stave svojho pacienta a na výlety do vzdialených svetov vyšších záujmov a potrieb ho môže sprevádzať len po bránu svojho medicínskeho priestoru. Projekty *celostného prístupu* k pacientovi kladú neprímerané nároky a preťažujú vzťah medzi lekárom a pacientom.

Celostný prístup je možný len tam, kde nezostáva problematika paliatívnej starostlivosti na dvoch hlavných aktéroch – lekárovi a sestre, ale kde sú zamestnaní aj iní pracovníci: psychoterapeut, sociálny pracovník, kňaz a najmä sú prítomní aj organizovaní dobrovoľníci. Nie je však možné povedať, že paliatívna starostlivosť lekára a sestry je menejcenná ako tzv. celostná paliatívna starostlivosť.

### Právo pacienta odmietnuť a žiadať

Právo pacienta *odmietnuť* je absolútne. Na každej križovatke a pri každej prekážke môže odmietnuť postup, ktorý mu lekár navrhuje. Týka sa to okolností liečby (v nemocnici, ambulantne, doma), formy liečby (invazívna, neinvazívna), spôsobu podávania liekov (infúzie, sondy) aj samotnej liečby (chemoterapia, krv, lieky utlmujúce vedomie). Úlohou lekára je sprevádzať pacienta po tej ceste, pre ktorú sa rozhodol a hľadať pre pacienta v *jeho záujme* najlepšie riešenia z tých, ktoré sú možné a pacient ich neodmieta.

Právo pacienta *žiadať* je však obmedzené. Vzťah lekára a pacienta nemožno postaviť do vzťahu predávajúci - kupujúci. Tým by sa významne obmedzila profesionálna zodpovednosť lekára. Pacient si niekedy vie vyhľadať na internete všetko o svojom ochorení a jeho možnej liečbe a na základe týchto informácií žiada konkrétnu liečbu (napr. chemoterapiu alebo operáciu), experimentálnu liečbu, márnú liečbu, organizačne alebo finančne nedostupné zákroky a služby. Niekedy požaduje dokonca protizákonné a neetické konanie lekára (uprednostnenie, asistované suicídium). Lekár mu nemusí a niekedy ani nesmie vyhovieť.

### Kvalita života

V nadväznosti na celostný prístup môžeme hovoriť skôr o kvalite života meranej ako fyzická a psychická výkonnosť, nie o nadstavbe

(duchovnej, transcendentálnej, zmyslu, existenciálnej). Kvalita života je subjektívne ponímaný koncept a všetky práce o nej sa viac-menej odvolávajú na Viktora Frankla (17), čiže na to, že veľmi závisí od reprioritizácie hodnôt a či je toho pacient schopný, alebo nie. Existuje aj skóre *paliatívnej výkonnosti* (18), ktoré sa podobá na *Karnofského skóre* (19), ale je precíznejšie z hľadiska psychickej výkonnosti a výkonov každodenného života. Lepšie sa podľa neho prognózuje, ako dlho pacient ešte bude žiť: výkonnosť 10 - 20 % znamená, že pacient je zomierajúci, 30 - 40 %, že môže žiť niekoľko týždňov a s výkonnosťou nad 50 % môže žiť mesiace až rok.

Medicína je veda aj umenie zároveň. Aj v paliatívnej medicíne sa snažíme o všetky 3 ciele: obnovenie alebo udržanie funkcie, predĺženie života a zmiernenie utrpenia. Medicínu robia ľudia a povinnosťou lekárov a lekárk je robiť ju profesionálne a humánne zároveň.

### Záver

Predkladaná práca otvára, v súlade so snahami napríklad v Rakúsku (20) a Česku (21), aj u nás debatu o etickom rozmere pojmoslovia v paliatívnej a terminálnej starostlivosti. Cieľom je podnietiť diskusiu v odbornej verejnosti a usmerniť výber termínov aj pre prostredie riadenia odboru paliatívnej medicíny a príprave potrebných zákonných ustanovení.

### Literatúra

1. Trestný zákon č. 300/2005 Z. z.
2. Dostupné na: <<http://www.sme.sk/clanok.asp?cl=2026804>, alebo <http://www.sme.sk/clanok.asp?cl=2026805>.
3. Etický kódex zdravotníckeho pracovníka. Príloha č. 4 k zákonu č. 578/2004 Z. z. (5) Zdravotnícky pracovník u nevyliciteľne chorých a zomierajúcich zmiernuje bolesť, rešpektuje ľudskú dôstojnosť, prania pacienta v súlade s právnyimi predpismi a zmiernuje utrpenie. Eutanázia a asistované suicídium sú nepripustné.
4. Dostupné na: <<http://www.solen.sk/pdf/18c65950544d-91b19f849857b5786685.pdf>>.

5. Dostupná: <<http://www.univie.ac.at/moraltheologie/pages/mitarbeiter/virt/virt.htm>> osobné zdedenie pri didaktickom programe.

6. Senn HJ. Supportive care in cancer - 15 years thereafter. JSCC 2002; 10: 8-12.

7. Mt, 7, 12.

8. Lk 10, 30-37.

9. anglicky end-of-life-care, nemecky Sterbebegleitung (nepoužívať Sterbehilfe).

10. anglicky end-of-life-therapie, nemecky Therapie am Lebensende,

11. anglicky allowing death, nemecky Sterben zulassen

12. podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

13. anglicky advance health care directive alebo living will, nemecky Patientenverfügung

14. z pozície hlavnej odborníčky MZ SR pre paliatívnu medicínu a z pozície Etickej komisie MZ SR sme prijatie zákona o dispozícii pacienta iniciovali. Pozrite aj náš text Dispozícia pacienta a paliatívna medicína. Dostupné aj na: <[http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=4328&magazine\\_id=13](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=4328&magazine_id=13)>.

15. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 4. edition, 43.

16. Etická hľadiská paliatívnej sedatívnej liečby. Dostupné aj na: <[http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=3788&magazine\\_id=13](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3788&magazine_id=13)>.

17. Dostupné na: <<http://www.univie.ac.at/logotherapy/d/PERSON.html>>. z jeho diela Frankl VE. Napriek všetkému povedať životu áno. Slovenský spisovateľ 1998. Frankl VE. Lékařská péče o duši. Cesta 2006. Tavel P. Zmysel života podľa V.E. Frankla. IRIS 2005. Frankl VE, Lapide P. Bůh a člověk hledající smysl. Cesta 2011.

18. Anderons F, Downing GM, Hill J, Csorso L, Lerch N. Palliative performance scale (PPS): a new tool. Journal of Palliative Care 1996; 12(1): 5-11.

19. Dostupné na: <<http://www.linkos.cz/slovnicek/performance-status-ps-ecog-ps-karnofski-karnofského-index/>>.

20. Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende. Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, Österreich, 2011. Dostupné na: <<http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=46713>>.

21. Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli dostupné na: <[http://www.lkcr.cz/doc/clanky\\_file/01\\_doporuceni\\_postupu\\_pri\\_rozhodovani\\_zmene\\_lecby-92314.pdf](http://www.lkcr.cz/doc/clanky_file/01_doporuceni_postupu_pri_rozhodovani_zmene_lecby-92314.pdf)>.

### MUDr. Kristína Križanová

Oddelenie paliatívnej medicíny a klinickej onkológie, Národný onkologický ústav  
Klenová 1, 833 50 Bratislava  
[kristina.krizanova@nou.sk](mailto:kristina.krizanova@nou.sk)



## Heřmanová Jana, Vácha Marek, Svobodová Hana, Zvoníčková Marie, Slovák Jan:

### ETIKA V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

Publikace vychází z reálné situace v českém prostředí a odráží problémy sester v našich nemocnicích a zařízeních. Kapitoly ve speciální části knihy obsahují kazuistiky, které autorky získaly od českých sester. Část kapitol v obecné části vychází z výsledků výzkumu, který probíhal České republice. Ukazuje se, že sestry v České republice sdílejí etické problémy se svými kolegyněmi v zahraničí, ale zároveň řeší problémy, které vycházejí z kompetencí, tradic a odlišností českého zdravotnického prostředí.

Grada, ISBN: 978-80-247-3469-9, brožovaná vazba, 200 s.



Distribúcia v SR: Grada Slovakia, s. r. o., Moskovská 29, 811 08 Bratislava, tel.: 02/5564 5189

[www.grada.sk](http://www.grada.sk)