

Paliatívna medicína a liečba bolesti



Prehľadové články / Review articles

- » **Antidepresíva v indikácii liečby bolesti v paliatívnej medicíne**
Antidepressants in the indication of pain treatment in a palliative medicine
- » **Tekutá zodpovednosť a poskytovanie paliatívnej starostlivosti počas pandémie COVID-19**
Liquid responsibility and the palliative care during the COVID-19 pandemia
- » **COVID-19 ako choroba z povolania?**
COVID-19 as the occupational disease?

Pôvodné práce / Original articles

- » **Postoje a vedomosti študentov ošetrovatelstva o hospicovej a paliatívnej starostlivosti**
Attitudes and knowledge of nursing students about hospice and palliative care
- » **Strata u sekundárnych opatrovateliek: perspektíva vnučiek, ktorých staré mamy zomreli na demenciu**
Secondary caregivers' experience of loss: The perspective of granddaughters whose grandmothers died from dementia

Informácie & komentáre / Information & comments

- » **Činnosť tímu podpurné a paliatívnej péče Fakultní nemocnice Ostrava**
Activities of the support and palliative care team of the University Hospital Ostrava



časopisy



konferencie



knihy



online
vzdelávanie

www.solen.sk
mudr.online
www.facebook.com/solen



Tento editoriál chcem venovať času a priestoru...

Času, ktorý je taký vzácny a **priestoru**, ktorý bol v poslednom období veľmi často zdieľaný len online formou. Online komunikácia je dôležitá, ale chýba jej esenciálny aspekt života, ktorého vzácnosť sme si predtým až tak neuvedomovali. Týmto aspektom je prítomnosť iného človeka. Práve uplynulé dva roky nám ukázali, ako je veľmi potrebné stretávať sa „naživo“. Akým mimoriadnym darom je fyzická blízkosť, možnosť pozeráť sa navzájom do očí bez rušivých vplyvov obrazovky monitora, možnosť dotknúť sa jeden druhého, objasniť sa, vnímať atmosféru prostredia... Toto obdobie nám ukázalo, ako sa navzájom veľmi potrebujeme, aké výnimočné sú vzťahy. Píšem o tom aj preto, lebo sa nám konečne, po viacerých nutných posunoch termínov, podarilo zorganizovať dve významné konferencie, ktoré sme určite chceli absolvovať prezenčne. Aj 9. ročník Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti v Trnave a aj 5. konferencia Slovenskej spoločnosti paliatívnej medicíny v Bratislave nás opäť povzbudili a dodali nám elán, nové poznatky a nadšenie pokračovať v práci. V práci, ktorá je pre nás veľmi zmysluplná, ktorej venujeme jednu z najvzácnejších komodít, ktoré sme dostali – svoj čas. Čas a fyzickú prítomnosť s ľuďmi, ktorí nás potrebujú a ktorým môžeme venovať svoju pozornosť, vedomosti a lásku.

Albert Einstein raz povedal: „Niekedy sa pýtam sám seba, ako sa mohlo stať, že práve ja som vymyslel teóriu relativity. Dôvod je, myslím, v tom, že normálny mládenec sa nikdy nesúžuje premýšľaním o problémoch priestoru a času. Na také veci si urobil názor už ako dieťa. Môj intelektuálny vývin bol však oneskorený, čo spôsobilo, že som sa začal trápiť **priestorom a časom**, až keď som dospieval.“

Práve pandémia nám opäť ukázala, čím je potrebné sa zaoberať, čo je naozaj podstatné. Zistili sme, že zdieľanie priestoru a času s ďalším človekom robí náš život plnším a bohatším. O čo viac potrebujú toto bohatstvo naši trpiaci pacienti a ich blízki...

Ďakujem všetkým kolegom a dobrovoľníkom, ktorí v týchto náročných časoch idú naplno v službe a vzájomnej láske.

*„Pravým znamením civilizácie nie je ekonomický blahobyt ani technická vyspelosť, ale privilegovaný **priestor**, ktorý venuje tým posledným, trpiacim a bezmocným ľuďom.“*
(Ján Pavol II.)

Prof. PhDr. Mgr. Patricia Dobriková, PhD. et PhD.



Obsah

Content

Úvodné slovo

Editorial

- 3** Prof. PhDr. Mgr. Patricia Dobríková, PhD. et PhD.
Tento editoriál chcem venovať času a priestoru...

Prehľadové články

Review articles

- 6** MUDr. Miroslav Ferenčík, MBA, doc. MUDr. Igor Martuliak, PhD.
Antidepresíva v indikácii liečby bolesti v paliatívnej medicíne
Antidepressants in the indication of pain treatment in a palliative medicine
- 11** Mgr. Katarína M. Vadíková, PhD.
Tekutá zodpovednosť a poskytovanie paliatívnej starostlivosti počas pandémie COVID-19
Liquid responsibility and the palliative care during the COVID-19 pandemia
- 16** Mgr. et Mgr. Silvia Capíková, PhD., MUDr. Jana Trizuljaková, PhD.
COVID-19 ako choroba z povolania?
COVID-19 as the occupational disease?

Pôvodné práce

Original articles

- 21** PhDr. Jana Čapská, PhD., PhDr. Iveta Vidi, PhD., PhDr. Alena Dziačka, PhD.
Postoje a vedomosti študentov ošetrovatelstva o hospicovej a paliatívnej starostlivosti
Attitudes and knowledge of nursing students about hospice and palliative care
- 25** Mgr. et Mgr. Annamária Antalová, Mgr. Zuzana Kaššaiová, PhD., Bc. Kristína Hořeňovská
Strata u sekundárnych opatrovateliek: perspektíva vnučiek, ktorých staré mamy zomreli na demenciu
Secondary caregivers' experience of loss: The perspective of granddaughters whose grandmothers died from dementia

PALIATÍVNA MEDICÍNA A LIEČBA BOLESTI

Vedecko-odborný časopis, vychádza v spolupráci so Slovenskou spoločnosťou paliatívnej medicíny SLS (www.paliativnamedicina.eu)

Ročník 14, 2021, číslo 1-2e, vychádza 2-krát ročne
Dátum vydania: marec 2022

Redakčná rada:

prof. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD.,
MUDr. Lucia Dzurillová, MUDr. Miroslav Ferenčík, MBA,
MUDr. Jana Hoozová, MUDr. Katarína Jakubovičová,
MUDr. Mária Jasenková, MUDr. Peter Križan, CSc.,
MUDr. Kristína Križanová, doc. MUDr. Igor Martuliak, PhD.,
PhDr. Jana Nemcová, PhD., MUDr. Peter Stachura, MBA,
MUDr. Andrea Škripeková, PhD., MUDr. Leona Šóthová,
prof. Daniel J. West, Jr., PhD., FACHE, FACMPE

Odborní editori:

prof. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD.
MUDr. Leona Šóthová

Vydavateľ:

SOLEN, s. r. o., IČO 35865211

Sídlo vydavateľa a adresa redakcie:

SOLEN, s. r. o., Ambrova 5, 831 01 Bratislava, tel.: 02/5465 1381, redakcia@solen.sk

Redaktorka časopisu:

Mgr. Andrea Dúbravčíková, 0910 956 370, dubravcikova@solen.sk

Grafická úprava a sadzba:

Ján Kopčok, kopcok@solen.sk

Všetky publikované články prechádzajú recenziou.

Registrácia MK SR pod číslom EV3582/09

ISSN 1339-4193 (online)

Časopis je indexovaný v Bibliographia Medica Slovaca (BMS).

Citácie sú spracované v CiBaMed.

Citáčna skratka: Paliat. med. liec. boles.

Vydavateľstvo SOLEN, s. r. o., SR má na základe zakúpenej licencie výhradné právo na preberanie a publikáciu článkov z časopisov vydavateľstva SOLEN, s. r. o., ČR.

Akákoľvek časť obsahu alebo článku nesmie byť kopírovaná alebo inak rozmnožovaná s cieľom ďalšieho šírenia akýmkoľvek spôsobom a v akejkoľvek forme bez písomného súhlasu vydavateľstva SOLEN, s. r. o., ako vlastníka autorských práv.

Vydavateľ nenesie zodpovednosť za údaje a názory autorov jednotlivých článkov.

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Informácie & komentáre

Information & comments

- 30** Martina Vzorková, DiS., Jana Kapošváryová, Mgr. Marcel Koňárik, MBA, MUDr. Jarmila Kušnírová, Mgr. Jarmila Ozdincová, PhDr. Andrea Polanská, MBA, ThLic. Václav Tomiczek, Ph.D., Mgr. Markéta Večerková
Činnosť tímu podpúrné a paliatívnej péče Fakultní nemocnice Ostrava
 Activities of the support and palliative care team of the University Hospital Ostrava

Odborné podujatia

Events

- 32** Mgr. Diana Horniaková
Správa z 9. ročníka Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti v Trnave

Kalendár vzdelávacích podujatí na rok 2022

SOLEN
 MEDICAL EDUCATION



www.solen.sk, kongres@solen.sk

marec	17. – 18. 3.	XXXI. bratislavské postgraduálne dni detskej neurológie	Hotel Park Inn, Bratislava
	17. – 18. 3.	EMG workshop – kondukčné štúdie a ihlová EMG	Csillagház, Rimavská Sobota
apríl	27. 4.	Sympóziu o primárnych imunodeficienciách 2022	ONLINE – live stream
	28. – 29. 4.	XI. pracovné dni neuropsychiatrie v Levoči	Mestské divadlo, Levoča
	28. – 29. 4.	Pediatrica pre prax, 62. pediatické dni	Hotel Saffron, Bratislava
máj	12. 5.	Medzinárodný deň sestier	Hotel Bratislava, Bratislava
	20. – 21. 5.	Psychiatria pre prax, 7. ročník	Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica
	20. – 21. 5.	5. konferencia Slovenskej spoločnosti radiačnej onkológie	Hotel Yasmin, Košice
jún	9. – 10. 6.	35. pracovné dni - Dedičné metabolické poruchy	Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica
	15. 6.	Neurologický deň, 4. ročník	Csillagház, Rimavská Sobota
	24. 6.	Novinky z ASCO, 14. ročník	Hotel Saffron, Bratislava
september	22. – 24. 9.	Dni mladých onkológov	Hotel Tennis, Zvolen
október	13. – 14. 10.	Bratislavské onkologické dni, LIX. ročník	Hotel Saffron, Bratislava
	13. 10.	XXXII. celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v onkológii	Hotel Saffron, Bratislava
	19. – 20. 10.	Networking mladých neurológov	Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica
	21. – 22. 10.	Sympóziu praktickej neurológie, Neurológia pre prax, XVI. ročník	Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica
november	11. – 12. 11.	Dermatológia pre prax, 6. ročník	Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica
	24. – 25. 11.	11. slovenská konferencia o zriedkavých chorobách	Hotel Saffron, Bratislava
	november	Právne, forenzné a ekonomické aspekty medicíny, 5. ročník	Bratislava

Antidepresíva v indikácii liečby bolesti v paliatívnej medicíne

MUDr. Miroslav Ferenčík, MBA^{1,2,3}, doc. MUDr. Igor Martuliak, PhD.¹

¹FNsP F. D. Roosevelta, Banská Bystrica

²X-pain clinic, Bojnice

³Mobilný hospic Sv. Lujza, Prievidza

Depresia sa považuje za jeden z najčastejších a zároveň najvážnejších chorobných stavov v paliatívnej medicíne. Všeobecne sa v literatúre uvádza, že prevalencia depresívneho syndrómu u paliatívnych pacientov je zhruba od 9 % – 38 %. U paliatívneho pacienta je nebezpečná zámena významu slova „depresívny“ a „cítiť sa smutne.“ Depresia, ako choroba, tak môže ostať nevšimnutá, nediagnostikovaná – tým pádom neliečená. Neliečený depresívny syndróm sa okrem všetkých svojich nepriaznivých účinkov na život pacienta podieľa aj na nedostatočnej liečbe bolesti (kontrole bolesti), ba dokonca bolesť zhoršuje. Depresia a bolesť sú vo veľmi úzkom vzájomnom vzťahu. Depresia vedie k zintenzívneniu bolesti a bolesť, recipročne, potencuje depresiu. Predpokladá sa, že neuroplastické zmeny v nervovom systéme zahŕňajú patológiu v molekulárnych, bunkových a synaptických procesoch modifikujúce konektivitu medzi neurónmi a neurónovými okruhmami, tak tento predpoklad je o tom, že spomínané neuroplastické zmeny v nervovom systéme pri depresii a pri chronickej bolesti sú veľmi podobné. Pozitívny vplyv antidepresív v liečbe bolesti u paliatívneho pacienta je jednoznačný. Vedie k zmierneniu bolesti, k zmierneniu symptómov a v konečnom dôsledku k zlepšeniu kvality života a zmierneniu utrpenia pacienta v paliatívnej medicíne. Podávanie AD v liečbe chronickej bolesti nie je prvoplánovo zo psychiatrickej indikácie, pretože primárny nie je ich antidepresívny a anxiolytický účinok, ale antinociceptívny, sprostredkovaný stimuláciou centrálnych (i descendných) inhibičných mechanizmov bolesti.

Kľúčové slová: depresia, chronická bolesť, paliatívna medicína, antidepresíva

Antidepressants in the indication of pain treatment in a palliative medicine

Depression is considered to be one of the most common and serious conditions in palliative medicine. It is generally reported in the literature that the prevalence of depressive syndrome in palliative patients is about 9%-38%. In the palliative care, there is a dangerous confusion between the meaning of the words “depressed” and “feeling sad.” Depression, as a disease, can go unnoticed, undiagnosed - therefore untreated. In addition, to all its adverse effects on the patient’s life, the untreated depressive syndrome also contributes to the inadequate treatment of pain (pain control) and even exacerbates the pain. Depression and pain are very closely related. Depression leads to increased pain and pain, reciprocally, potentiates depression. Neuroplastic changes in the nervous system, which involve pathology in molecular, cellular and synaptic processes that modify connectivity between neurons and neural circuits, are thought to occur, so that said neuroplastic changes in the nervous system during depression and chronic pain are very similarly. The positive effect of antidepressants in the treatment of pain in a palliative patient is clear. It leads to the relief of pain, the alleviation of symptoms and, ultimately, the improvement of the quality of life and the suffering of the patient in palliative medicine. The administration of AD in the treatment of chronic pain is not primarily a psychiatric indication, as their primary is not their antidepressant and anxiolytic effect, but antinociceptive, mediated by stimulation of central (and descending) pain inhibitory mechanisms.

Key words: depression, chronic pain, palliative medicine, antidepressants

Paliat. med. liec. boles., 2021;14(1-2e):6-10

Skratky:

ACC – anterior cingulate cortex
AD – antidepresíva
AMT – amitriptylín
CNS – centrálny nervový systém,
DO – dopamín
MAO – monoaminoxigenáza
NA – noradrenalin
SE – serotonín
SNRI – selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu a noradrenalinu
SSRI – selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu
TCA – tricyklické antidepresíva

Úvod

Depresia sa považuje za jeden z najčastejších chorobných stavov v paliatívnej medicíne, s veľkým dosahom na kvalitu života. U paliatívneho pacienta je nebezpečná zámena významu slova „depresívny“ a „cítiť sa smutne“ (tabuľka 1). Touto zámenou môže depresia ako choroba ostať nevšimnutá, nediagnostikovaná – tým pádom neliečená. Neliečený depresívny syndróm sa okrem všetkých svojich nepriaznivých účinkov na život pacienta podieľa aj na nedostatočnej liečbe bolesti (kontrole bolesti), ba dokonca bolesť zhoršuje.

Pocit „cítiť sa smutne“ je emočný stav, ktorý prežil každý z nás. Je to prirodzená reakcia na nepriaznivé životné situácie, je to normálna, očakávaná a fyziologická odpoveď jedinca na stresujúce a nepríjemné okolnosti v živote.

Depresia je naopak syndróm, súbor viacerých chorobných prejavov, ktoré majú neblahý účinok na život jedinca. Je to chorobný stav, ktorý negatívne ovplyvňuje kvalitu života jedinca, ovplyvňuje spôsob jeho konania či myslenia. Dochádza pri nej k strate záujmu k akýmkoľvek aktivitám, ktoré sú pre človeka bežné a je spoje-

Tabuľka 1. Rozdiely medzi depresiou a proťahovaným smútkom

Depresia	Pocit „byť smutný“
Cítiť sa byť odvrhnutým a sám	Schopný cítiť sa byť dôverne spojený s ostatnými
Pocit stálosti	Pocit, že jedného dňa bude koniec
Lútosť a premýšľanie nad nenapraviteľnými chybami	Schopný potešiť sa zo šťastných spomienok
Extrémne sebadocňovanie až nenávisť voči sebe samému	Uvedomovanie si vlastnej hodnoty
Pretrvávajúca, stála, nekončiaca sa	Prichádza vo vlnách
Žiadna nádej do budúcnosti, bez záujmu o budúcnosť	Chuť niečo zmeniť do budúcnosť, nádej na zmenu ostáva
Málo aktivít	Určitá kapacita pre potešenie ostáva
Samovražedné myšlienky	Vôľa žiť

ná s únavovým syndrómom, stratou na hmotnosti, poruchou spánkového cyklu. Prítomná je taktiež nadmerná únava a už spomínaná strata záujmu o bežné denné aktivity, strata záujmu komunikovať so svojimi najbližšími.

Všeobecne sa v literatúre uvádza, že prevalencia depresívneho syndrómu u paliatívnych pacientov je zhruba od 9 % – 38 % (1).

Depresia a bolesť sú vo veľmi úzkom vzájomnom vzťahu. Depresia vedie k zintenzívneniu bolesti a bolesť, recipročne, potencuje depresiou.

Predpokladá sa, že neuroplastické zmeny v nervovom systéme, ktoré zahŕňajú patológiu v molekulárnych, bunkových a synaptických procesoch modifikujúce konektivitu medzi neurónmi a neurónovými okruhmi, tak tento predpoklad je o tom, že spomínané neuroplastické zmeny v nervovom systéme pri depresii a pri chronickej bolesti sú veľmi podobné.

Pozitívny vplyv antidepresív v liečbe bolesti u paliatívneho pacienta je jednoznačný. Vedie k zmierneniu bolesti, k zmierneniu symptómov a v konečnom dôsledku k zlepšeniu kvality života a zmierneniu utrpenia pacienta v paliatívnej medicíne.

Podávanie antidepresív v liečbe chronickej bolesti nie je prvoplánovo zo psychiatrickej indikácie, pretože primárny nie je ich antidepresívny a anxiolytický účinok, ale antinociceptívny, sprostredkovaný stimuláciou centrálnych (i descendných) inhibičných mechanizmov bolesti.

Depresia a bolesť v paliatívnej medicíne

Depresiou nie je možné identifikovať len podľa somatických príznakov, ale

je nutné i precízne psychologické a psychiatrické vyšetrenie.

Ako bolo spomenuté v úvode – najväčším nebezpečenstvom je neliečený depresívny stav, ktorý potencuje percepciu bolesti. Hrozbou je nerozlíšenie medzi normálnym a abnormálnym smútkom a neodhalenie tých pacientov v paliatívnej medicíne, u ktorých depresia predstavuje nepretržitý, v čase sa tiahnuci a prekrývajúci proces, na pozadí diagnosticko-terapeutických intervencií, vyplývajúcich zo základného ochorenia.

Ukazuje sa, že pohlavie, vek a demografia vo veľkej miere ovplyvňujú osobnosť a duševný stav pacientov. Ženy majú významnú pravdepodobnosť, že budú viac depresívne ako muži (2).

V spomenutom kontexte je nutné poznamenať, že práve diagnostikovanie depresie môže byť mimoriadne náročné. Dôvodom je najmä to, že väčšina paliatívnych pacientov je v seniorskom veku, pre ktorý sú niektoré diagnostické problémy jedinečné a typické pre tento vek.

Seniorský vek je spojený s výskytom rôznych neurovegetatívnych symptómov, ako sú poruchy pamäte a správania, nedostatok spánku, znížená chuť do jedla, pokles telesnej hmotnosti či nedostatočná sociálna komunikácia. Tieto prejavy môžu byť dôsledkom jednak základného ochorenia u paliatívneho pacienta, ale môžu byť aj príznakmi dopĺňajúce spektrum depresívneho syndrómu.

Diagnóza depresie je u paliatívneho pacienta zároveň nepríjemným faktom, zistením. Pre pacienta to znamená potvrdenie jeho obáv či potvrdenie závažnosti situácie, smútok, ochota spolupracovať, podstúpiť potrebnú liečbu sa radikálne znižuje.

Tabuľka 2. Rizikové faktory vzniku depresie v paliatívnej medicíne

Ženské pohlavie
Mladší vek
Depresívny stav v osobnej, či rodinnej anamnéze
Dysfunkčné rodinné a sociálne väzby
Nedostatočná kontrola bolesti
Faktory vyplývajúce zo základného ochorenia
Zdroj: Oxford Textbook of Palliative Medicine, Cherny, 2015 (8)

Pre lekára to znamená ďalšiu farmakologickú intervenciu už aj v tak rozsiahlej farmakoterapii základného ochorenia či symptómov. Toto všetko môže viesť k tomu, že depresívna symptomatológia ostáva nepovšimnutá, zdravotníkom nediagnostikovaná alebo dokonca pacientom až disimulovaná, bagatelizovaná.

Je nutné poznamenať, že depresia je nezávislý rizikový faktor pre úmrtnosť na rakovinu (3), je spojená so zvýšenou túžbou po smrti a po asistovanej samovražde (4), znižuje adhérenciu k liečbe, znižuje imunitu a závažne ovplyvňuje manažment diagnosticko-terapeutických procesov u paliatívneho pacienta. Neliečená depresia závažne ovplyvňuje kontrolu bolesti, zvyšuje utrpenie a neliečená alebo zle liečená bolesť sa stáva dôvodom častých hospitalizácií či návštev lekára (5).

Podhodnotenie príznakov, typických pre depresiou, sa opisuje aj napriek paradoxu, že prevalencia depresie je u paliatívnych pacientov vyššia ako v bežnej populácii zhruba o 5 % (6).

Zaujímavé je aj porovnanie výskytu depresívnych stavov medzi pacientmi v domácej starostlivosti (13 %) a u pacientov liečených v nemocnici (miera výskytu 33 %), daný fakt však nie je až taký prekvapujúci (7).

Nebezpečenstvo neliečenej depresie v paliatívnej medicíne je zjavné – pacient, ktorý nenachádza vieru či nádej v uzdravenie je depresívny, stráni sa akejkoľvek sociálnej interakcii – umiera skôr. Dochádza k výraznému zníženiu compliance v diagnosticko-terapeutickom procese, či k zníženiu adhérencie k liečbe základného ochorenia, ale aj k liečbe bolesti. Rizikové faktory vzniku depresie opisuje tabuľka 2.

Tabuľka 3. Neuroanatomické štruktúry zodpovedné za percepciu bolesti a zároveň uplatňujúce sa v patofyziológii depresívneho syndrómu

Mozgová štruktúra	Depresia	Bolesť
Amygdala	Primárna úloha v spracovávaní, prežívanie strachu a bolesti, emocionálne učenie sa, afektívne stavy. Zvýšený objem amygdalárneho tkaniva u depresívnych pacientov. Zohráva úlohu pri udržiavaní afektívno-anxiózných stavov	Afektívne vnímanie bolesti, prijíma a integruje všetky nociceptívne a afektívne informácie s prepojením na dôležité bolesť modulujúce systémy. Dôležitá pre prežitie organizmu, emocionálna zložka pamäte.
Predná kôra cingula (ACC)	Integruje emocionálne podnety a funkcie pozornosti. Očakávanie odmeny, empatia, emócie. Zodpovedná za udržovanie perzistujúceho smútku. Nepružnosť v emóciách, smútok, vyhýbavé správanie. Pretrvávanie negatívnych emócií pri depresii.	Zabezpečuje vedenie dráh z talamu do hippocampu. Kognitívna a emočná ACC. Vnímanie afektívno-emočnej zložky bolesti, spojenie spomienky s bolesťou. Bohaté prepojenia s descendentným modulačným systémom.
Hippokampus	Formovanie a ukladanie asociatívnych a epizodických spomienok. Znížený objem hippocampu pri depresii.	Nocicepcia, afektívno-motivačná zložka percepcie bolesti, kontrola negatívnych emócií. Kognitívne charakteristiky bolesti.
Inzula	Spracováva konvergentné informácie, k vytvoreniu emocionálneho relevantného kontextu pre zmyslové zážitky. Znížená funkcia pri depresii.	Percepcia, motorická kontrola. Intenzita bolesti, subjektívne imaginácie bolesti (vnútorná skúsenosť bolesti). Modulačná úloha vo vnímaní bolesti.
Nucleus accumbens	Odmena, potešenie, závislosť. Regulátor emócií. Interferencia medzi motiváciou a akciou. Pri depresii – zodpovedá za pokles motivácie, angažovanosti, znížený životný „drive.“	Neuropatická bolesť. Kortikálne prepojenia, premietanie informácie o bolesti z ostatných štruktúr Pain Matrix (prefrontálny kortex, predný cingulárny kortex, talamus, ...). Motivačný a emocionálny rozmer. Vysoká hustota μ -opioidových receptorov. Aktivácia ostatných neurotransmiterov (dopamín, glutamát, substancia P). Jej stimulácia vedie k analgézií. Motivácia k vyhýbaniu sa bolesti.
Prefrontálny kortex	Riadiaca funkcia, sociálna sebakontrola. Osobná personalita. Plánovanie, posudzovanie, rozhodovanie. Znížená funkcia pri depresii.	Aktívna kontrola percepcie bolesti. Antinociceptívna funkcia.
Somato-senzorický kortex	Prepojenia s amygdalou, insulou. Regulácia emócie pri depresii, posttraumatickej stresovej poruche, panických stavoch, úzkosti, schizofrénii.	Senzoricko-diskriminatívny aspekt vnímania bolesti. Vytvorenie celistvej informácie. Identifikácia škodlivých stimulov.
Talamus	Prepojenie prefrontálneho kortexu s amygdalou. GABA neurotransmisia. Pri depresii – pokles konektivity.	Brána bolesti. Prepájanie subkortikálnych a kortikálnych oblastí mozgu. Modulácia nocicepcie. Ovplyvnenie senzitivno-diskriminatívnej zložky bolesti, tak aj afektívno-motivačnej zložky. Descendentná inhibícia.

Patofyziológia vzťahu depresia a bolesť

Vzťah medzi obidvomi chorobnými jednotkami je daný jednak identickými anatomickými štruktúrami zväčša centrálného nervového systému a jednak funkčnými zmenami v týchto štruktúrach, ktoré sa postupne vyvíjajú pri depresívnom syndróme, či pri percepcii bolesti. Podstatou sú spomínané neuroplastické zmeny na úrovni molekulových, bunkových a synaptických procesov modifikujúcich konektivitu medzi neurónmi a neurónovými okruhmi. Aj depresívny syndróm, aj percepcia bolesti, sú úzko späté s rovnakými neuroanatomickými štruktúrami (amygdala, inzula, talamus, ACC, atď.) a s identickými neurotransmitermi (acetylchólin, kyselina gama-aminomaslová, dopamín, serotonín, glutamát, substancia P).

Dôležité neuroanatomické štruktúry sú vymenované v tabuľke 3.

Pri depresii dochádza k nerovnováhe určitých neurotransmiterov (monoamíny, serotonín, noradrenalín, dopamín, ...), pričom táto nerovnováha a nepomer excitačných a inhibičných neurotransmiterov je prítomná aj v pa-

tofyziologických mechanizmoch bolesti. Prelínanie patologických mechanizmov bolesti a depresie je preto zjavné a stáva sa aj hlavnou myšlienkou terapeutických intervencií oboch chorobných stavov.

Antidepresíva

Antidepresíva účinkujú inhibíciou spätného vychytávania neurotransmiterov, konkrétne serotonínu (SE), noradrenalínu (NA) a dopamínu (DO) v synaptických štrbinách monoamínovými transportnými proteínmi, až na inhibítory monoamínooxygenázy (MAO), (nazývajú sa tiež tymoeretiká), ktoré zvyšujú množstvo SE a NA v cytoplazme neurocytov inhibíciou pôsobenia enzýmu MAO, štiepiaceho ich presynapticky intracelulárne. Ich najdôležitejší účinok je pôsobenie na poruchy nálad, predovšetkým na anxiétu a depresiu.

Podávanie AD v liečbe chronickej bolesti nie je prvoplánovo zo psychiatrickej indikácie, pretože primárny nie je ich antidepresívny a anxiolytický účinok, ale antinociceptívny, sprostredkovaný stimuláciou centrálnych (i descendných) inhibičných mechanizmov bolesti.

Delenie antidepresív

Delenie AD na viaceré generácie (predovšetkým podľa miery selektivity a stupňa výskytu nežiaducich účinkov) je podľa rôznych autorov rôzne. Väčšina ich skupín má spoločný základný mechanizmus účinku. V algeziologickej praxi pri liečbe chronickej bolesti využívame teda nielen anxiolytický a antidepresívny (korigujúce poruchy nálad sprevádzajúce chronické utrpenie), ale predovšetkým pro-antinociceptívny, teda v podstate analgetický účinok. Pacienti s chronickou bolesťou samozrejme okrem bolesti dlhodobo strádaajú rôznymi inými formami utrpenia, vrátane paušálne prítomnej anxiétno-depresívnej poruchy rôzneho stupňa a symptomatiky. U nej okrem dysfórie s predráždenosťou často dominujú aj nespavosť, lakrimozita, anergia a celý rad somatizovaných symptómov senzitivácie CNS. Preto okrem očakávaného analgetického účinku veľmi radi uvítame aj obvykle dostatočne vyjadrený účinok anxiolytický, antidepresívny, ale aj vplyv antidepresív na celkovú stabilitu a harmonizáciu činnosti CNS, zlepšenie spánku, nálad a celkového energetického stavu dlhodobo trpiacich pacientov.

TCA: Za týmto účelom najčastejšie využívame zo skupiny tricyklických AD (TCA) amitriptylín.

SSRI: Zo skupiny selektívnych inhibítorov spätného vychytávania serotonínu (SSRI) sertralín a citalopram, tiež preskripčne obmedzené escitalopram a paroxetín a staršie molekuly fluoxetín a fluvoxamín.

SNRI: Zo skupiny inhibítorov spätného vychytávania serotonínu a noradrenalínu (SNRI) duloxetín, mirtazapín a prípadne preskripčne obmedzený venlafaxín. AD preto tvoria základné armamentárium liečby chronickej bolesti, ktoré nemá inú adekvátnu farmakologickú náhradu.

Ďalšie molekuly, resp. skupiny antidepresív v liečbe chronickej bolesti nepoužívame. Nejde len o už historické lieky (napr. skupina IMAO), ale najmä o moderné, atypické molekuly antidepresív, ako sú napr. *agomelatin* (skupina „MASSA“ – Melatonin Agonist and Selective Serotonin Antagonist) alebo *vortioxetín*, s účinkom na inhibíciu transportéra pre serotonín (SERT) a špecifické serotonínové receptory (11). Podobne, ako ani pri ďalších molekulách antidepresív, zatiaľ ich antinociceptívne účinkovanie nebolo testované a z toho dôvodu ich v tejto publikácii ani podrobnejšie neuvádzame.

Analgetický účinok AD

Analgetický účinok AD sa obvykle dosiahne už aj najnižšími možnými dávkami a tiež za kratší čas. Dosiahnutý je približne po 5 dňoch užívania oproti asi dvom týždňom, potrebných na dosiahnutie účinku antidepresívneho. Podkladom analgetického efektu AD je dominantne stimulácia descendných inhibičných mechanizmov a ovplyvnenie pôsobenia neurotransmiterov na prenos a spracovanie bolestivého podnetu. Primárne narušenie (pokles) hladín neurotransmiterov na synapsách CNS (napr. z dôvodu pôsobenia dlhodobého a/alebo masívneho stresového podnetu a následnej senzitivizácie CNS) je nasledované psychickými (napr. depresia, anxieta) a fyzickými (skrútenie kostrových svalov, pretrvávajúca bolesť a pod.) príznakmi, ktoré sú pravdepodobne následkom tejto dysbalancie.

Antidepresíva v liečbe bolesti

Ako sme spomínali v predošlom texte, za účelom dosiahnutia vyššie uvedených účinkov v dennej algeziologickej praxi používame skutočne nízke dávky AD a to predovšetkým v prvých mesiacoch liečby.

Pri **AMT** je to obvykle 2 x 25 mg tbl., ktoré môžeme zvýšiť na 2 x 50 mg tbl. (žiaľ 50 mg a retardované tabletové formy AMT sú už u nás deregistrované).

Citalopram podávame najčastejšie 10 mg tabletu 1x denne, podobne **sertralín** 50 mg 1x denne a **duloxetín** 30 mg tbl. 1x denne. Tieto lieky môžeme podávať buď pred spaním, alebo v prípade, že by pacienta psychomotoricky stimulovali, bude ich užívať vždy ráno.

Priemerný čas užívania týchto liekov v indikácii centrálna senzitivizácia CNS je 12 mesiacov, u starších pacientov (nad 60 – 65 rokov) však dobre tolerované AD obvykle nevysadzujeme. V prípade slabého klinického efektu nasadenej molekuly AD dávku postupne zvyšujeme, avšak maximálne do 4-násobku najmenej novej (úvodnej) dávky, v opačnom prípade pacienta posielame k psychiatrovi.

Pri prípadnej intolerancii lieku trvajúcej dlhšie ako 3 – 5 dní meníme molekulu AD, resp. znovu konzultujeme psychiatra. Na obdobie cca 10 – 14 dní do plného začinnovania AD a súčasnom výskyte anxiózne-depresívnej symptomatiky obvykle nasadzujeme krátkodobé, ale pravidelné užívanie anxiolytík (pozri ďalšiu kapitolu).

Viac o používaní AD je vhodné si preštudovať v príslušnej literatúre.

Z najčastejšie používaných molekúl AD v liečbe chronickej bolesti máme na Slovensku v súčasnosti registrované tieto špeciality: amitriptylín, sertralín, citalopram, mirtazapín a iné. Tieto molekuly u nás aktuálne nemajú preskripčné obmedzenie. Môže ich predpísať aj lekár-špecialista, ktorý nie je psychiater (alebo obvodný lekár).

Z ďalších preskripčne obmedzených molekúl v tejto indikácii je možné použiť ešte aj escitalopram, paroxetín, venlafaxín, fluoxetín a fluvoxamín. Escitalopram a venlafaxín je obmedzený na psychiatra a neurológa.

Ako pacientovi s bolesťou nasadiť antidepresíva?

Pri iniciovaní liečby musíme, samozrejme, vždy zhodnotiť potenciálne interakcie AD s inými farmakami, zvážiť kontraindikácie. Je potrebné poznať spektrum nežiaducich účinkov AD – vopred na tieto pacienta a jeho príbuzných upozorniť.

Pre úspešné nasadenie AD pacientovi s chronickou bolesťou je bezpodmienečne nutné nájsť vhodný spôsob, ako mu to vhodne podať a vysvetliť. Prevažná väčšina z nich nechce užívať lieky, ktoré sa nazývajú „antidepresíva“ a aj po jeho úspešnom nasadení ho po prečítaní si vlastností lieku v príbalovom letáku bez adekvátneho vysvetlenia pravdepodobne vysadia. Preto je vždy potrebné, aby sme pacientovi dôvody nasadenia AD vysvetlili adekvátnym a jemu zrozumiteľným spôsobom, kde je dôležitý nielen výber vhodne zvolených slov, ale aj poradie, v akom ich pacientovi podáme.

Pacientovi zdôrazníme, že vzhľadom na to, že dlhodobá a relatívne intenzívne trpí bolesťou, v jeho nervovom systéme sa mu postupne mlieňajú zásoby „hormónov šťastia“ (serotonínu, noradrenalínu a pod.) a preto jeho utrpenie pokračuje a prehľbuje sa. Taktiež že je spojené s takými nepríjemnosťami, ako je nadmerné vnímanie bolesti, skracovanie svalov, nespavosť, únava, plačlivosť, ale aj nervozita, napätie, poruchy nálad a podobne.

Tieto argumenty trpiaci pacient obvykle veľmi rád akceptuje, a je spokojný, že konečne niekto chápe jeho bolesť a uznáva, že skutočne trpí. A preto je nevyhnutné prerušiť tento začarovaný kruh a nasadiť mu lieky, ktoré sú schopné doplniť mu chýbajúce uvoľňujúce a pohodu a spánok navodzujúce chemické látky.

Tieto lieky sa užívajú v najnižších možných dávkach iba 1x denne a to niekoľko mesiacov, pokiaľ si jeho vyčerpaný a predráždený nervový systém neodýchne a nezačne syntetizovať vlastné „hormóny šťastia“.

V tejto nízkej dávke by užívanie lieku nemal ani výraznejšie registrovať, nemal by mu spôsobovať nežiaduce účinky a hlavne by ho nemal utlmovať a omamovať. Liek začinnuje približne za 10 – 12 dní.

Ak je pacient významne anxióznou-depresívny, nasadíme mu na toto obdobie cca 2 týždňov stredne dlho účinné anxiolytiká v pravidelnom užívaní.

Záver

Depresia a bolesť sú častým javom v paliatívnej medicíne. Spomenuté neuroanatomické a neuropatofyziologické aspekty bolesti a depresie jasne hovoria o tom, aké je dôležité poznať podstatu týchto javov, nakoľko správna voľba antidepressíva nám ponúka možnosť zasiahnuť do zložitých mechanizmov, ktoré sú prítomné pri takom komplexnom vneme, akým je bolesť. Použitie antidepressív redukuje mieru patologických procesov na bunkovej či molekulovej úrovni, znižuje mieru negatívnych neuroplastických zmien v CNS a v konečnom dôsledku po-

máha zmierniť symptómy, zlepšiť kvalitu života, či predĺžiť dobu prežívania u pacienta v paliatívnej medicíne.

Literatúra

1. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, Meader N. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011;12(2):160-74. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70002-X. Epub 2011 Jan 19. PMID: 21251875.
2. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA.* 1996;276:293-299.
3. Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients. *Cancer.* 2009;115:5349-5361. 10.1002/cncr.24561.
4. Rosenfeld B. Assisted suicide, depression and the right to die. *Psychol Publ Pol Law.* 2000;6(2):467-488.
5. Laird BJ, Boyd AC, Colvin LA, Fallon MT. Are cancer pain and depression independent? *Psychooncology.* 2009;18:459-464. 10.1002/pon.1431.
6. Patten SB. Progress against major depression in Canada. *Can J Psychiatr.* 2002;47:775-779.

7. Austin P, Wiley S, Mcevoy PM, Archer L. Depression and anxiety in palliative care inpatients compared with those receiving palliative care at home. *Palliat Support Care.* 2011;9:393-400. 10.1017/S1478951511000411.
8. Cherny, Nathan I, et al. (ed.). *Oxford textbook of palliative medicine.* Oxford University Press, USA, 2015.
9. Martuliak I. Farmakoterapia bolesti pre lekárov a farmaceutov. Banská Bystrica: Martimed s r.o., 2019, s. 302.
10. Robinson, Michael J, et al. Depression and pain. *Front Biosci.* 2009;14(503):l-5051.
11. Pečeňák J. Vortioxetín – antidepressívum s multimodálnym účinkom. *Psychiatr. prax.* 2015;16(1):21-24.

MUDr. Miroslav Ferencík, MBA

FNSP F. D. Roosevelta
Nám. gen. Svobodu 1
975 17 Banská Bystrica
ferencik@pain.sk

Tekutá zodpovednosť a poskytovanie paliatívnej starostlivosti počas pandémie COVID-19

Mgr. Katarína M. Vadíková, PhD.

researcher, etik, kouč

Pojem tekutá zodpovednosť úzko súvisí s postmoderným myslením o zodpovednosti na Slovensku, ale aj v zahraničí. Dokumentujú to zistenia projektu KEGA TTU008-4 v rokoch 2019 – 2021: Prenos osobnej zodpovednosti ako moderný typ výhovorky a jeho postmoderné riešenie, ktorý autorka viedla v rokoch 2019 – 2020. Komparatívne vyvodenie dôsledkov aplikácie tekutej zodpovednosti v rozhodovaní, a to formou výhovoriek pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti na Slovensku a v zahraničí, potvrdzuje ľudsky nedôstojný prienik tekutého zla do rozhodovania o zdraví. Pri vnímaní ohrozenia samotnej ľudskosti tekutým zlom vzniká nový typ bolesti, ktorý si vyžaduje nový prístup v paliatívnej liečbe. Ako jedna z možných ciest zo súčasnej situácie ohrozenia ľudskosti pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti sa ukazuje prevzatie osobnej zodpovednosti v dialogike vzťahov.

Kľúčové slová: pandémia COVID-19, paliatívna starostlivosť, situácia ohrozenia ľudskosti, osobná zodpovednosť, tekutá zodpovednosť, dialogika vzťahov

Liquid responsibility and the palliative care during the COVID-19 pandemia

Paper refers on partial results of the project KEGA TTU008-4 2019-2021: Transfer of personal Responsibility as a Modern Type of Evasion and its Postmodern Solution. The project was initiated and lead by the author of the paper since 2019 till 2020. The Liquid Responsibility was identified and confirmed in deciding on various types of problems – on health care, too. It may be seen as a result of the influence of Liquid Evil upon human thinking. Slovakian health care system is deeply postmodern and touched by consequences of liquid responsibility. It causes new type of pain and new challenges for palliative care giving. As one of possibility to solve complications of contemporary situation of menace of humanity – such as evasions out of personal responsibility; may be seen the facing to the situation personally and deep in dialogic of relation. There are no doubts that the COVID-19 pandemia has been missused as an evasion out of personal responsibility not only in health care system, politics, educational system or media, however in common life.

Key words: COVID-19 pandemia, palliative care, situation of menace of humanity, liquid responsibility, personal responsibility

Paliat. med. liec. boles., 2021;14(1-2e):11-15

Úvod

Zdravotníctvo na Slovensku je v kríze. Zdravotnícki pracovníci sú preťažení. Vo všetkých odvetviach cítia kapitálový, štrukturálny a personálny deficit. Systém zdravotníctva je rozbitý, čo sťažuje orientáciu v ňom nielen poskytovateľom, ale aj prijímateľom zdravotnej starostlivosti. Dobré úmysly sú zle interpretované, hodnoty relativizované, ľudské úsilie defraudované. Etika je pričasto zneužitá na dosiahnutie iných cieľov ako je ľudská dôstojnosť. Tieň pochybností padá aj na výsledky v oblasti medicíny. Hoaxy a statusy na sociálnych sieťach získavajú zdanie pravdivosti. Povolanie lekára a zdravotníka stráca nielen svetské ocenenie, ale i mravnú hodnotu, podobne ako zmysel pre mieru, pokoru, dôveru a obeť. Vernosť a zodpovednosť je na smiech, alebo sa stáva nebezpečnou výzvou k premýšľaniu nad zmysluplnosťou morálneho konania,

keď nie je možné vyvodiť dôsledky, a následky sa tak poľahky dajú presúvať na niekoho alebo niečo iné. Možno konštatovať, že zdravotníctvo na Slovensku podobne, ako aj iné oblasti dôležité pre zabezpečenie ľudského spolunažívania (školsťvo, médiá, sociálne a iné), zasiahol podľa Lipovetskeho „postmoralitný“ (1, s. 14) tieň výhovorky: zdravotníctvo na Slovensku je v postmoderne.

Napriek existenciálnej realite týchto konštatovaní možno stále nájsť dosť statočných hrdinov, ktorí sa v hĺbke svojho svedomia rozhodli osobne čeliť podmienkam v zdravotníctve na Slovensku a zostali verní prijatej pravde o dobre tohoto rozhodnutia. Títo súčasní hrdinovia sú ľudsky dôstojne schopní rozpoznať pravdu o dobre a ako takí sú záchranou ľudskej dôstojnosti. V našom príspevku im vzdávame hold a opisujeme podmienky, v ktorých slúžia z presvedčenia o správnosti svojho povolania chrániť ľudský život.

Terminologicky a metodologicky vychádzame z výsledkov projektu KEGA TTU008-4 s názvom *Prenos osobnej zodpovednosti ako moderný typ výhovorky a jeho postmoderné riešenie*, ktoré dokumentujú, analyzujú a konštruktívne kriticky zhodnocujú stav zmýšľania o zodpovednosti na Slovensku v rokoch 2019 – 2021 a jeho dôsledky pre slovenskú spoločnosť (2, 3, 4). Zhodou okolností je toto obdobie poznačené tiež pandemiou COVID-19 a zmenami, ktoré priniesla do všetkých oblastí spolunažívania. V tomto príspevku zúžime pohľad skúmania na oblasť zdravotníctva a problematiku poskytovania paliatívnej starostlivosti počas pandémie COVID-19 v širšom zábere – odkážeme na jej celospoločenský rozmer a príznačne nový charakter bolesti.

Účelom príspevku je dialogická osoba uprostred pandémie COVID-19, ktorá sa v oblasti zdravotníctva usiluje zostať morálnou bytosťou. Nezáleží

na jej veku, povolani, spoločenskom či sociálnom postavení, ale na úsilí rozpoznať pravdu, ako ľudsky dôstojne čeliť situácii. V príspevku sa sústreďíme na opis najzávažnejších zmien v zmýšľaní o zodpovednosti na Slovensku počas rokov 2019 – 2021, ktoré spôsobuje jeho postmodernenie a vyvodíme dôsledky. Cieľom príspevku nie je primárne hospicová starostlivosť, ale paliatívna starostlivosť poskytovaná v rôznych formách a intenzite na všetkých miestach, kde bola potrebná počas pandémie COVID-19. Nevychádzame z predpokladu, že by pandemická situácia vytvorila zo sveta globálny hospic. V nej sa však upriamila pozornosť na poskytovanie paliatívnej starostlivosti ako typicky ľudského záujmu o zachovanie ľudskej dôstojnosti na akomkoľvek mieste na svete a v akejkoľvek intenzite výkonu. Podčiarkla sa hodnota zdravotníckych povolani i nenahraditeľná súčinnosť laikov. Potvrdila sa nevyhnutnosť dialogiky vzťahov, čím zaznela výzva k osobnej zodpovednosti všetkým ľuďom na svete. Preto napriek zdaniu z povrchného pohľadu na prácu zdravotníkov a spoluprácu prijímateľov ich starostlivosti, ktorý vrhá tieň pochybností o účelnosti, adekvátnosti, promptnosti ich konania či ich profesionalite a plnom nasadení, tento príspevok je s úctou a vďakou adresovaný práve im a im zvereným.

O postmodernení zmýšľania o zodpovednosti v zdravotníctve na Slovensku

Postmoderna sa špecifickým spôsobom prejavuje v zmýšľaní obyvateľstva po celom svete: „Postmoderna je ako magmatické cunami, ktoré pohlcuje, konzumuje a vstrebáva do svojej inovovanej reality pôvodné originály. Ruší inakosť, jedinečnosť, nenahraditeľnosť. Zbavuje významu a zmyslu, a iba sa zdá, že dáva nový. Vyprázdňuje. Umrŕtuje dynamiku života pátosom statiky destabilizácie a tkvenia bez kontúr, limitu, označenia či transparentnosti obsahu. Postmoderna, hoci by sa tak mohlo zdať, nie je samostatný filozofický smer, historická etapa v myslení ľudstva, fáza dejín ľudstva, ale špecificky rebelský typ myslenia moderny, ktorú sama predpokladá ako anarchizmus“ (4, s. 7).

Pri skúmaní prejavov postmodernenia zmýšľania o zodpovednosti na Slovensku a následných analýzach sa počas troch rokov 2019 – 2021 podarilo tímu odborníkov z projektu KEGA 008TTU-4 identifikovať prítomnosť nasledujúcich znakov postmoderny: strata identity, zákernosť, skazenosť, neuchopiteľnosť, neviditeľnosť, diskontinuita, deštrukcia a destabilizácia, konzumerizmus, ignorancia voči generačnému odkazu, defraudácia hodnôt až ich zánik či splynutie do úrovne priorít, posthumanizácia, dehumanizácia až transhumanizmus, gender ideológia, militantný feminizmus, synkriticizmus, dekonštrukcia, nerevidovateľnosť nastávajúcej globality, nielen morálny, ale dokonca morálový relativizmus (4, s. 9 – 10). Zadefinoval sa pojem postmodernenie ako zintenzívňovanie vyššie uvedených špecifických znakov postmoderny: „Predstaviť sa dá ako hustnutie hmly, zaplavovanie vodou, zlievanie magmou, roztápanie žieravinou a podobne. Prejavuje sa výsostne vo svete ľudského zmýšľania. Objavuje sa v myšlienkach, formuje v reči a uskutočňuje v rozhodnutiach, ktoré vedú ku konaniu a pretváraniu reality i kyberpriestoru“ (4, s. 13). Zistilo sa, že na Slovensku je postmodernou poznačená aj transgeneračná zodpovednosť (4, s. 28 – 36), keďže mnohí dnes žijú súčasnosť bez ohľadu na skúsenosti minulých generácií a tiež deti svojich detí. Výsledkom analýz v roku 2019, ktoré sa v rokoch 2020 a 2021 preverili a potvrdili, bol pojem tekutá zodpovednosť (2, s. 9 – 10; 4, s. 21 – 24). V roku 2021 ho doplnil pojem tekutá výhovorka (4, s. 49 – 50).

Napriek tomu, že sa pozornosť kolektívu odborníkov sústredila predovšetkým na skúmanie postmodernenia zmýšľania o zodpovednosti na Slovensku v oblasti školstva, politiky a médií, problematike zodpovednosti v oblasti zdravotníctva, a to aj vzhľadom na aktuálne pandemické výzvy k zodpovednosti, sa z praktických dôvodov nevyhla. Skúmať premeny zmýšľania obyvateľstva na Slovensku o zodpovednosti v rokoch 2019 – 2021 bez ohľadu na jedinečne pandemický charakter tohoto obdobia, by neposkytlo vierohodný a komplexný rad dát na tvorbu analýz a záverov projektu. Systém

zdravotníctva na Slovensku je totiž pevne prepojený s oblasťou školstva, politiky a médií, pričom sa tieto oblasti navzájom nielen ovplyvňujú, ale stali sa navzájom závislé. (Tento aspekt postmodernenia myslenia na Slovensku však pre limity rozsahu príspevku prenecháme ďalšiemu výskumu.)

Zaujímavosťou výskumu v rámci projektu KEGA 008TTU-4 pre potreby tohto príspevku je identifikácia nového typu prežívania bolesti, ktorá si vyžaduje inovácie v paliatívnej starostlivosti. V moderne bolo možné rozlíšiť príčiny a pôvodcu bolesti, jej telesno-duševno-duchovnú lokalizáciu a zvoliť adekvátny prístup. Príčinili sa o to tzv. metanaratívne príbehy (Lyotardov pojem: porov. 5, s. 97 – 99), ktoré rešpektovali transgeneračný odkaz ľudstva či tzv. superprojekty (Baumanov pojem: porov. 6, s. 13) na spôsob ozdravenia tzv. globálnej dediny (MacLuhannov pojem: porov. 7). Postmoderna však ukončila systémový prístup. Nestačil ani welschovský nadhľad transverzálneho rozumu, kde pluralita získala status politickej hodnoty (8, s. 12, 156; 9, s. 10 – 12).

Dnešné postmodernenie myslenia namiesto poriadku prináša chaos, namiesto spravodlivosti elastickú toleranciu, namiesto lásky globalizáciu, namiesto prívetivosti zákernosť, atď. Následkom je napr. únik do kyberpriestoru a trieštenie identít, útek zo vzťahov a izolácia až separácia zo vzťahov, strata zmyslu pre rozlišovanie – splyvanie metód, prístupov, rozmazané videnie ľudských tvári a ich príbehov, splyvanie práce a domova a podobne. Zdravníkom známe tzv. opísanie subjektívnych ťažkostí slovami: „Bolí ma celý človek“ sa stáva výstižným pomenovaním bolesti z ohrozenia ľudskosti, a to zároveň v jej fyzickej, psychickej i spirituálnej sfére. Dôkazom sú tendencie prekročiť limity ľudsky dôstojnej vedy a nové výzvy k zodpovednosti v oblasti výskumu umelej inteligencie, transhumanizmu a podobne. Takáto bolesť je ako žieravina roztečená do všetkých oblastí ľudského bytia a moderné paliatívne metódy si s ňou neporadia. Jedinou liečbou je dialogika vzťahov – typicky ľudská vzájomnosť, ľudsky dôstojné dialogické porozumenie a postmoderne nedefraudovaná úprimná

ľudská láska. „Dialogika vzťahov počíta s ľudsky dôstojnou nedokonalosťou osoby i vzťahov, čo koriguje vzájomnosťou a silou jednoty mnohých v dobre, ktorým je Boh. Len čo sa osoba odkloní od dobra, trhá vzťahy. Má na výber. Môže sa slobodne rozhodnúť izolovať – odtrhnúť zo vzťahov. Vtedy ale riskuje, že záťaž zodpovednosti a volania celého sveta neunesie.“ (9, s. 24, 27 – 35)

Situácia na Slovensku je ťaživá. K postmoderneniu zmýšľania dochádza. Napriek tomu skupina odborníkov projektu KEGA 008TTU-4 identifikovala v národnej charakteristike prvky, ktoré umožňujú proti tendenciám rebelovať: „Úprimnej duši Slováka sa postmoderna, extrémizmus, separatizmus, militantizmus, všeobjímajúca globalizácia a akákoľvek ideológia a indoktrinácia prirodzene protiví. Použiť výhovorku je pre neho zahanbujúce, neprirodzené, pretože nie je v jadre zákerný, ale až detinsky dobrosrdečný ľudomil. Preto sa cíti byť vinný a ponížený, oklamán a využitý. Presakovanie tekutého zla do dialogiky vzťahov a trend využívania výhovoriek v postmodernom duchu je pre Slováka neprijateľnou zradou dôvery a krivdou voči najbližším, preto sa voči nej mnohými spôsobmi ešte stále búri a hrdinsky rebeluje“ (4, s. 115). A preto je ešte stále dosť tých, ktorých úsilie pôsobí ako paliatívna liečba na bolesti neľudských pomerov v zdravotníctve. Vďaka ich nasadeniu, odvahe a vernosti svojmu povolaniu sú príkladom a povzbudením k prevzatíu osobnej zodpovednosti pre všetkých nás, z akéhokoľvek profesijného alebo spoločenského miesta sa na problematiku dívame a do jej riešenia zapájame.

Postmodernenie poskytovania a prijímania zdravotnej starostlivosti na Slovensku v rokoch 2019 – 2021

Človek, ktorý v rokoch 2019 – 2021 pracoval v oblasti zdravotníctva, zaznamenal tendenciu všestranného zhoršovania podmienok na výkon svojej práce. Z mnohých spomeňme napr. preťaženie nárokmi epidemiologických opatrení nad rámec zdravotníckej starostlivosti (byrokracia, nefungujúci online systém, administrácia činností, ktoré nesúvisia priamo s výkonom povolania a podobne);

nevyváženosť požiadaviek akademickej obce na zvyšovanie kvalifikácie pred blížiacou sa akreditáciou vysokoškolských programov; profesijné ohrozenie drvivým dosahom dlhodobu neriešených sanácií hroziaceho, a dlhodobu zahmlievaného kolapsu systému zdravotníctva (nedostatok lekárov, zdravotníckeho personálu, zadlženosť nemocníc, prieťahy verejného obstarávania), či laxným prehliadaním konzumerizmu a korupcie (kauza Kičurových tehličiek (10, 11); kauza okolo nákupu vakcíny Sputnik (13); nekompetentné a násilné zasahovanie do krehkých štruktúr poskytovania starostlivosti; slabá ochrana zdravotníckeho personálu pre útokmi na pracovisku, po ceste domov, doma i v masmédiách, či kyberpriestore (14, 15, 16) a mnohé iné.

Zodpovednosť za stav zdravotníctva na Slovensku sa permanentne fyzicky prenášala na zdravotnícky personál, lekárov či iných pracovníkov nevyhnutných pre zabezpečenie zdravotnej starostlivosti – tých, čo boli najbližšie. Občas sa akosi abstraktne presúvala na vládu (vlády), konkrétnych politikov – a tí na seba navzájom, ale nie v realite, ale v kyberpriestore (spomeňme len notoricky známe Matovičove a Sulíkove či Matovičove a Pellegriniho online-prestrelky či vyhlásenia v médiách (17, 18, 19)). Táto abstraktnosť však natoľko zahmlila skutočnosť, že paradoxne presunula zodpovednosť na občanov, ktorí zase vinili odborníkov a zdravotníkov (20, 21, 22), ktorí sa osobne obetovali a naozaj angažovali v dlhodobu zabudnutých náročných podmienkach ľudským faktorom premenlivej, a preto nepredvídateľnej epidemiologickej situácie (túžba vycestovať na dovolenku do zahraničia mnohých nestála len pobyť v karanténe či pobyť v nemocnici, ale ich blízkych často priamo ohrozila na živote: 23, 24). Nepripísateľnosť následkov a dôsledkov jednotlivých rozhodnutí spôsobilo práve postmodernenie zmýšľania a neprehľadnosť kompetencií, ich zosmiešňovanie, zahmlievanie. Členie transgeneračnej zodpovednosti absentovalo úplne. Ťažkosti s vymožitelnosťou práva a dokazovaním trestnej činnosti v online priestore viedlo k skvapalneniu zodpovednosti až k zániku jej výziev, a to akokoľvek nahlas v spoločnosti zaznievali. Naopak, kreativita pri tvorbe výhovoriek

z osobnej zodpovednosti na akomkoľvek poste v oblasti zdravotníctva nadobudla nevídané rozmery a nadmieru sťažila už aj tak neúnosné preťaženie zdravotníckych pracovníkov. Navyše, výhovorky boli zámerne zákerne zlievané do jedného s ospravedlňovaním, výmyslom riešení, vysvetľovaním situácie a podobne. Pomyselný prst sa čoraz viac otáčal smerom k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a útoky na nich sa dnes len stupňujú.

Človek z oblasti zdravotníctva sa začal cítiť byť ohrozený baumanovským tekutým zlom (25) už pred rokom 2019. Vždy, keď ho chcel zvládnuť a postaviť sa mu čelom – šlo mu o nápravu v oblasti zdravotníctva, mu pretieklo pomedzi prsty, zanechalo boľavé rany a zakalilo zrak. Ak ostal sám, bez kolegov, bez rodiny, drvivá ťarcha na neho dopadala s neúnosnou intenzitou. Ak však bol v živom spojení dialogiky vzťahov, jej sila ho nechala vtiahnuť do kolobehu tekutého zla, ale ho niesla v porozumení a podpore ponad úskalia. V postmodernení myslenia na Slovensku práve dialogika vzťahov sa ukázala od začiatku ako jediná cesta, pomoc, prostriedok zvládnutia pomerov v zdravotníctve.

Zvládnutie náročných výziev pandemickej situácie preverila charaktery ľudí, a to nielen v zdravotníctve. Dovtedy nevídaný výskyt hoaxov (26; 4, s. 32, 48, 100 – 105, 107, 116; 27), mediálnych kanárikov či politických „kačíc“ umožnil obyvateľstvu únik z pandemickej reality v teple rodinného kozuba do iných realít, ktoré tak lákavo poskytol kyberpriestor. Prvotnú radosť z tzv. „práce na doma“, o ktorej sa zdravotníckym pracovníkom mohlo len zdať, vystriedalo zdesenie z pravdy o rodinných, pracovných ale i sociálnych či spoločenských vzťahoch a rozbitie identity na variabilné množstvá profilov, v ktorých sa postupom času nevyzval ani majiteľ sám.

Na jednej strane boli občania „stiahnutí z obehu svojich všedných dní“ do akéhosi paralelného sveta núdzového stavu za akúsi rawlsky férovú (28) clonu reality. Napriek nepretržitému konzumu polopráv a politických táranín (4, s. 8, 104 – 106) boli neustále informačne hladní, a túžili po pravde. Napriek politicky rozpačitém, ale odborne zdôvodneným

pokynom, ktoré neraz siahali až hlboko do súkromia, chceli lepšiu súčasnosť, a nevideli budúcnosť. Namiesto toho, aby sa tešili z relatívneho bezpečia a zotrvali v pokornej poslušnosti, spočiatku vydesení, neskôr zlovoľní ako trucujúce dieťa sa vrhali do narušovania nariadení až do ich negácie či sa uchýľovali k zámernému porušovaniu základných pravidiel či ich negácii. Cítili sa podvedení. Domnievali sa, že to všetko, čo sa deje nie je fér. Hľadali vinníka svojho postihnutia realitou neznámeho pôvodu, a neboli ochotní čeliť výzvam, ktoré nový stav prinášal. Stali sa z nich rozhnevaní, nespokojní, podozrievaví nevďační. Stratili zmysel pre mieru, spravodlivosť, dobré mravy. Svojimi nesprávnymi rozhodnutiami začali postupne prichádzať o dôstojnosť, ak nedokázali čeliť historickej výzve k celospoločenskému dialógu a vzájomnosti. Zápasili s niečím, čo im pretieklo pomedzi prsty (25).

Na druhej strane boli do zúfalstva upracovaní všetci tí – často neznámi hrdinovia, ktorí bojovali s neznámou pravdou o hroziacej skaze ľudského zdravia s ďalekosiahlymi následkami. Boli si vedomí, že obetujú svoje zdravie, komfort a život, a v ňom aj svojich drahých, a že to málokto ocení a pochopí. Neúmerná záťaž zodpovednosti im drvila posledné zvyšky dobrej vôle, tvorivých síl, zodpovednej kreativity. Postupne prichádzali o nevyhnutné možnosti rekonvalescencie síl – zabezpečenie základných životných potrieb sa v zdravotníckom obleku stávalo nemysliteľným (pitný režim, prestávka na nadýchanie sa čerstvého vzduchu či pohľad z okna, či vybavenie nevyhnutného telefonického hovoru s rodinou, výhľad na pár dní dovolenky, a podobne). Mnohí sa tiež náhle ocitli „stiahnutí z obehu svojich všedných dní“ do karantény spolu so svojimi zverencami v zariadeniach pre seniorov, v hospicoch, na oddeleniach v nemocniciach a podobne. Ich duchovný, duševný a tiež telesný život bol konzumovaný neznámou súhrou okolností, na ktorú sa nedalo pripraviť či voči nej rebelovať alebo pred ňou ujsť, ale ju bolo nevyhnutné prijať a jej čeliť. Ocitli sa v hraničnej situácii, ktorú opisuje Jaspers – situácii existenčného ohrozenia (29, s. 12 – 18). V bdelosti a činnosti ich udržala vernosť osloveniu v povolani, ktoré si autonómne

vybrali ako svoj životný údel a životnou skúsenosťou verifikovaný zmysel pre jeho dôstojné vykonávanie v nedôstojných podmienkach. Odpovedali celou svojou bytosťou historickej výzve, za čo si zaslužia uznanie, vďaka a obdiv.

Ďalšou výzvou sa stala situácia tzv. „nútenej karantény“, ktorá bola technicky niekde na polceste medzi pobytom v štátnom ozdravnom zariadení a internátnym ubytovaním na nevyhnutný čas (30, 31, 32). Mnohí zaradení do karantény si neuvedomovali, že ide o dôsledok ich predchádzajúcich rozhodnutí (vycestovať za prácou či za rodinou do zahraničia, vycestovať do zahraničia za plnením nevyhnutných, a tak neodkladných úloh (študijný pobyt, sťaž, pracovné stretnutie), ale i nezmyselných rozmarov (dovolenka, koncert, zábava, status na instagrame)). Mnohým nenapadlo, že tí, ktorí sa o nich starajú, opustili svoj komfort, často aj rodiny a odišli zo svojho dovtedajšieho života im poslúžiť. Táto krátkodobá, i keď v niektorých prípadoch i dlhodobá (niekoľkomesačný pobyt) skúsenosť si vyžiadala prehodnotenie hodnôt, zváženie priorit, múdrosť v rozhodovaní, lebo inak priniesla len zúfalstvo, roztrpčenie, nespokojnosť a nezmyselné obviňovanie.

Výhovorky z osobnej zodpovednosti v oblasti zdravotníctva na Slovensku

Situácia pandémie COVID-19 zintenzívnila postmodernie zmýšľania o zodpovednosti na Slovensku nielen v oblasti zdravotníctva. Bolo mimoriadne zaujímavé sledovať, ako hodnotovo a ľudsky blízko boli formulácie výhovoriek z osobnej zodpovednosti v radoch tzv. kompetentných (vláda, vedci, odborníci, žurnalisti, učelia, politológovia, ekonómovia ale i influenceri, seriálové postavy či iné mienkotvorné postavičky z masmédií či kyberpriestoru).

Ako potvrdili výskumy interdisciplinárneho tímu odborníkov v rámci projektu KEGA 008TTU-4 (3, s. 7 – 9, 59 – 87): výhovorka je typicky ľudská reakcia na nepohodlie v situácii, v ktorej sa nepáči a z ktorej sa žiada uniknúť. Ide však o zámerné a zákerné zneužitie reči vo svoj prospech. Presun následkov a dôsledkov vlastnej činnosti na niekoho alebo niečo iné (lekára, zdravotníka,

nezaočkovaného, COVID-19, či zdravotníctvo, atď.) je zrieknutím sa či zapretím vlastnej identity (odmietnutie priznať sa k sebe samému). Trénované svedomie, ako ochranca identity človeka, rebeluje – preventívne (vo fáze myšlienok), ale i následne (po vyrieknutí výhovorky a trvaní uskutočnení jej obsahu). Dôrazne apeluje na rozlišovanie a pripísanie identity, keďže v rozhodovaní funguje ako schopnosť rozpoznať pravdu. Preto sa z osobnej zodpovednosti nedá vyvliecť. Zároveň, človek nie je sartrovsky odsúdený či zavalený zodpovednosťou (33, 34). Naozaj nie je globálne zodpovedný, t. j. uspôsobený niest následky a dôsledky za ľudstvo a všetko, čo sa na Zemi deje. (35, s. 47 – 50; 36, s. 32 – 36). Je pozvaný k osobnej zodpovednosti v dialogike vzťahov, kde je metaforicky „každé čelo nevyhnutné, aby sa pohlo svetom“: „Preto COVID možno označiť ako zlý, ale nie ako samotné zlo.“ (3, s. 73) A ďalej: „Príklad súčasnej pandemickej situácie, ktorá v roku 2020 zmenila celospoločenské usporiadanie času, práce, relaxu, a postupne preveruje limity vernosti záväzkom osobnej zodpovednosti, dialogiku vzťahov možno už dokonca vnímať ako celosvetovú udalosť, ako okolnosť, ako ohrozenie, ako nepohodlie, ktoré „zvádza“ (personifikácia) k výhovorkám“ (3, s. 72).

Čeliť pandemickej situácii na tom mieste, kde sa práve nachádzali a poste, ktorý práve zastávali, sa odhodlali tí, ktorí odpovedali výzve vo vlastnom mene (osobná zodpovednosť) a v dialogike vzťahov (solidarita a spolupatričnosť). Akokoľvek ohrozujúca sa stala pre nich a ich domov – čelili jej vlastnou tvárou, úsilím, vedomosťami, zručnosťami, nápadmi, a čimkoľvek, čo prispievalo k vzájomnosti a zvrátilo ohrozenie ľudskosti. V tejto súvislosti spomeňme mnohých neznámych, ktorí napr. zabezpečili chorým susedom či nevládnym seniorom nevyhnutné potreby (37, 38, 39), šli rúška za hranice vlastnej domácnosti (40), zatelefonovali opusteným a často aj celkom neznámym, čím ich vytrhli zo samoty a beznádeje; tlačili na vlastných prístrojoch zdravotnícke štíty (41) a podobne.

Záver

Postmoderná v zdravotníctve na Slovensku je prítomná. V rokoch 2019

– 2021 sa zintenzívnili jej prejavy, až vyústili do nového typu bolesti, ktorá pramení z neludských postojov a správaní k poskytovateľom a prijímateľom zdravotníckej starostlivosti na Slovensku. Bolí z nej celý človek a vyžaduje nový typ paliatívnej liečby. Predpokladá dôsledné, verné a primerane podmienkam kreatívne prevzatie osobnej zodpovednosti. Volá ľudsky dôstojne dostať požiadavkám transgeneračnej zodpovednosti a vytrvať ostrážitý a odvážny pri prejavoch tekutej zodpovednosti a výhovorkách z osobnej zodpovednosti. Ozdravenie zdravotníctva nemožno v postmoderne očakávať prostredníctvom centrálného zvládnutia infraštruktúry obnovy zdravotníckeho systému, ale v dialogike vzťahov, kde každý je nenahraditeľnou a vzácnou súčasťou hodnou úcty, rešpektu a načúvania s porozumením. Postmoderna si pýta nastolenie tzv. gadamerovskej situácie dialogického porozumenia (42), v ktorej sa už projektovo osvedčilo riešenie dilem národného charakteru interdisciplinárnym tímom odborníkov. V nej bude potrebné zapojiť celého človeka (fyzicky, duševne i duchovne) a primerane túto obeť, napriek jej postmodernej defraudácii, zhodnotiť. Potom je možné sledovať, či príde úľava od bolesti a slovenské zdravotníctvo získka dlho očakávanú podporu na zmenu.

Týmto vyhlásením potvrdzujem, že som výhradnou autorkou zaslaného textu, použila som uvedenú literatúru a primerane som ju citovala v súlade s citačnou etikou a nie som si vedomá žiadnej prekážky na publikovanie článku.

Literatúra

- Lipovetsky G. Soumrak povinnosti: bezbolestná etika nových demokratických časů. Praha: Prostor, 1994.
- Vadiková KM, Krištof P, a kol. Tekutá zodpovednosť na Slovensku. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2020.
- Vadiková KM (ed.). ACTA MORALIA TYRNAVENSIS X.: Osobná zodpovednosť dnes – výzva či výhovorka? Trnava: FF TU, 2020.
- Krištof P, Sámellová A, Vadiková KM. Tekutá výhovorka na Slovensku. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2021.
- Liotard JF. O postmodernismu. Postmoderno vysvětlované dětem. Postmoderní situace. Praha: Filosofický ústav AVČR, 1993.
- Bauman Z. Úvahy o postmoderní době. Praha: SLON, 2002.
- McLuhan M. Understanding Media. Berkeley: GinkoPress, 1964.
- Welsch W. Naše postmoderní moderna. Praha: Zvon, 1994.
- Vadiková KM. Dialogická osoba a situácia. Guardiniovská edukačná etika a situacionizmus. Trnava/Krakov: FF TU/Towarzystwo Slowaków w Polsce, 2019.
- Kičura reagoval na zlaté tehly za pol milióna eur. Má ísť o celoživotné úspory jeho rodiny. [online: 22.06.2021]. Dostupné z <https://slovensko.hnonline.sk/2167164-kičura-reagoval-na-zlate-tehly-za-pol-miliona-eur-ma-ist-o-celozivotne-uspory-jeho-rodiny>.
- KIČUROVE KAUZY, v ktorých lietajú státisícové sumy: Predražené gumáky, drahé byty a zlaté tehly. [online: 14.05.2021]. Dostupné z <https://www1.pluska.sk/spravy/z-domova/kicurove-kauly-ktorychlietaju-statisicove-sumy-predrazene-gumaky-drahe-byty-zlate-tehly>.
- Polícia našla u Kičuru zlaté tehličky v hodnote pol milióna eur. [online: 14.05.2021]. Dostupné z <https://slovensko.hnonline.sk/2165240-policia-nasla-u-kičuru-zlate-tehlicky-v-hodnote-pol-miliona-eur>.
- Povolenie na použitie Sputnik V môže byť protizákonné. [online: 22.06.2021]. Dostupné z <https://zastavmeko-rupciu.sk/blog/povolenie-na-pouzitie-sputnik-v-moze-byt-protizakonne/>.
- Lengvarký: Širitelia dezinformácií by mali niesť zodpovednosť za svoje činy. So Žilinkom sa zhodli aj na potrebe ochrany zdravotníkov. [online: 12.10.2021]. Dostupné z <https://spravy.rtvsk/2021/10/lengvarky-siritelia-dezinformacii-by-mali-niest-zodpovednost-za-svoje-ciny/>.
- Krizový štáb sa bude zaoberať útokmi na zdravotníkov. Konkrétne návrhy na riešenie situácie nie sú zatiaľ známe. [online: 6.10.2021]. Dostupné z <https://spravy.rtvsk/2021/10/krizovy-stab-sa-bude-zaoberat-utokmi-na-zdravotnikov-hovori-mikulec/>.
- Krčméry: Čím viac obetí COVID-19 bude, tým bude menej útokov na zdravotníkov. [online: 13.10.2021]. Dostupné z <https://www.extraplus.sk/clanok/krcmery-cim-viac-obeti-covidu-bude-tym-bude-menej-utokov-na-zdravotnikov>.
- Odborník na sociálne siete: Matovičove príspevky sú marketing. Vie, čo robí, a prečo to robí. [online: 22.06.2021]. Dostupné z <https://www.trend.sk/politika/odbornik-socialne-siete-matovicove-prispevky-su-marketing-vie-co-robi-preco-to-robi>.
- Matovič sa s novým postom nezžil, so Sulíkom k sebe nemajú ani základný rešpekt. [online: 02.06.2021]. Dostupné z <https://www.ta3.com/clanok/201420/matovic-sa-s-novym-postom-nezžil-so-sulikom-k-sebe-nemaju-ani-zakladny-respekt>.
- Skřivánek T. Matovič sa pustil do vojny, ktorú nemôže vyhrať. Prehrá s ním celé Slovensko. [online: 15.05.2021]. Dostupné z <https://www.trend.sk/nazory-a-komentare/matovic-pustil-vojny-ktorunemoze-vyhrat-prehra-nim-cele-slovensko>.
- Šokujúci ÚTOK na Krčméryho! Poliatie BENZÍNOM a záchrana od polície?! [online: 15.05.2021]. Dostupné z <https://hitky.sk/sokujuci-utok-na-krcmeryho-poliatie-benzinom-a-zachrana-od-policie/>.
- Tváre boja proti pandémie: Hrozby smrťou aj fyzický útok! Krčméry sa ukryl v zahraničí, čo ďalší? [online: 15.05.2021]. Dostupné z <https://www.cas.sk/clanok/2592489/tvare-boja-proti-pandemii-hrozby-smrtou-aj-fyzicky-utok-krcmery-sa-ukryl-v-zahranici-co-dalsi/>.
- Martinický P. Slovenskí katolíci proti očkovaniu, „heretici“ Glasa a Viglaš. Blog. In: Konzervatívny denník Postoj. [online: 29.3.2021]. Dostupné z <https://blog.postoj.sk/75417/slovenski-katolici-proti-ockovaniu-heretici-glasa-a-viglas>.
- Majerníková M. Slovenka, ktorá stratila očka pre koronavírus, zverejnila svoj príbeh: Nakazil sa od ľudí, ktorí prišli bez rúšok... [online: 5.10.2020]. Dostupné z <https://diva.aktuality.sk/clanok/62007/slovenka-ktora-stratila-ocka-pre-koronavirus-zverejnila-svoj-pribeh-nakazil-sa-od-ludi-ktori-prisli-bez-rusok/>.
- Miro Jaroš na dovolenke, na ktorú si mnohí Slováci nikdy nezarobia: Ušiel do raja! [online: 20.05.2021]. Dostupné z <https://www.cas.sk/clanok/1091322/miro-jaros-na-dovolenke-na-ktoru-si-mnohi-slovaci-nikdy-nezarobia-usiel-do-raja/>.
- Bauman Z, Donskis L. Tekuté zlo: život bez alternatív. Praha: Pulchra, 2018.
- Hoaxy a podvody – Polícia SR. „Úmrtie po očkovaní aj na Slovensku“: Prečo nedokážeme dnes povedať, či za smrť

môže alebo nemôže vakcinácia? In: Facebook.com. [online: 11.04.2021]. Dostupné z <https://www.facebook.com/hoax-PZ/posts/925115021649699>.

27. Sámellová A. Mediálna služba verejnosti v službách dezinformácií (277 – 299). In: Sámellová A, Stanková M, Hacek J. (eds.). Fenomén 2021: Pandémia COVIDu-19 a médiá. Bratislava: Univerzita Komenského, 2021.

28. Rawls J. Spravidlivosť ako férovosť. Bratislava: Kalligram, 2007.

29. Jaspers K. Mezní situace. Praha: Oikoymenh, 2016.

30. Zákon 286/2020 Z. Z. NRSR, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony. (dočasná platnosť od 15.10.2020) [online: 10.10.2021]. Dostupné z <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2020/286/>.

31. Karanténa či nútená práca z domu. Čo na to Zákonník práce? [online: 20.3.2020]. Dostupné z <https://hnonline.sk/prakticke-hn/2115886-karantena-ci-nutena-praca-z-domu-co-na-to-zakonnik-prace>.

32. Dôležité: Nové opatrenia v súvislosti s ochorením COVID-19 a návrat zo zahraničia. (16.3.2020) [online: 20.3.2020]. Dostupné z <https://www.workspaceeurope.sk/studenti/news/dolezitevyhlasenie-nudzoveho-stavu-a-navrat-za-zahranicia/>.

33. Sartre JP. Bytí a nicota: pokus o fenomenologickú ontológiu. Praha: Oikoymenh, 2006.

34. Sartre JP. Cesty ke svobodě. Praha: ELK, 1946.

35. Svitačová E, Mravcová A, Šeben Zaťková T. Globálne výzvy pre vzdelávanie ekonómov. Nitra: SPU, 2014.

36. Pechočiaková, Svitačová E. Vybrané kapitoly z etiky pre ekonómov a manažérov. Nitra: SPU, 2021.

37. Dedinka Žibritov je ostrovom zaočkovaných. V obci ovplyvňuje sused suseda. [online: 20.8.2021]. Dostupné z <https://www.aktuality.sk/clanok/zd7mgd3/dedinka-zibritov-je-ostrovom-zaočkovaných-v-obci-ovplyvňuje-sused-suseda/>.

38. Odporúčané postupy a formy pomoci a podpory seniorom v súvislosti so zväčšeným rizikom šírenia náklady vírusom COVID-19. [online: 20.8.2021]. Dostupné z <https://www.mp-svr.sk/sk/koronavirus-pracovna-socialna-oblast/seniori/>.

39. Robiť dobro je jednoduché. 10 tipov, ako sa zapojiť do #GivingTuesday počas pandémie. [online: 25.11.2020]. Dostupné z <https://www.nadaciapontis.sk/novinky/robit-dobro-je-jednoduche-10-tipov-ako-sa-zapojiť-do-givingtuesday-pocas-pandemie/>.

40. Šitie rúšok či nákup starším. Pomôcť počas pandémie sa dá rôzne. [online: 24.3.2020]. Dostupné z <https://www.obcas-necas.ukf.sk/2020/03/sitie-rusok-ci-nakup-starsim-pomocť-pocas-pandemie-sa-da-rozne/>.

41. Bachárová G. Mladá učiteľka vyrába na 3D tlačiarňu štíty pre zdravotníkov. „Keď môžem, pomôžem,“ vraví Nika Klimová. [online: 9.4.2020]. Dostupné z <https://ahojmama.pravda.sk/clanky/mlada-ucitelka-vyraba-na-3d-tlaciarňu-stity/12639-clanok.html>.

42. Gadamer HG. Pravda a metoda. Nárys filozofické hermeneutiky. Praha: Triáda, 2009.

Mgr. Katarína M. Vadíková, PhD.
researcher, etik, kouč
Zelenečská 69, 917 02 Trnava
vadikova@yahoo.com

COVID-19 ako choroba z povolania?

Mgr. et Mgr. Silvia Capíková, PhD., MUDr. Jana Trizuljaková, PhD.

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LF UK, Bratislava

Pandémia COVID-19 si celosvetovo vyžiadala veľa obetí aj medzi zamestnancami zdravotníckych zariadení a do budúcnosti je potrebné vyvinúť maximálne úsilie na posilnenie ich ochrany. Príspevok sa zameriava na analýzu zmien právneho rámca ochrany zdravia zamestnancov de lege lata a de lege ferenda v Slovenskej republike, so zreteľom na zamestnancov zariadení hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Právo na kompenzáciu pracovnej expozície COVID-19 je potrebné podrobiť legislatívnym zmenám.

Kľúčové slová: pracovníci v prvej línii, rizikové faktory pracovného prostredia, pracovné právo, zdravotnícke právo, ľudské zdroje v zdravotníctve, sociálne práva, dôstojné pracovné podmienky

COVID-19 as the occupational disease?

The paper focuses on the analysis of current changes in the legal framework for the occupational safety and health in the Slovak Republic and suggests possible future improvements, with special regard to employees of hospice and palliative care facilities. Right to compensation of professional exposure to COVID-19 needs to be reconsidered.

Key words: first-line workers, occupational health hazards, labour law, health law, human resources, social rights, decent work

Paliat. med. liec. boles., 2021;14(1-2e):16-20

Úvod

Od vypuknutia pandémie si ochorenie COVID-19 vyžiadalo veľa ľudských životov aj medzi zamestnancami zariadení zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Napr. národný štatistický úrad v Anglicku a Walese vyhodnotil podľa údajov získaných medzi 9. marcom a 28. decembrom 2020, že úmrtnosť zamestnancov poskytujúcich sociálnu starostlivosť, ako aj úmrtnosť medzi zdravotnými sestrami, bola dvojnásobná v porovnaní s bežnou populáciou (1). Správa Amnesty International uviedla za rok 2020 vyše 17 000 obetí medzi pracovníkmi zdravotných služieb v 63 krajinách, z toho vyše 4 600 obetí pripadá na 26 európskych krajín (2). Isté percento tých, ktorí ochorenie prežili, vrátane detí, trpia dlhodobým poškodením zdravia s potrebou ďalšej liečby a obmedzením ich bežného života (tzv. long-COVID syndróm) (3). Univerzálna kauzálna liečba ochorenia COVID-19 nie je doteraz známa. Vírus SARS-CoV-2 stále mutuje a hoci boli vyvinuté viaceré vakcíny ako prostriedok profylaxie, ich efektívnosť z dlhodobého hľadiska závisí od viacerých faktorov.

Napriek tomu, že zdravie sa všeobecne pokladá za jednu z najdôležitejších spoločenských aj osobných hodnôt, čo dlhodobo potvrdzujú najrôznejšie prieskumy – aké sú životné a pracovné

podmienky tých, ktorí sa o ľudské zdravie starajú poskytovaním zdravotných alebo sociálnych služieb? Zohľadňuje sa u týchto pracovníkov skutočnosť, že sú pri výkone práce vo zvýšenej miere vystavení riziku nákazy? Významnou súčasťou ľudskoprávneho prístupu k zdraviu sú sociálne práva. Sociálne práva neprislúchajú len pacientom či znevýhodneným sociálnym skupinám, ale aj zdravotníckym pracovníkom a pracovníkom v pomáhajúcich profesiách. Dôstojné a spravodlivé pracovné podmienky patria medzi naliehavé etické, právne aj manažérske výzvy, ktoré súčasná pandémia ešte viac zviditeľnila.

Sociálne práva a právo zamestnanca na ochranu zdravia

Významnú úlohu pri definovaní a konkretizácii sociálnych práv zohráva Rada Európy. Všeobecné sociálne práva definuje najmä Európska sociálna charta z roku 1961 (revidovaná v roku 1996). Slovenská republika (SR) je viazaná jej ustanoveniami a mnohé zo záväzkov sú premietnuté do vnútroštátnej legislatívy. SR je zmluvnou stranou všetkých významných medzinárodných dohôd v oblasti zdravotníctva, ako aj ochrany práce.

Právo na bezpečné a zdravé pracovné podmienky revidovaná Európska

sociálna charta vymedzuje nasledovne: „Na zabezpečenie účinného výkonu práva na bezpečné a zdravé pracovné podmienky sa zmluvné strany v konzultácii s organizáciami zamestnávateľov a organizáciami pracovníkov zaväzujú:

1. formulovať, uplatňovať a periodicky preskúmať súdržnú vnútroštátnu politiku v oblasti bezpečnosti práce, zdravia pri práci a pracovného prostredia. Hlavným cieľom tejto politiky je zlepšiť bezpečnosť a zdravie pri práci a predchádzať úrazom a poškodeniam zdravia, ktoré vyplývajú z práce, sú na ňu viazané alebo pri nej nastanú, najmä minimalizovaním prípadov rizík spojených s pracovným prostredím,
2. vydať predpisy o bezpečnosti a zdraví,
3. prijať opatrenia na vynucovanie takých predpisov prostredníctvom dozoru,
4. podporovať vzostupný rozvoj zdravotných služieb pri práci pre všetkých pracovníkov v podstate s preventívnymi a poradnými funkciami“ (4).

Na zabezpečenie účinného výkonu **práva na ochranu zdravia** má štát ako zmluvná strana pozitívny záväzok „prijať vhodné opatrenia buď priamo, alebo v spolupráci s verejnými alebo súkromnými organizáciami, ktoré smerujú okrem iného:

1. k odstráneniu, ak je to možné, príčin zhoršovania zdravotného stavu,
2. k poskytnutiu poradenských a vzdelávacích služieb na podporu zdravia a rozvoj osobnej zodpovednosti v otázkach zdravia,
3. k predchádzaniu, ak je to možné, epidemickým, endemickým a iným chorobám, ako aj úrazom“ (5).

Pracovníci alebo ich zástupcovia majú právo zúčastňovať sa na určovaní a zlepšovaní pracovných podmienok a pracovného prostredia (6). V prípade vojny alebo iného všeobecného ohrozenia štátu môže každá zmluvná strana prijať opatrenia obmedzujúce jej záväzky podľa tejto charty v takom rozsahu, ako to vyžaduje situácia, za podmienky, že tieto opatrenia nie sú v rozpore s ostatnými záväzkami zmluvnej strany vyplývajúcimi z medzinárodného práva. Má povinnosť o rozsahu, dôvodoch a dĺžke trvania prijatých obmedzení informovať bez zbytočného odkladu generálneho tajomníka Rady Európy (7). SR nepristúpila pre pandémiu COVID-19 k takémuto obmedzeniu sociálnych práv.

Článok 40 Ústavy SR stanovuje: „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.“ Podľa článku 36 Ústavy SR „Zamestnanci majú právo na spravodlivé a uspokojivé pracovné podmienky. Zákon im zabezpečuje najmä

- a) právo na odmenu za vykonanú prácu, dostatočnú na to, aby im umožnila dôstojnú životnú úroveň,
- b) ochranu proti svojvoľnému prepúšťaniu zo zamestnania a diskriminácii v zamestnaní,
- c) ochranu bezpečnosti a zdravia pri práci,
- d) najvyššiu prípustnú dĺžku pracovného času,
- e) primeraný odpočinok po práci,
- f) najkratšiu prípustnú dĺžku platenej dovolenky na zotavenie,
- g) právo na kolektívne vyjednávanie.“

Na realizáciu sociálnych práv je potrebná aktivita štátu. Uvedených práv nie je možné sa domáhať *ex constitucione*, ale len v medziach zákonov, ktoré tieto ustanovenia Ústavy vykonávajú (8).

V podmienkach SR je takýmto zákonným rámcom predovšetkým Zákonník práce (9) a Zákon o BOZP (10), ale tiež Zákon o verejnom zdraví (11) a Zákon o inšpekcii práce (12). Ďalšie podrobnosti najmä organizačno-technického charakteru upravujú početné podzákonné predpisy. Napríklad nariadenie vlády SR č.83/2013 Z.z. (13), ktoré obsahuje napr. vzorový zoznam prác s biologickými faktormi, a klasifikáciu a zoznam týchto faktorov na základe miery rizika nákazy u ľudí. Táto klasifikácia v nariadení vlády zodpovedá textu smernice 2000/54/ES (14). V júni 2020 bol do smernice 2000/54/ES doplnený SARS-CoV-2 ako rizikový faktor 3. skupiny a rovnaké zaradenie patogénu prevzalo aj uvedené nariadenie vlády, s účinnosťou od 24. novembra 2020 (15). SR stále má zatiaľ nevyužitú možnosť zaradiť patogén do vyššej, 4. skupiny, a vytvoriť tak vyšší štandard ochrany pre zamestnancov (16).

COVID-19 predstavuje nový biologický rizikový faktor pracovného prostredia. V medzinárodnej perspektíve je možné sledovať, že odborové organizácie, profesijné komory a pod., ako zástupcovia zamestnancov na pandémiu COVID-19 reagovali krátko po jej vyhlásení na jar 2020 nastoľovaním požiadaviek na zvýšenú ochranu pred profesionálnou expozíciou zamestnancov v prvej línii, resp. v kritickej infraštruktúre. V oblasti odmeňovania zamestnancov boli nastolené požiadavky na určitú kompenzáciu rizika profesionálnej nákazy, ako aj požiadavky na odškodňovanie za profesionálnu expozíciu v prípade ochorenia či úmrtia zamestnancov v prvej línii.

Úrazový príplatok a ochorenie COVID-19

Úrazové poistenie slúži pre prípad poškodenia zdravia alebo úmrtia zamestnanca v dôsledku pracovného úrazu, služobného úrazu a choroby z povolania. Zamestnanec na účely úrazového poistenia je fyzická osoba v právnom vzťahu zakladajúcom zamestnávateľovi úrazové poistenie (17). Nárok na úrazové dávky za podmienok ustanovených zákonom o sociálnom poistení má aj manžel (manželka), nezaopatrené dieťa po fyzických osobách uvedených v odsekoch 1 a 2

a fyzická osoba, voči ktorej mala fyzická osoba uvedená v odsekoch 1 a 2 v čase úmrtia vyživovaciu povinnosť.

V SR vstúpil 21. 11. 2020 do platnosti zákon č. 330/2020 Z.z. z 3. 11. 2020, ktorým sa na návrh vlády mení a dopĺňa zákon č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení, v znení neskorších zmien. Za splnenia určitých podmienok je možné zamestnancovi, ktorý ochorel na COVID-19, uznať nárok na úrazový príplatok. Definícia pracovnej expozície sa však menila.

Znenie účinné v období 21. 11. 2020 – 30. 4. 2021 ustanovilo, že zamestnanec, ktorý sa preukázateľne nakazil pri práci ochorením COVID-19 a je uznaný za práceneschopného, bude môcť čerpať úrazový príplatok vo výške 25 % denného vymeriavacieho základu. Bolo však potrebné splniť niekoľko kumulatívnych podmienok, najmä:

- 1) Zamestnanec musí byť uznaný za dočasne práceneschopného počas krízovej situácie. (Nárok na úrazový príplatok z dôvodu ochorenia COVID-19 bude zamestnancovi trvať až do skončenia dočasnej pracovnej neschopnosti (PN), a to aj vtedy ak PN trvá aj po skončení krízovej situácie.)
- 2) Na účely nároku na úrazový príplatok sa podmienka uznania choroby z povolania považuje za splnenú, ak zamestnávateľ zamestnanca uznaného počas krízovej situácie za dočasne práceneschopného z dôvodu ochorenia COVID-19 (U07.1) **potvrdí, že ochorenie COVID-19 vzniklo toľto zamestnancovi pri práci, kde je preukázateľný kontakt s týmto ochorením alebo s infekčným materiálom ako súčasť plnenia pracovných úloh alebo pracovných činností.** Zamestnávateľovi však povinnosť vystaviť takéto potvrdenie nie je uložená.

Nárok na úrazový príplatok môžu mať aj osoby, ktoré nie sú zamestnancami, v prípade nákazy COVID-19 pri výkone činnosti, ak sú výslovne uvedené v §17 ods.2 zákona o sociálnom poistení, napr. študent vysokej školy, ktorý utrpel pracovný úraz, alebo ktorému vznikla choroba z povolania pri praktickej výučbe alebo odbornej praxi, a tiež fyzická osoba, ktorá na výzvu orgánu verejnej

moci alebo veliteľa zásahu a podľa jeho pokynov, prípadne s jeho vedomím osobne pomáha pri havárii, živeľnej pohrome a inej mimoriadnej udalosti alebo pri odstraňovaní ich následkov a pri výkone týchto činností utrpela pracovný úraz alebo jej vznikla choroba z povolania (18). Na účely nároku na úrazový príplatok sa podmienka uznania choroby z povolania považuje za splnenú, ak právnická osoba, pre ktorú fyzická osoba uvedená v § 17 ods. 2 uznaná počas krízovej situácie za dočasne práceneschopnú z dôvodu ochorenia COVID-19 vykonávala činnosť, potvrdí, že ochorenie COVID-19 vzniklo tejto fyzickej osobe pri činnosti uvedenej v § 17 ods. 2, kde je preukázateľný kontakt s týmto ochorením alebo s infekčným materiálom ako súčasť plnenia tejto činnosti. Právnická osoba, pre ktorú fyzická osoba uvedená v § 17 ods. 2 vykonávala činnosť, je povinná vydávať na žiadosť tejto fyzickej osoby na účely odseku 2 písm. b) príslušné potvrdenie (19).

Dňom 1. mája 2021 nadobudol účinnosť § 293fek(20) ktorý nahradil § 293fea. Podmienku pracovnej expozície formuloval nasledovne: „Na účely nároku na úrazový príplatok sa podmienka uznania choroby z povolania považuje za splnenú, ak

- a) zamestnávateľ zamestnanca uznaného počas krízovej situácie za dočasne práceneschopného z dôvodu ochorenia COVID-19 potvrdí, že ochorenie COVID-19 vzniklo tomuto zamestnancovi **pri práci, kde z povahy práce vyplýva väčšia miera rizika vzniku tohto ochorenia**,
- b) právnická osoba, pre ktorú fyzická osoba uvedená v § 17 ods. 2 uznaná počas krízovej situácie za dočasne práceneschopnú z dôvodu ochorenia COVID-19 vykonávala činnosť, potvrdí, že ochorenie COVID-19 vzniklo tejto fyzickej osobe pri činnosti uvedenej v § 17 ods. 2, kde z povahy tejto činnosti vyplýva väčšia miera rizika vzniku tohto ochorenia“ (21).

Zákon o sociálnom poistení však ani po tejto novele neumožňuje priznanie nároku na úrazový príplatok za obdobie práceneschopnosti pred 21. novembrom 2020, čiže spätne. V prípade pracovných pomerov u viacerých zamestnávateľov, zamestnanec má nárok na úrazový

príplatok z dôvodu ochorenia COVID-19 iba jeden raz, iba u jedného zamestnávateľa, u ktorého k tomuto ochoreniu došlo.

Výška úrazového príplatku je 25 % z denného vymeriavacieho základu zamestnanca a vypláca ho Sociálna poisťovňa. Zamestnancovi zároveň patrí aj nemocenská dávka. Žiadosť o vyplácanie úrazového príplatku na predpísanom formulári je možné zaslať Sociálnej poisťovni buď elektronicky prostredníctvom ústredného portálu verejnej správy, alebo e-mailom na jednu e-mailovú adresu príslušnej pobočky, prípadne v listinnej podobe podpísané poštou na adresu príslušnej pobočky. Okrem zaslania vyplnenej žiadosti o úrazový príplatok z dôvodu ochorenia COVID-19 je potrebné, aby zamestnávateľ alebo právnická osoba, pre ktorú fyzická osoba vykonávala činnosť, zaslala Sociálnej poisťovni vyplnené tlačivo „Oznámenie poistnej udalosti COVID-19“.

Podľa stanoviska Národného inšpektorátu práce, ochorenie zamestnanca na COVID-19 nie je pracovným úrazom a preto nie je potrebné zamestnancov s ochorením na COVID-19 nahlasovať na inšpektoráty práce. V zmysle Zákonníka práce sa za pracovný úraz považuje poškodenie zdravia, ktoré bolo zamestnancovi spôsobené pri plnení pracovných úloh alebo v priamej súvislosti s ním nezávisle od jeho vôle krátkodobým, náhlým a násilným pôsobením vonkajších vplyvov. Poškodenie zdravia spôsobené expozíciou zamestnancov koronavírusom (vírus SARS-CoV-2) nespĺňa podmienky definície pracovného úrazu uvedené v § 195 ods. 2 Zákonníka práce. V prípade, že ide o zamestnancov, ktorí prichádzajú do kontaktu s osobami s ochorením na COVID-19 pri vykonávaní svojej práce (tzv. pracovníci v prvej línii), po ich ochorení na COVID-19 môže byť im priznaná choroba z povolania. Títo zamestnanci sú vystavení pôsobeniu biologického faktora pri vykonávaní svojej práce. V zmysle vyjadrenia prof. MUDr. Ľubomír Legátha, PhD., prednostu Kliniky pracovného lekárstva a klinickej toxikológie v Košiciach, diagnostikovaný COVID-19 je považovaný za chorobu z povolania na základe pracovnej anamnézy a po zhodnotení epidemiologickej situácie (t.j. vylúčení mimopracovnej expozície) (22).

Nie všetci lekári sú v pozícii zamestnanca. Úrazový príplatok nie je možné priznať samostatne zárobkovo činnnej osobe, pretože táto skupina poistencov neplatí poistné na úrazové poistenie. V prípade profesionálnej nákazy lekára, ktorý nie je zamestnancom, ale je poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, môže mu vzniknúť nárok na nemocenskú dávku, ak bude uznaný za dočasne práceneschopného z dôvodu choroby, za splnenia zvyčajných podmienok (23). V prípade nariadeného karanténneho opatrenia alebo izolácie, by mal nárok na tzv. pandemické nemocenské.

COVID-19 ako choroba z povolania

V porovnaní s pracovným úrazom je možné chorobu z povolania definovať ako chorobu (poškodenie zdravia), ktorá vznikla zamestnancovi pri plnení pracovných úloh alebo v priamej súvislosti s nimi, nezávisle od jeho vôle, (spravidla) dlhodobým pôsobením vonkajších vplyvov, pričom nie je vylúčené, aby k vzniku choroby došlo aj jednorazovým poškodením zdravia, napr. pri infekčných chorobách (24).

Choroby z povolania sú choroby uvedené v právnych predpisoch o sociálnom zabezpečení (v zozname chorôb z povolania), ak vznikli za podmienok v nich uvedených. Za škodu spôsobenú zamestnancovi chorobou z povolania zodpovedá zamestnávateľ, u ktorého zamestnanec pracoval naposledy pred jej zistením v pracovnom pomere za podmienok, z ktorých vzniká choroba z povolania, ktorou bol postihnutý. Zamestnávateľ zodpovedá za škodu, aj keď dodržal povinnosti vyplývajúce z osobitných predpisov a ostatných predpisov na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, ak sa zodpovednosti nezbaví podľa § 196 Zákonníka práce. Zamestnanec má v zmysle §198 ods. 1 nárok len na náhradu vecnej škody. V rámci tejto zodpovednosti zamestnávateľa rozlišuje právna teória 1. vecnú škodu a 2. škodu na zdraví. S účinnosťou do 31. 12. 2003 upravoval Zákonník práce náhradu za oba tieto druhy škody, avšak prijatím zákona o sociálnom poistení v r. 2003 už nemá právna úprava v Zákonníku práce charakter odškodnenia spočívajúceho

v náhrade škody, ale je koncipovaná ako poistný systém kompenzačného charakteru, na základe ktorého sa nároky na náhradu škody na zdraví stali úrazovými dávkami, nárokovateľnými z úrazového poistenia (25).

Zákon o sociálnom poistení (26) chorobu z povolania definuje ako chorobu uznanú príslušným špecializovaným pracoviskom podľa zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a zaradenú do zoznamu chorôb z povolania uvedeného v prílohe č. 1, ak vznikla za podmienok uvedených v tejto prílohe zamestnancovi pri plnení pracovných úloh alebo služobných úloh alebo v priamej súvislosti s ich plnením; alebo ak vznikla fyzickej osobe uvedenej v § 17 ods. 2 zákona o sociálnom poistení pri činnostiach uvedených v tomto ustanovení alebo v priamej súvislosti s týmito činnosťami. Choroba z povolania je aj choroba, ktorá bola zistená pred jej zaradením do zoznamu chorôb z povolania, najviac tri roky pred dňom jej zaradenia do tohto zoznamu.

Ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť fyzickej osobe, má podozrenie, že jej ochorenie súvisí s vykonávanou prácou, odošle ju na vyšetrenie lekárovi s odbornou spôsobilosťou na výkon špecializovaných pracovných činností v špecializačnom odbore pracovné lekárstvo, špecializačnom odbore klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia alebo špecializačnom odbore dermatovenerológia so sídlom najbližšie k miestu pracoviska fyzickej osoby (27). Odborný lekár sa rozhoduje na základe posúdenia zdravotného stavu pacienta a odborného stanoviska z prešetrenia pracovných podmienok a vykonávanej práce daného pacienta, ktoré vypracoval príslušný orgán verejného zdravotníctva, a vypracuje lekárske posudok o uznaní prípadne neuznaní choroby z povolania.

Pre ochorenie COVID-19 u zdravotníckych pracovníkov, pracovníkov laboratórií, ale tiež opatrovateľov, by bolo možné aplikovať položku číslo 24 Zoznamu chorôb z povolania – Infekčné choroby a parazitárne choroby okrem tropických infekčných chorôb a parazitárnych chorôb a chorôb prenosných zo zvierat na ľudí, ktorú možno zís-

kať pri „vyšetrovaní a opatrovaní osôb tam, kde je preukázateľný styk s týmito chorobami alebo s infekčným materiálom, ako súčasť plnenia pracovných úloh alebo činností“ (28). Uvedené by sa nevzťahovalo napr. na vodičov vozidiel záchranej služby, prípadne na personál hospicov, resp. zdravotníckych zariadení, ktorí nerealizujú vyšetrovanie či opatrovanie, hoci sa v blízkosti (potenciálne) infekčných osôb pohybujú pri výkone práce.

Pracovnoprávne dosahy uznania choroby z povolania budú závisieť od priebehu ochorenia, od jeho dlhodobých dôsledkov na zdravie a prípadne zmeny pracovnej schopnosti zamestnanca vykonávať doterajšiu prácu.

Jednorazové odškodnenie

Na preklenutie nepriaznivej finančnej situácie rodiny, ktorá je spôsobená stratou príjmu poškodeného, ktorý zomrel v dôsledku pracovného úrazu alebo choroby z povolania, sa poskytuje manželovi, manželke a nezaopatrenému dieťaťu poškodeného jednorazové odškodnenie. Manželka/manžel a nezaopatrené deti poškodeného si nárok uplatnia podaním žiadosti o túto úrazovú dávku v pobočke Sociálnej poisťovne. Maximálna výška sumy jednorazového odškodnenia manžela alebo manželky od 1. januára 2021 je 58 712,30 eur a rovnako maximálna suma úhrnu súm jednorazového odškodnenia nezaopatrených detí od 1. januára 2021 je 58 712,30 eur. Suma jednorazového odškodnenia manžela alebo manželky v konkrétnom prípade je 730-násobok denného vymeriavacieho základu poškodeného a je určená maximálnou sumou pre každý kalendárny rok (29). Nakoľko ide o úrazovú dávku, nemôžu si ju uplatniť príbuzní osoby, ktorá nebola úrazovo poistená.

Vláda SR 17. marca 2021 schválila návrh zákona, ktorým sa v súvislosti s druhou vlnou pandémie ochorenia COVID-19 menia a dopĺňujú niektoré zákony z oblasti zdravotníctva. Podľa návrhu, príbuzní zdravotníkov, ktorí zomreli na ochorenie COVID-19 po nakazení sa v práci, mali dostať od štátu odškodné vo výške 58 712,30 eur. Odškodnenie sa malo vyplácať aj spätne. Na jednorazové odškodnenie mali mať podľa návrhu ná-

rok manželka či manžel a deti zomretého zdravotníckeho pracovníka, prípadne jeho rodičia. Malo ísť o tých zdravotníkov, ktorí poskytovali alebo zabezpečovali zdravotnú starostlivosť na území SR, poskytovali ošetrovateľskú starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb alebo v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, alebo ak išlo o lekára vykonávajúceho pitvu, prehliadajúceho lekára, vodiča záchranej zdravotnej služby alebo vodiča dopravnej zdravotnej služby (30). Národná rada SR však 30. marca 2021 návrh zákona schválila bez tohto jednorazového odškodnenia. Podľa medializovaných informácií by sa odškodné malo riešiť v osobitnom legislatívnom návrhu tak, aby nárok na odškodné mali aj príbuzní opatrovateľov, zároveň v pôvodnom návrhu chýbali podmienky, za akých má k odškodňovaniu dôjsť (31). Zatiaľ takýto návrh do NR SR predložený nebol.

Problémy de lege lata

Úrazový príplatok slúži na dorovnanie rozdielu medzi príjmom zo zárobkovej činnosti pred vznikom choroby z povolania a nemocenského, respektíve náhrady príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca. Úrazový príplatok si nemôže nárokovať zamestnanec, ak má diagnostikované podozrenie na ochorenie COVID-19 (diagnóza U07.2), avšak nebol uznaný za práceneschopného. Taktiež sa nárok nevzťahuje na situáciu, ak zamestnanec má diagnostikované podozrenie na ochorenie COVID-19 a nebol uznaný za práceneschopného, avšak práceneschopným bol uznaný člen jeho domácnosti, ktorý sa od tohto zamestnanca mohol infikovať. Nárok na úrazový príplatok nemožno uplatniť ani v prípade, ak zamestnávateľ nepotvrdí súvislosti vzniku ochorenia COVID-19 s výkonom zamestnania jeho zamestnanca. Taktiež bude vylúčené priznať úrazový príplatok v prípade zamestnanca uznaného za dočasne práceneschopného z dôvodu ochorenia COVID-19 mimo krízovej situácie. Problematické je tiež viazanie vzniku nároku na existenciu krízovej situácie.

Ak zamestnávateľ nárok na úrazový príplatok v súvislosti s COVID-19 nepotvrdí, podmienky nároku na úrazový príplatok sa môžu posudzovať na

základe uznania choroby z povolania. Zamestnávateľ však nemá zákonom uloženú povinnosť takého potvrdenie zamestnancovi vydať – výnimkou je právnická osoba, u ktorej sú vykonávané činnosti vymedzené v §17 ods.2 zákona o sociálnom poistení.

Slovenský odborový zväz zdravotníctva a sociálnej práce, ktorý združuje vyše 18 000 zamestnancov, resp. jeho odborové organizácie pôsobiace v zdravotníckych lôžkových zariadeniach na prelome februára a marca 2021 realizovali prieskum, z ktorého vyplynulo, že zamestnávateľia, často veľké nemocnice, odmietajú potvrdzovať zamestnancom, že ochoreli na COVID-19 na pracovisku napriek tomu, že príplatok vypláca Sociálna poisťovňa (32).

Dávky úrazového poistenia si nemôžu nárokovat osoby, ktoré nie sú úrazovo poistené, ani pozostalí po týchto osobách.

Záver a návrhy

V roku 2004 sa uskutočnila rozsiahla reforma zdravotníctva a boli zavedené trhové prvky, napr. prvok ziskovosti. Uvedené sa nepriaznivo podpísalo pod finančné aj personálne zdroje poskytovania zdravotnej starostlivosti (33). Je úlohou pracovného práva zabezpečiť spravodlivé pracovné podmienky, ktoré zabezpečia existenčnú istotu a dôstojnosť a súčasne eliminujú diskriminačné prvky v pracovnoprávných vzťahoch (34). Je úlohou odbornej verejnosti v najširšom poňatí viesť odbornú diskusiu o skvalitnení pracovných podmienok, ktoré zabezpečia dôstojný život pracovníkom v zariadeniach zdravotnej a sociálnej starostlivosti a ich rodinám. Sociálna spravodlivosť je morálnym imperatívom pre celú spoločnosť. Je potrebné prijať systémové opatrenia, ktoré reálne posilnia ochranu sociálnych práv zamestnancov v zdravotníctve a v zariadeniach sociálnej starostlivosti. Jedným z takýchto opatrení by mohlo byť doriešenie sociálnej ochrany pracovníkov kritickej infraštruktúry a zaradenie aj sociálnych

pracovníkov medzi pracovníkov kritickej infraštruktúry. Ďalším opatrením by mohol byť zákon, ktorý by komplexne a bez administratívnych bariér riešil odškodňovanie resp. kompenzáciu profesionálnej expozície SARS-CoV-2, bez potreby zložito dokladovať vznik nároku, a takým spôsobom, aby vznik nároku nebol viazaný na vyhlásenie krízovej situácie. Kompenzácia rizika, resp. dôsledkov profesionálnej nákazy SARS-CoV-2 by mala byť dostupná aj ambulantným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, čo súčasná právna úprava neumožňuje.

Autorka i spoluautorka sa oboznámili s pravidlami publikačnej etiky a nie je im známa žiadna prekážka na publikovanie textu.

Literatúra

- Office for National Statistics. Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales: deaths registered between 9 March and 28 December 2020. Statistical bulletin. 5 January 2021. online. Dostupné z: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregisteredbetween9marchand28december2020>
- European Public Service Union. The COVID-19 death toll of health and care workers continues to rise. 18 March 2021. online. Dostupné z: <https://www.epsu.org/article/covid-19-death-toll-health-and-care-workers-continues-rise>
- Baig AM. Chronic COVID syndrome: Need for an appropriate medical terminology for long-COVID and COVID long-haulers. *J Med Virol* 2021;1-2. DOI: 10.1002/jmv.26624
- Európska sociálna charta (revidovaná). Oznámenie Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky č. 273/2009 Z. z.
- Článok 11. Európska sociálna charta (revidovaná).
- Článok 22. Európska sociálna charta (revidovaná).
- Článok V., písmeno F. Európska sociálna charta (revidovaná).
- Barancová H, Olšovská M, Hamulák J, Dolobáč M. Slovenské pracovné právo. 1. vyd. Bratislava : Sprint 2. 2019: s. 62.
- Zákon č. 311/2001 Z. z. v znení neskorších predpisov.
- Zákon č. 124/2006 Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v znení neskorších predpisov.
- Zákon č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v znení neskorších predpisov.
- Zákon č. 125/2006 Z. z. o inšpekcii práce a o zmene a doplnení zákona č. 82/2005 Z. z., v znení neskorších predpisov.
- Nariadenie vlády SR č.83/2013 Z. z. z 3. apríla 2013 o ochrane zdravia zamestnancov pred rizikami súvisiacimi s expozíciou biologickým faktorom pri práci, v znení neskorších zmien.
- Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2000/54/ES z 18. septembra 2000 o ochrane pracovníkov pred rizikami súvisiacimi s vystavením biologickým faktorom pri práci, v znení neskorších zmien.

- Capíková S. Odborové organizácie a ochrana zdravia zdravotníckych pracovníkov (nie len) v čase pandémie COVID-19. In: Míňniky práva v stredoeurópskom priestore 2021. Zborník príspevkov z konferencie. Bratislava: Právnická fakulta Univerzity Komenského (v tlači).
- Dolobáč M. a kol. Vybrané otázky sociálneho práva EU, s. 183.
- §4 ods.3 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení, v znení neskorších zmien.
- §17 ods. 2 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení.
- § 293fca ods. 4 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení.
- Článok 13, zákon č. 130/2021 Z. z.
- § 293fek ods.2 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení.
- Národný inšpektorát práce. Je COVID-19 pracovným úrazom alebo iným ochorením súvisiacim s prácou? Online. Dostupné z: <https://www.ip.gov.sk/je-covid-19-pracovnym-urazom-alebo-inym-ochorenim-suvisiacim-s-pracou/>
- §33 - § 38 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení.
- Barancova H, Olšovská M, Hamulák J, Dolobáč M. Slovenské pracovné právo. 1. vyd. Bratislava : Sprint 2. 2019: s. 535.
- Barancova H, Olšovská M, Hamulák J, Dolobáč M. Slovenské pracovné právo. 1. vyd. Bratislava : Sprint 2. 2019:537-538.
- § 8 ods. 2 a 3 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení.
- §31a ods.1 zákona 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov (zákon o verejnom zdraví), v znení neskorších predpisov.
- Bod 24, príloha č.1. zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení.
- § 94 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení.
- Príbuzní zdravotníkov po úmrtí na COVID-19 by mali dostať odškodnenie. 17. marec 2021. Online. Dostupné z: <https://www.teraz.sk/slovensko/pribuznych-zdravotnikov-po-umrti-na/535481-clanok.html>
- Poslanci schválili balík noviel v súvislosti s druhou vlnou pandémie. 30. marec 2021. Online. Dostupné z: https://www.teraz.sk/slovensko/nrsr-schvalila-balik-noviel-v-suvisto/538601-clanok.html?utm_source=teraz&utm_medium=organic&utm_campaign=click&utm_content=%253Bsearch
- Szalay A. Dočkajú sa zamestnanci covidových príplatkov k PN a OČR? 16. 3. 2021. Online. Dostupné z: <http://soz-zass.com/dockaju-sa-zamestnanci-covidovych-priplatkov-k-pn-a-ocr/>
- Nováková M. Lesk a bieda slovenského zdravotníctva. Bratislavské právnické fórum 2013 [elektronický zdroj]. Bratislava : Univerzita Komenského, Právnická fakulta, 2013. - ISBN 978-80-7160-365-8. - S. 1557-1563 [CD ROM].
- Nováková M. Humanizácia jednotlivca a spoločnosti prácou. In: Opus laudat artificem: pocta prof. JUDr. Helene Barancovej, DrSc., 1. vyd. Trnava : Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2019:396-405.

Mgr. et Mgr. Silvia Capíková, PhD.

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky
Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave
Sasinkova 2, 813 72 Bratislava
silvia.capikova@fmed.uniba.sk



Postoje a vedomosti študentov ošetrovateľstva o hospicovej a paliatívnej starostlivosti

PhDr. Jana Čapková, PhD., PhDr. Iveta Vidi, PhD., PhDr. Alena Dziacka, PhD.

Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva, Trnava

Sestra, ktorá poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť nevyliciteľne chorým a zomierajúcim, musí byť schopná rozpoznať fyzické, psychické, sociálne a duchovné symptómy, naplánovať efektívne ošetrovateľské intervencie na ich zmiernenie a zároveň byť schopná porozumieť tomu, čo umierajúci a jeho rodina prežíva. Len vzdelaná sestra, ktorá oplýva pozitívnym postojom k zomierajúcim pacientom a ich rodinám, môže poskytnúť kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť pacientovi a jeho blízkym. Cieľom príspevku je prezentácia hodnotenia záujmu a pripravenosti študentov ošetrovateľstva pre poskytovanie kvalitnej, špecifickej terminálnej starostlivosti. Analyzovali sme postoje a vedomosti študentov ošetrovateľstva v bakalárskom štúdiu. Na hodnotenie sme zvolili dotazník vlastnej konštrukcie.

Kľúčové slová: postoje, vedomosti, študenti, paliatívna a hospicová ošetrovateľská starostlivosť, bazálna stimulácia, zomieranie

Attitudes and knowledge of nursing students about hospice and palliative care

A nurse who provides nursing care for the terminally ill and the dying must be able to recognize the physical, mental, social and spiritual symptoms, plan effective nursing interventions to alleviate them, and at the same time be able to understand what the dying and his family are going through. Only an educated nurse who influences a positive attitude towards dying patients and their families can provide quality nursing care to the patient and his loved ones. The aim of the paper is to present an evaluation of the interest and readiness of nursing students to provide quality, specific terminal care. We analyzed the attitudes and knowledge of nursing students in the bachelor's study. For the evaluation, we chose a questionnaire of our own design.

Key words: attitudes, knowledge, students, palliative and hospice nursing care, basal stimulation, dying

Paliat. med. liec. boles., 2021;14(1-2e):21-24

Úvod

Problematika zomierania a smrti bola vždy predmetom záujmu ľudí ako laikov, tak i zdravotníckych pracovníkov. V tejto súvislosti vzniká otázka, ktorá sa týka záujmu a pripravenosti sestier na poskytovanie kvalitnej špecifickej ošetrovateľskej, rešpektujúcej, terminálnej starostlivosti.

Zomieranie je posledné štádium vývoja človeka. Je neoddeliteľnou súčasťou ľudského života, záverečnou fázou, ktorá trvá rôzne dlhý čas. Z biomedicínskeho hľadiska sa chápe ako terminálne štádium, obdobie, keď zlyhávajú vitálne funkcie (dýchanie a krvný obeh), dôsledkom čoho nastáva smrť. Zomieranie spôsobuje zomierajúcemu ako aj jeho príbuzným strach zo smrti, uvedomenie si vlastnej smrteľnosti (Mareková, Kráľová, Poliaková, 2019).

Paliatívna starostlivosť bola do systému zdravotnej starostlivosti v Európskom kontexte zaradená do programu už na Parlamentnom zhromaždení Rady Európy v deklarácii č. 1418 z roku 1999 o "Ochranu ľudských práv a dôstojnosti terminálne chorých

a zomierajúcich." Touto deklaráciou boli zároveň vlády a politici členských krajín Európskej únie vyzvaní na podporu vzdelávania a výskumu v oblasti paliatívnej starostlivosti, nakoľko počet ľudí vyžadujúcich paliatívnu starostlivosť neustále narastá (O organizaci paliativní péče, 2003, 8-9).

Od sestry, ktorá poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť nevyliciteľne chorým a zomierajúcim, sa vyžaduje tzv. paliatívny prístup. Paliatívny prístup znamená poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v kontexte využívania vedomostí a schopností súvisiacich so starostlivosťou o pacienta v štádiu zomierania. Sestra by mala byť schopná rozpoznať deficit v oblasti fyzických, psychických, sociálnych a duchovných potrieb pacienta, naplánovať efektívne ošetrovateľské intervencie zohľadňujúce zmiernenie utrpenia umierajúceho, ale i jeho rodiny, či iných ošetrujúcich osôb.

Za negatívami umierania v lôžkových nemocničných a sociálnych zariadeniach sú podľa našich osobných skúseností najčastejšie tieto dôvody: neosobný prístup personálu; nedostatočné zohľad-

nenie potrieb pacienta; zaťažujúce diagnostické a liečebné procedúry; pacienti majú často strach, že budú zomierať osamotene; nie sú vytvorené podmienky na dôstojné umieranie; nezabezpečenie intimity pacienta; pacientom a ich rodinám nie je poskytnutá adekvátna emocionálna a sociálna podpora; hlučná nemocničná prevádzka, atď.

Cieľ

Cieľom prieskumu bolo zistiť postoje a vedomosti študentov odboru ošetrovateľstvo na Trnavskej univerzite v Trnave v oblasti paliatívnej a hospicovej starostlivosti z hľadiska hodnotenia záujmu a pripravenosti študentov ošetrovateľstva na poskytovanie kvalitnej, špecifickej terminálnej starostlivosti u umierajúcich pacientov.

Metódy a prieskumný súbor

Na zisťovanie úrovne vedomostí a postojov sme použili výskumný nástroj – dotazník vlastnej konštrukcie. Otázky zamerané na zisťovanie postojov pozostával z 10 výrokov škálovaných podľa Likerta (1932) od áno (1) do neviem po-

Tabuľka 1. Postoje u študentov 1. a 2. ročníka denného štúdia**POSTOJE**

	áno	skôr áno	asi nie	nie	neviem posúdiť
1. Nemocnica alebo sociálne zariadenie znamená pre umierajúceho „istotu pri umieraní, že mu bude poskytnutá adekvátna starostlivosť pri umieraní“	19(%)	17(%)	15(%)	25(%)	22(%)
2. Paliatívna/hospicová starostlivosť je protikladom eutanázie	10(%)	29(%)	18(%)	25(%)	17(%)
3. Neúspešná, kvalitu života znižujúca chemoterapia by sa mala ukončiť	10(%)	14(%)	11(%)	20(%)	43(%)
4. Viem sa postarať o umierajúceho chorého	11(%)	14(%)	27(%)	35(%)	11(%)
5. Viem vhodne komunikovať s umierajúcim/s pozostalými	16(%)	11(%)	24(%)	35(%)	12(%)
6. O otázkach umierania a smrti je potrebné v rodinách prirodzene hovoriť	25(%)	54(%)	14(%)	0(%)	5(%)
7. Každý, kto si to želá, by mal umierať v domácom prostredí	27(%)	45(%)	13(%)	4(%)	9(%)
8. V individuálnych prípadoch súhlasím s eutanáziou	2(%)	17(%)	39(%)	12(%)	28(%)
9. Som vyrovnaná/ý s vlastnou „smrteľnosťou“	20(%)	58(%)	15(%)	0(%)	7(%)
10. Prijal/a by som v oblasti paliatívnej a hospicovej starostlivosti viac odborných informácií	25(%)	33(%)	31(%)	9(%)	0(%)

Tabuľka 2. Vedomosti u študentov 1. a 2. ročníka denného štúdia**VEDOMOSTI**

	áno	skôr áno	asi nie	nie	neviem posúdiť
11. Každému pacientovi by sa malo povedať, že umiera	11(%)	13(%)	29(%)	21(%)	24(%)
12. Nevyhnutnou súčasťou paliatívnej starostlivosti je aj starostlivosť o príbuzných/pozostalých	10(%)	22(%)	19(%)	33(%)	14(%)
13. Vyčerpanie a únava sú hlavným dôvodom na odmietanie stravy chorého	17(%)	17(%)	24(%)	9(%)	31(%)
14. Bolesť je zo strany chorého najčastejším dôvodom na odmietanie starostlivosti	10(%)	22(%)	28(%)	4(%)	34(%)
15. Umierajúci nikdy nesmie zostať sám	35(%)	20(%)	18(%)	0(%)	25(%)
16. Dobrovoľníci sú neoddeliteľnou súčasťou paliatívneho/hospicového tímu	10(%)	27(%)	11(%)	20(%)	30(%)
17. Rešpektovanie ľudskej dôstojnosti je hlavným dôvodom odmietania legalizácie eutanázie vo väčšine štátov sveta	21(%)	4(%)	20(%)	13(%)	40(%)
18. Prvá reakcia chorého na informáciu o nevyliciteľnej chorobe je impulzívna, odmieta prijať pravdu, izoluje sa, nechce komunikovať	17(%)	26(%)	11(%)	0(%)	44(%)
19. Fázami umierania podľa Kübler-Rossovej súbežne s chorým prechádzajú aj jeho príbuzní	5(%)	23(%)	23(%)	0(%)	47(%)
20. Aj v terminálnom štádiu ochorenia je možné do ošetrovateľskej praxe aplikovať vybrané prvky bazálnej stimulácie (iniciálny dotyk, upokojujúci/povzbudzujúci kúpeľ, masáž stimulujúca dýchanie a pod.)	17(%)	32(%)	11(%)	18(%)	20(%)

súdiť (5). Vedomosti študentov sme zisťovali pomocou desiatich výrokov opäť hodnotených podľa Likerta od áno (1) do neviem posúdiť.

Prieskum sme vykonávali v období jún – september 2021. Dotazník vyplnilo 140 respondentov z toho 98 študentov ošetrovateľstva 1. a 2. ročníka denného bakalárskeho štúdia a 42 študentov 1. a 2. ročníka externého štúdia ošetrovateľstva. Z toho bolo absolventmi SZŠ v študijnom odbore ZA/PS v dennej forme štúdia 52 študentov, v študijnom odbore farmaceutický laborant 5 študentov, 1 študent v študijnom odbore zubný asistent a 1 v odbore masér. Prieskumu sa ďalej zúčastnili 17 absolventi gymnázia a 14 študentov – absolventov iných stredných odborných škôl. V externej forme štúdia dotazník vyplnilo 36 absolventov strednej zdravotníckej školy, absolventmi gymnázia boli 4 študenti a 7 študentov bolo absolventmi inej strednej odbornej

školy. Prieskumnú vzorku tvorilo 134 žien a 6 mužov.

Výsledky**Postoje študentov ošetrovateľstva denného štúdia ošetrovateľstva v problematike umierania**

Výsledky prieskumu naznačujú (tabuľka 1) pomerne vysokú mieru neschopnosti respondentov posúdiť (vyjadriť svoj názor) pri jednotlivých položkách. Výnimku tvoria položka 6 (na otázku či sa má v rodinách prirodzene hovoriť o smrti „áno“ odpovedá 25 % respondentov, „skôr áno“ 54 % respondentov), položka 7 (na otázku týkajúcej sa umierania v domácom prostredí 27 % respondentov odpovedá, že „áno“, 45 % „skôr áno“) a položka 9 (v otázke vyrovnania sa s vlastnou smrteľnosťou 24 % respondentov odpovedá „áno“, až 64 %

„skôr áno“). V položke 10 odpovedá „áno“ 25 %, „skôr áno“ 33 % a „skôr nie“ 31 % respondentov na otázku, či by prijali viac odborných vedomostí v oblasti paliatívnej a hospicovej starostlivosti.

Postoje respondentov môžu byť ovplyvnené vekom respondentov (absolventi denného štúdia ošetrovateľstva), nízkym počtom osobných skúseností v oblasti umierania (47 respondentov je absolventom SZŠ v odbore zdravotnícky asistent/praktická sestra, 5 v odbore farmaceutický laborant, 1 zubný asistent, 1 masér. Dotazník vyplnilo aj 24 absolventov gymnázia a 14 absolventov inej strednej odbornej školy).

Vedomosti študentov ošetrovateľstva denného štúdia o umieraní

Výsledky prieskumu (tabuľka 2) ukazujú, vzhľadom na častý výber položiek „neviem posúdiť“, „nie“, „asi nie“, na

Tabuľka 3. Postoje u študentov 1. a 2. ročníka externého štúdia

	áno	skôr áno	asi nie	nie	neviem posúdiť
1. Nemocnica alebo sociálne zariadenie znamená pre umierajúceho „istotu pri umieraní, že mu bude poskytnutá adekvátna starostlivosť pri umieraní“	7 (16,66 %)	26 (61,92 %)	1 (2,38 %)	8 (19,04 %)	0
2. Paliatívna/hospicová starostlivosť je protikladom eutanázie	4 (9,52 %)	26 (61,90 %)	7 (16,66 %)	5 (11,90 %)	0
3. Neúspešná, kvalitu života znižujúca chemoterapia by sa mala ukončiť	8 (19,04 %)	11 (26,19 %)	8 (19,04 %)	12 (28,57 %)	5 (11,90 %)
4. Viem sa postarať o umierajúceho chorého	8 (19,04 %)	7 (16,66 %)	13 (30,95 %)	6 (14,28 %)	4 (9,52 %)
5. Viem vhodne komunikovať s umierajúcim/s pozostalými	18 (42,85 %)	8 (19,04 %)	10 (23,80 %)	2 (4,76 %)	4 (9,52 %)
6. O otázkach umierania a smrti je potrebné v rodinách prirodzene hovoriť	6 (14,28 %)	30 (71,42 %)	6 (14,28 %)	0	0
7. Každý, kto si to želá, by mal umierať v domácom prostredí	18 (42,85 %)	14 (33,33 %)	10 (23,80 %)	0	4 (9,52 %)
8. V individuálnych prípadoch súhlasím s eutanáziou	2 (4,76 %)	9 (21,42 %)	17 (40,47 %)	10 (23,80 %)	7 (16,66 %)
9. Som vyrovnaná/ý s vlastnou „smrteľnosťou“	12 (28,57 %)	18 (42,85 %)	8 (19,04 %)	2 (4,76 %)	2 (4,76 %)
10. Prijal/a by som v oblasti paliatívnej a hospicovej starostlivosti viac odborných informácií	32 (76,19 %)	10 (23,80 %)	10 (23,80 %)	0	0

Tabuľka 4. Vedomosti u študentov 1. a 2. ročníka externého štúdia

	áno	skôr áno	asi nie	nie	neviem posúdiť
11. Každému pacientovi by sa malo povedať, že umiera	10 (23,80 %)	17 (40,47 %)	4 (9,52 %)	8 (19,04 %)	3 (12,5 %)
12. Nevyhnutnou súčasťou paliatívnej starostlivosti je aj starostlivosť o príbuzných/ pozostalých	18 (42,85 %)	14 (33,33 %)	6 (14,28 %)	0	0
13. Vyčerpanie a únava sú hlavným dôvodom na odmietanie stravy chorého	4 (9,52 %)	10 (23,80 %)	18 (42,85 %)	3 (12,5 %)	7 (16,66 %)
14. Bolesť je zo strany chorého najčastejším dôvodom na odmietanie starostlivosti	7 (16,66 %)	19 (45,23 %)	9 (21,42 %)	2 (4,76 %)	5 (11,90 %)
15. Umierajúci nikdy nesmie zostať sám	10 (23,80 %)	12 (28,57 %)	4 (9,52 %)	2 (4,76 %)	4 (9,52 %)
16. Dobrovoľníci sú neoddeliteľnou súčasťou paliatívneho/hospicového tímu	9 (21,42 %)	15 (35,71 %)	15 (35,71 %)	0	0
17. Rešpektovanie ľudskej dôstojnosti je hlavným dôvodom odmietania legalizácie eutanázie vo väčšine štátov sveta	8 (10,04 %)	14 (33,33 %)	4 (9,52 %)	0	16 (38,09 %)
18. Prvá reakcia chorého na informáciu o nevyliciteľnej chorobe je impulzívna, odmieta prijať pravdu, izoluje sa, nechce komunikovať	10 (23,80 %)	27 (64,28 %)	0	0	5 (11,90 %)
19. Fázami umierania podľa Kübler-Rossovej súbežne s chorým prechádzajú aj jeho príbuzní.	6 (14,28 %)	20 (47,61 %)	8 (19,04 %)	0	8 (19,04 %)
20. Aj v terminálnom štádiu ochorenia je možné do ošetrovateľskej praxe aplikovať vybrané prvky bazálnej stimulácie (iniciálny dotyk, upokojujúci/povzbudzujúci kúpeľ, masáž stimulujúca dýchanie a pod.)	5 (11,90 %)	17 (40,47 %)	3 (12,58 %)	2 (4,76 %)	15 (35,71 %)

nedostatok vedomostí v oblasti paliatívnej a hospicovej starostlivosti u študentov 1. a 2. ročníkov denného štúdia ošetrovateľstva. Výsledky prieskumu môžu byť ovplyvnené nedostatočným zastúpením danej problematiky v osnovách stredných škôl (vrátane SZŠ v študijnom odbore zdravotnícky asistent/praktická sestra), prípadne nedostatočným záujmom o problematiku umierania zo strany respondentov aj vzhľadom na ich pomerne nízky vek.

Postoje študentov ošetrovateľstva externého štúdia ošetrovateľstva v problematike umierania

Na základe analýzy výsledkov prieskumu u respondentov externého štúdia v odbore ošetrovateľstvo (1. a 2. ročníka) môžeme konštatovať, že v po-

rovnani s predošlou skupinou respondentov (tabuľka 1) študenti externého štúdia (tabuľka 3) vykazujú v postojoch v oblasti umierania vyššiu mieru zainteresovanosti v danej problematike. Položku „neviem posúdiť“ označilo len minimálne množstvo respondentov. Na druhej strane je potrebné konštatovať, že na otázku, či by prijali v oblasti paliatívnej a hospicovej starostlivosti viac odborných vedomostí (položka 10) odpovedalo 32 respondentov (76,19 %), „áno“, 10 „skôr áno“ (23,80 %) a 10 „asi nie“ (23,80 %).

Vedomosti študentov ošetrovateľstva externého štúdia o umieraní

Na základe analýzy výsledkov prieskumu u študentov ošetrovateľstva externej formy štúdia (tabuľka 4) môže-

me konštatovať v porovnaní s respondentmi predošlej skupiny (tabuľka 2) vyššiu úroveň vedomostí.

Vedomosti i postoje respondentov (študentov externého štúdia) môžu byť vzhľadom na formu štúdia ovplyvnené vekom, ale i osobnými skúsenosťami v oblasti poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti umierajúcim pacientom (54,76 % respondentov pracuje v zdravotníckom zariadení pri lôžku pacienta).

Záver

Výsledky prieskumu poukazujú na potrebu komplexného vzdelávania študentov ošetrovateľstva v oblasti paliatívneho a hospicového ošetrovateľstva s dôrazom na individuálny prístup a rešpektovanie špecifik ošetrovateľskej starostlivosti u umierajúcich pacientov.

Zároveň môžeme konštatovať, že úroveň vedomostí u študentov ošetrovateľstva v oblasti paliatívnej a hospicovej starostlivosti nie je dostatočná, vyžaduje našu pozornosť a hľadanie alternatív riešenia tohto problému.

Zaradenie predmetu Ošetrovateľstvo v paliatívnej a hospicovej starostlivosti na Trnavskej univerzite v Trnave je jednou z možností ako zvýšiť vedomostnú úroveň študentov ošetrovateľstva a podrobiť analýze postoje študentov v problematike umierania.

Literatúra

- Blimenthal-Barby K. a kol. Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich. Martin: Osveta 1988. 240 s.
- Mareková A, Králová E, Poliaková N. Poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti blízkym príbuzným zomierajúceho pacienta. Zdravotnícke listy 2019;7(2).
- Nemcová J. Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva, 2013. 77 s.
- Nemcová J, Miertová M, Ovšonková A, et al. Vybrané aspekty umierania a smútenia. Paliatívna medicína a liečba bolesti. 2016;(1):18-20.
- O organizaci paliatívni péče. Doporučení Rec. (2002) 24 Výboru Ministrů Rady Evropy členských státům, přijaté Výborem Ministrů 12. listopadu 2003. [on-line]. Cesta domů, 2004.

[cit.2021-10-8]. Dostupné na internete: www.cestadomu.cz/rozvoj-paliativni-pece-v-cr.html

Veselská M, Dobříková P. Starostlivost o zomierajúcich – doma a v hospici. Národný portál zdravia. [Online]. 2021. [Cit. 2021-10-01]. Dostupné na: <https://www.npz.sk/>

PhDr. Jana Čapská, PhD.

Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Katedra ošetrovateľstva, Trnava
jana.capska@truni.sk

Strata u sekundárnych opatrovateliek: perspektíva vnučiek, ktorých staré mamy zomreli na demenciu

Mgr. et Mgr. Annamária Antalová¹, Mgr. Zuzana Kaššaiová, PhD.², Bc. Kristína Hořeňovská¹

¹Ústav aplikovanej psychológie, Fakulta sociálnych a ekonomických vied, Univerzita Komenského v Bratislave

²Ústav experimentálnej psychológie, Slovenská akadémia vied, Centrum spoločenských a psychologických vied, Bratislava

Demencia zasahuje do života diagnostikovanej osoby a ovplyvňuje aj širší okruh ľudí, do ktorého patria primárni aj sekundárni opatrovatelia. Sekundárni opatrovatelia poskytujú osobám s demenciou taktiež starostlivosť, a primárnych opatrovateľov svojou činnosťou odbremeňujú. Tvoria skupinu, ktorej sa výskumne venuje málo pozornosti. Cieľom nášho výskumu bolo zachytiť zážitok straty sekundárnych opatrovateľov, ktorý vzniká v dôsledku demencie. S piatimi zdravotníkmi, ktoré sa v minulosti starali o svoje staré mamy s demenciou, sme uskutočnili pološtruktúrované rozhovory, ktoré sme podrobili interpretatívnej fenomenologickej analýze. Koncipovali sme tri témy: 1) Premena vzťahu so starou mamou, 2) Opatrovanie ako morálna povinnosť a 3) Demencia a smrť.

Kľúčové slová: sekundárni opatrovatelia, demencia, strata, stará mama

Secondary caregivers' experience of loss: The perspective of granddaughters whose grandmothers died from dementia

Dementia is a disease that interferes with the life of the diagnosed person and affects a whole range of people, such as primary and secondary caregivers. Secondary caregivers provide care for people with dementia and unburden primary caregivers. However, secondary caregivers have received relatively little research attention. The aim of the study was to ascertain secondary caregivers' subjective experience of loss related to dementia. Semi-structured interviews were conducted with five health professionals who had cared for grandmothers with dementia. Through interpretative phenomenological analysis, we conceived three main themes: 1) Changing relationship with grandmother, 2) Caregiving as a moral obligation, and 3) Dementia and death.

Key words: secondary caregivers, dementia, loss, grandmother

Paliat. med. lieč. boles., 2021;14(1-2e):25-29

Úvod

Demencia je zastrešujúci pojem označujúci poruchy spôsobené abnormálnymi zmenami mozgu, ktoré spúšťajú pokles kognitívnych schopností. Tento pokles v neskorších štádiách narúša bežné, samostatné fungovanie človeka (1). Podľa World Alzheimer Report (2), demencia v súčasnosti postihuje 47,47 milióna ľudí a predpokladá sa, že v roku 2050 dosiahne táto hodnota 130 miliónov. Demencia intenzívne zasahuje nielen do života osoby, ktorá má ochorenie, ale aj do fungovania jeho blízkeho sociálneho okolia. Pozornosť sa venuje najmä primárnym opatrovateľom, ktorí sa často považujú za sekundárnych pacientov (3). Skúmajú sa stresové faktory, ktorým sú vystavení, ako aj záťaž, ktorú v dôsledku opatrovania zažívajú (4). Významným faktorom pre mieru subjektívne zažívanej záťaže pri opatrovaní je sociálna opora a fungovanie rodiny (5), v čom hrajú dôležitú rolu tzv. sekundárni opatrovatelia, ktorí pri starostlivosti vypomáhajú a odbremeňujú primárneho opatrovate-

ľa. Sekundárnymi opatrovateľmi bývajú blízke osoby primárneho opatrovateľa, ktorí poskytujú menej pomoci ako primárni opatrovatelia a ich aktivita sa považuje skôr za doplnkovú (6). Gaugler et al. (7) zistili, že sekundárni opatrovatelia síce vykonávajú odlišné aktivity, ale svoje zdravie hodnotia rovnako negatívne. Novší výskum taktiež poukazuje na ich klinicky významný distress, ktorý sa nelíši signifikantne od distressu primárnych opatrovateľov (8). Sekundárni opatrovatelia vidia a zažívajú všetky zmeny, ktoré sa v dôsledku demencie odohrávajú, no dostáva sa im menej výskumnej pozornosti, najmä ak ide o výskumy sledujúce ich prežitú skúsenosť. V tejto práci by sme chceli tento nedostatok aspoň v malej miere kompenzovať. Cieľom nášho výskumu bude pochopiť zážitok straty sekundárnych opatrovateľov, keď sa v rodine vyskytne demencia.

Výskumná vzorka a metóda

Výskumnú vzorku tvorilo 5 participantiek, vo veku 24 až 31 rokov, s kto-

rými sa realizovali pološtruktúrované rozhovory cez internet. Otázky sa týkali vzťahu sekundárnych opatrovateliek a osôb s demenciou a ich prežívania. Dáta boli zbierané v decembri a januári 2020/21, v rámci zadania záverečnej práce. Dáta boli zbierané s dodržaním zásad Helsinského dohovoru. Participantí boli oslovení cez sociálne siete a na výskume participovali bez nároku na finančnú odmenu. Rozhovory boli s ich súhlasom nahrávané a následne doslovne prepísané. Na zachytenie skúsenosti sme na prepísaných rozhovoroch realizovali interpretatívnu fenomenologickú analýzu (IPA) (9).

Výsledky

S využitím interpretatívnej fenomenologickej analýzy sme koncipovali tri témy. Téma *Premena vzťahu so starou mamou* vypovedá o strate starostlivej starej mamy a o súčasnom zachovaní citovej väzby k nej. Obsahuje podtémy: Zmena pôvodných vzťahových rolí; Diagnóza prináša porozumenie; Zachovaná láska

a silná citová väzba. Téma *Opatrovanie ako morálna povinnosť* hovorí o stratách opatrovateliek, ktoré súvisia s vykonávaním aktu opatrovania. Starostlivosť rodinu zaťažuje, ale zároveň je splnením morálneho záväzku, ktorý ich aj naplňa. Podtémy v rámci tejto témy sú: Zmena pre rodinu a Naplnenie cez splnenú morálnu povinnosť. Tretia téma, *Demencia a smrť*, hovorí o prepojení demencie a smrti. Obsahuje dve podtémy: Demencia je smrť pred smrťou a Fyzická smrť znamená vykúpenie z demencie.

Premena vzťahu so starou mamou

Vstupom demencie do rodiny sa pôvodná starostlivá stará mama mení na závislú osobu a vnučky strácajú milujúcu opateru. Popri fyzickej starostlivosti prichádzajú aj o pozitívny záujem zo strany starej mamy. Okrem závislosti sú pre demenciu typické aj také zmeny v správaní a prežívaní, ktoré sú zdrojom mnohých nepríjemností. Vedomie toho, že ide o chorobu, je významným krokom k porozumeniu. Vďaka nemu môžu vnučky nepríjemné správanie starej mamy prerámcovať v kontexte demencie, čo napomáha k zachovaniu, resp. znovuvytvoreniu pozitívnej emocionality voči starej mame. Hlboká citová väzba medzi vnučkou a starou mamou pretrváva aj v najťažších fázach demencie.

Zmena pôvodných vzťahových rolí

Všetky participantky opisovali starú mamu pozitívne ako rodičovskú figúru, ktorá sa o ne starala a podieľala sa na ich výchove. Prvá participantka, ktorá podobne ako ostatné participantky, považovala svoj vzťah so starou mamou za blízky a starú mamu považovala aj za svoju učiteľku:

„Akože povedala by som, že prakticky ako osoba, ktorá ma spolu s mojimi rodičmi vychovávala, čiže ten vzťah bol veľmi taký blízky aj osobný, že... A k tomu vzťahu no, neviem čo by som ešte tak dodala, lebo bol fakt blízky akože učila sa so mnou, strávili sme spolu aj voľný čas, v podstate ma priviedla k nemčine, lebo bola ...ona bola karpatská Nemka, takže ma naučila rozprávať po nemecky odmaľička. Takže...takže asi tak.“

Nástupom demencie sa pôvodná rodičovská rola starej mamy vytrácala. Starostlivá stará mama z dôvodu demencie nebola schopná vykonávať činnosti, ktoré boli pre ňu typické a tvorili dôležitú súčasť vzťahu s vnučkou. Participantka číslo 3 opisovala bolesť, ktorú táto zmena starej mame spôsobila:

„...ona si veľmi zakladala na tom, že vždy keď som ešte v tom prváku chodila do Martina, tak ona mi vždy navarila veľmi veľa. No a tým, že sa jej začali diať tieto veci, ona sa stala neschopnou, že nemohla sama fungovať, ona mala strašnú lútosť voči tomu... potom začala byť apatická.“

Participantka číslo 2 zmenu videla v klesajúcom autentickom a pozitívnom záujme starej mamy a v oploštenej komunikácii:

„Bola to určite aj zmena v tom, že vlastne kým ešte babka bola tak úplne zdravotne v poriadku, tak...hmmm.. chodil tam človek aj tak inak psychologicky nastavený, že sme sa porozprávali o všetkých možných veciach, aj babka si vlastne všetko pamätala, pýtala sa na kadečo, no a už postupne ako tá demencia nastupovala, tak už vlastne ...nechcem povedať že to bola aj pre nás psychická záťaž, aj keď teda svojim spôsobom čiastočne bola, ale už aj tie konverzácie boli iné, proste viac-menej stále sme hovorili o tom istom, keď už babka si nepamätala... a snažili sme sa aj tak pripomínať vlastne čo sa dialo, kto som, a čo študujem trebárs a takéto veci, ale teda uvedomovali sme si tú zmenu samozrejme.“ (participantka 2)

Diagnóza prináša porozumenie

Všetky vnučky uvádzali, že demencia spôsobila vážne zmeny v správaní a prežívaní starej mamy. Zdieľali pohľad, že išlo o príznaky ochorenia, za ktoré daná osoba nemohla. Prvá participantka uvádzala, že kým nevedela, že ide o demenciu, pociťovala, že sa jej vzťah z dôvodu zmeny starej mamy narušil. Vo svetle diagnózy demencie sa zmeny po čase stali pre ňu akceptovateľné. Jej porozumenie, ktoré nastalo vďaka diagnóze, sa prejavilo aj v citovej rovine, keď voči babke prestala cítiť hnev.

„No... kým si človek uvedomí, že je to choroba tak to určite bolo vzájomné, taká tá... samozrejme, pri tých konfliktoch taká tá pri tých konfliktoch túžba mať

pravdu, človek sa predsa nenechá teraz keď má pravdu... tak bojuje za to v tých rozhovoroch a hádkach ... určite som cítila ten hnev, ale postupom času človek príde na to teda, že je to choroba a akceptuje to... musí sa s tým naučiť žiť. No je to smutné, lebo chvíľku to fakt mne osobne trvalo, kým som sa s tým zmierila, respektíve som si fakt uvedomila, že aké je to vážne a hlavne že tá osoba za to nemôže, že to síce ...sa jednoducho správa takýmto spôsobom, ale nemôže za to.“

Participantky číslo 2, 3, 4 a 5 vypovedali o epizódach v správaní starej mamy, počas ktorých sa stará mama akoby stala niekým iným. Dištinkcia nepríjemného správania od osoby starej mamy v ich prípade mohla byť prostriedkom na to, aby sa puto medzi nimi a starými mamami zachovalo. Participantka číslo 3 inakosť starej mamy počas tejto epizódy vyjadrila výrazmi ako „zmenený stav“ alebo, že babka sa po epizóde „vrátila k sebe“. Participantka číslo 2 hovorila o „nepríjemných“ vs. „svetlých chvíľkach“, starej mamy, keď so starou mamou nebol možný kontakt. Spomínala aj fázy vlastného hnevu, ktoré časom vďaka porozumeniu ustúpili.

„Určite tam bola taká fáza hnevu, alebo sme sa aj na tú babku veľa razy... však hnevali, aj keď neprávom, lebo teraz vidím, že za to nemohla... ale že tiež sme si na to museli zvyknúť a prijať to.“

Zachovaná láska, silná citová väzba

Všetky participantky vypovedali, že napriek demencii a zmenám, ktoré sa s ňou spájajú, isté spojenie sa medzi nimi a starými mamami zachovalo.

Participantka číslo 1 zažívala výkyvy starej mamy, a aj konflikty, no napriek tomu neprestávala mať pocit, že ju stará mama miluje. V prípadoch, keď opisovala fázy, v ktorých ju jej stará mama obviňovala, vyjadrila sa k láske od starej mamy smerom k sebe kladne, ale s negáciou. Naznačoval to existujúci rozpor medzi zraňovaním a láskou, ktoré koexistovali.

„Čiže tam boli aj zmeny emócií alebo pocitov z jej strany voči Vám? (odmietavo) „To si nemyslím, že by mňa a ostatných vyslovene nemala rada, skôr nás považovala za takých nevďačných alebo

tak ...ako keby sme ju možno sklamali alebo ...ťažko povedať ako to ona vnímala, lebo o tom sme sa úplne nerozprávali, ale ta mienka o nás by som povedala, že sa zhoršila práve kvôli tej podozrievavosti a paranoji, ale nemyslím si, že by nás nemala rada... takže asi tak.“

Láska bola zachovaná aj smerom od nej ku starej mame, a taktiež bola vyjadrená negatívne:

„...ale tiež by som nepovedala, že som ju prestala mať rada, to nie, ale určite som cítila ten hnev.“

Participantka číslo 4 opisovala puto medzi ňou a starou mamou cez radosť starej mamy, a výrazné prejavu emócií v ťažkých fázach demencie. Rovnako ako city starej mamy zostali zachované voči nej, aj ona pociťovala nezmenenú lásku.

„Asi tým že mala veľmi silnú citovú väzbu na mňa a na sestru, tak veľmi dlho nás rozoznávala, dokonca by som povedala, že keď sme ju prišli navštíviť aj všetko... keď už bola aj v takých veľmi zlých stavoch, že už nevedela ani rozprávať len... hmm... vždycky, keď sme proste prišli, tak bolo na nej vidno, že ako sa teší, že aj keď to už neprejavila takým spôsobom normálnym, že ako normálny zdravý človek, že jeej, ahoj, teším sa, že tá vidím a neviem čo, lebo ona už ani vtedy nevedela rozprávať, ale skôr na tej mimike, na tých gestách bolo vidieť, že je rada a sa akože začala smiať a spievať si pesničky také veselé...(smiech)... taký ten citový vzťah tam bol veľmi dlho aj keď tie kognitívne funkcie už vyhasli, že už nevedela rozprávať ani nič, ale stále, keď sme prišli, tak sa tak ako keby rozžiarila, že v tomto jej to veľmi dlho zostalo.“

„A prejavili sa nejaké zmeny u Vás voči nej?“ „Podľa mňa ani veľmi nie, možno skôr tak, že som ju viacej ľutovala a bolo mi ľúto, že je chorá a že ten náš vzťah nemôže fungovať naplno, ako keby bola zdravá, ale stále tam bola taká tá naša silná citová väzba, že nejak mám pocit, že sa to nezmenilo aj potom, keď už bola chorá. Aj keď boli také tie epizódy, že bola agresívna, ale to... ja som to brala tak, ako že je to súčasť jej choroby a nie súčasť jej skutočnej osobnosti, nejak ma to neovplyvnilo. Akože hej, bála som sa potom s ňou byť sama, ale nejak som jej to nevyčítala.“

Participantka číslo 5 sa vyjadrovala s istou mierou neistoty ohľadne citov starej mamy k nej, avšak jej náklonnosť voči sebe pociťovala.

„Neviem, človek keď si to zo začiatku tak uvedomoval, tak boli tam predtým zmeny správania, hlavne že sa viac-krát nahnevala alebo ju hocičo vytočilo, ale nemyslím si, že... nepociťovala som, že by ma mala menej rada... no a potom už tam boli stavy, keď si celý čas myslela, že ja som jej sestra mladšia, takže vtedy ma nespoznávala, ale bola ku mne milá, hej, jednoducho. Čiže tak úplne povedať, či ku mne niečo cítila menej vtedy alebo nie, tak to neviem, to sa nedá.“

Pozitívny vzťah a úcta k starej mame tejto participantky boli vyjadrené aj tým, že situácie, keď sa na starú mamu hnevala, opisovala s dištancom od seba. Nehovorila o sebe v prvej osobe jednotného čísla, ale vo všeobecnosti, ako o človekovi.

„Najhoršie to bolo fakt, keď mala tie stavy svojej zúrivosti a nechcela nič urobiť alebo chcela niekde ísť, tak vtedy to fakt... vtedy človek aj kričal na ňu a vtedy to bolo najnáročnejšie. Keď boli situácie, že som bola veľmi vystresovaná z toho, tak som sa snažila iba vyrozprávať a poštážovať sa v rámci rodiny.“

Opatrovanie ako morálna povinnosť

Opatrovanie človeka s demenciou prináša zmeny nielen v oblasti prežívania a emocionality, ale aj v každodennom fungovaní. Napriek tomu, že vykonávanie opatrovania predstavuje náročnú činnosť, rodina sa jej ujíma a prevláda predstava, že je to to najlepšie existujúce riešenie.

Zmena pre rodinu

Starostlivosť o osobu s demenciou zasahovalo do životov vnučiek čiastočne. Aj napriek tomu, že pre vnučky nebola typická záťaž z opatrovania, uvedomovali si jeho náročnosť:

„Určite, ak by som to musela robiť tak, že by som nestíhala nejaké moje povinnosti, trebárs do školy, alebo že by to nejak výraznejšie zasahovalo do môjho času, tak by to bolo náročnejšie, ale takto nie, nemala som s tým problém.“ (1. participantka)

Istá miera obmedzenia bola prítomná vo forme straty možnosti voľne sa pohybovať bez prechádzajúcej diskusie, o čo prichádzali kvôli zmene režimu v domácnosti a kvôli nutnosti prispôbiť sa potrebám osoby s demenciou. Stratu zažívali aj cez absenciu spoločných rodinných aktivít a relaxu, v rámci čoho im chýbali najmä plánované rodinné dovolenky.

„Tak ste videli, hej, že jednoducho človek musí tam byť pri nej 24 h, aby niekde neodišla. Tým pádom rodičia, hej, neboli, ani jednak sa nedali plánovať nejaké dovolenky alebo niečo takéto. Takže bola tam fakt ako 24h starostlivosť z tohto hľadiska.“ (5. participantka)

Participantky si pritom uvedomovali, že primárny opatrovateľ nesie ťažšie bremeno ako ony. S tým súvisela špeciálna záťaž vnučiek, ktorá bola spôsobená stresom a správaním primárneho opatrovateľa, ktorá bola pre ne blízka osoba.

„Tak zasahovalo to hlavne v rámci rodinného života, moju maminu to strašne štvalo, že ona je v takomto stave. Mamina nervozita ovplyvňovala celú rodinu. Potom skôr psychicky.“ (3. participantka)

Naplnenie cez splnenú morálnu povinnosť

Napriek tomu, že demencia prináša negatívnu zmenu, participantky sa zhodli v tom, že o osobu s demenciou sa má starať rodina. Participantka číslo 1 vyzdvihovala význam domácej starostlivosti v súvislosti s rešpektovaním individuality odkázanej osoby.

„No (dlhá pauza) ...hmm, na záver to už bolo skôr trápenie, že... ako aj pre nás, ale aj pre ňu. Ťažko povedať, čo ten človek cíti, ale... človek vidí zmysel, lebo má rád toho človeka, ale nelepsi sa to, zhoršuje sa to, takže je to také trápenie, by som povedala. Cítila som sa utrápená z toho aj kvôli starej mame, ale aj kvôli mojej mame, ktorá sa teda o ňu starala, tiež dosť intenzívne, hlavne ona, lebo nemá ďalších súrodencov, čiže aj tých ostatných rodinných príslušníkov mi bolo čoraz viac ľúto a bolo mi aj ľúto to, že vedeli sme, že ak ju teda umiestnime do nejakého zariadenia, tak jednoducho akokoľvek tam bude dobre, tak tá starostlivosť asi nebude stačiť, pretože taký

človek si vyžaduje individuálnu starostlivosť a teda... že, do kedy to zvládneme, hlavne mama.“

Participantka 2, podobne ako participantka číslo 5, taktiež hovorili o dôležitosti domáceho prostredia pre osobu s demenciou:

„Ale snažili sme sa vlastne tak čo najdlhšie udržať, aby mohla byť babka vo svojom domácom prostredí, lebo si myslím, že to je pre tých ľudí také najdôležitejšie.“ (2. participantka)

Tretia participantka, na rozdiel od predchádzajúcich, nepocitovala záväzok voči starej mame, ale povinnosť pomôcť svojej mame, ktorá bola primárnou opatrovatelkou.

„Zo začiatku som to brala v pohode, ale tým, že sa stav začal zhoršovať... začalo ma to hnevať. Začalo ma hnevať to, že každá nedela je monotónna. Keď prišiel covid, sme normálne boli radi, že sme polroka nešli do domova dôchodcov. Čiže po čase to bola z núdze cnosť a že treba pomôcť mamine.“

Demencia a smrť

Vo výpovediach participantiek bola demencia prepojená so smrťou dvomi spôsobmi. Jednak boli prítomné znaky toho, že demenciu považovali za istú formu smrti, za jej analógiu. Na strane druhej, robili jasný rozdiel medzi demenciou a smrťou tým, že smrť považovali za vykúpenie pre starú mamu z utrpenia.

Demencia je smrť pred smrťou

To, že demencia môže predstavovať v istom zmysle smrť, vyjadrujú explicitne výroky 1. participantky, podľa ktorej demencia zanecháva len prázdnu telesnú schránku človeka.

„A videla som, že postupne ako keby z toho človeka, ktorý ma teda vychovával a sa mi teda takto venoval, s ktorým som mala taký blízky vzťah, tak ako z neho nič neostáva, že je tu jednoducho len nejaká telesná schránka a všetky tie... proste tie charakteristické nejaké črty postupne sa strácali, čiže v podstate minulý rok, keď zomrela, teda, tak som si tak uvedomila že... my sme ju stratili oveľa dávnejšie, že... (dlhá pauza) už pred nejakým časom.“

Toto ponímanie bolo implicitne prítomné v tých výrokoch participan-

tek, ktoré vyjadrovali ich pasívnu pozíciu a bezmocnosť voči demencii:

“Tým, že som to študovala, som ako keby tak vnímala to správanie, a bolo mi to ľúto, ale na druhej strane som vedela, že s tým nič nespravím.” (5. participantka)

„A ako ste prežívali potom ten priebeh demencie?“ „Viete, ono tým, že to trvalo niekoľko rokov, tak človek tak ani nevie, že ako sme si na celú tu situáciu nejak navykli, aj teda sme sa s tým naučili nejak fungovať.“ (2. participantka)

Fyzická smrť znamená vykúpenie z demencie

S výnimkou participantky číslo 5, všetky vnučky hovorili o úľave, ktorú zažívali pri smrti starej mamy. Participantka 1 hovorila o úľave z rôznych dôvodov, avšak za najvýraznejšiu považovala úľavu od sledovania utrpenia blízkej osoby:

„Cítite sa teda teraz lepšie alebo cítite úľavu?“ (rozhodne) „Určite áno, hmm, nielen kvôli starostlivosti, ale aj kvôli tomu, hmm, sledovaniu toho úpadku toho človeka ako jeho osobnosti, ako z neho nič neostáva, ako sa strácajú jeho povahové črty, a hmm vlastnosti, ktoré na ňom máte radi. To vám prichádza strašne ľúto, že vidíte toho človeka odchádzať, aj keď telesne je stále s vami a je to náročné, takže z tohto hľadiska cítim úľavu.“ (1. participantka)

Podobne to mali aj participantky 3 a 4, podľa ktorých kvalita života v posledných fázach demencie je minimálna.

„To už nebol život pre babku.“ (3. participantka)

V prípade participantky číslo 5 sa úľava nevyskytovala vôbec. Mohlo to súvisieť s tým, že participantka považovala úľavu za protiklad ľútosti.

„Ja som to ťažko znášala. A že niečo také, že úľavu alebo z takéhoto hľadiska som necítila. Práveže by som bola veľmi rada, keby ešte bola. Osobne. Takže v tomto som nejak necítila úľavu, ale skôr mi to bolo ľúto. Nemenila by som ten čas strávený s babkou a keby ešte je, tak by som bola rada.“

Výroky tejto participantky môžu poukazovať na to, že pocit bolesti, ktorý pociťuje z dôvodu straty milovanej osoby, nie je kompatibilný so žiadnym

pozitívnym prežívaním, preto sa úľava buď nevyskytuje vôbec, alebo len čiastočne.

Diskusia

Vstup demencie do života postihnutej osoby a jej rodiny predstavuje mnoho negatívnych zmien, ktoré znamenajú stratu pre každú dotknutú osobu. Vnučky stratu zažívali v oblasti vzťahu, rodinného a osobného života a demenciu inherentne spájali so smrťou. Vo vzťahu medzi osobami s demenciou a ich opatrovatelmi sa mení vyváženosť a reciprocita (10). Chan et al. (11), hovoria o anticipačnom smútení opatrovateľov, ktoré vzniká v dôsledku série strát, ktoré zažívajú vo vzťahu s osobou s demenciou. Naše výsledky sú v časti v súlade s týmito zisteniami. Sekundárne opatrovatelky pociťujú zmenu vo vzťahu s opatrovanou osobou, ale dôležité je, že i napriek zmenám zostáva zachované silné citové puto. Potvrdená diagnóza demencie môže byť pre opatrovateľov v tejto situácii aj zdrojom úľavy a porozumenia. Ďalšiu výraznú oblasť straty predstavujú zmeny, ktoré súvisia s vykonávaním opatrovania. V prípade primárnych opatrovateľov, akt opatrovania znamená značnú záťaž, ktorá sa prejaví tak vo fyzickom, ako v psychickom zdraví (4, 12, 13). Záťaž, v zmysle straty osobného voľna a času venovanej rodine, sa potvrdila aj v rámci nášho výskumu. Dôležité je spomenúť, že popri záťaži boli prítomné aj pozitíva vyplývajúce zo splneného morálneho záväzku, čo je v zhode s výsledkami Folleovej et al. (14), podľa ktorých opatrovateľov napĺňa pocit splneného záväzku, empatie a reciprocitu. V rámci nášho výskumu, smrť bola s demenciou prepojená dvoma spôsobmi. Participantky vypovedali o tom, že demencia je v istom zmysle analógiou smrti. Práve preto, strata je inherentnou súčasťou demencie. Korešponduje to so zistením Karner a Bobitt-Zehner (15), podľa ktorých blízki ľudia osoby s demenciou môžu mať pocit, že ich vzťah s postihnutou osobou skončil, a to i napriek tomu, že osoba s demenciou nezomrela. Ďalšiu väzbu demencie na otázku smrti predstavuje pocit úľavy, ktorý prichádza reálnou smrťou, keď sa opatrovatelia už nemusia prizerať utrpeniu ich milovanej osoby.

Záver

Sekundárni opatrovatelia/opatrovatelky predstavujú málo pozorovanú skupinu medzi demenciou dotknutými osobami. Naša práca poukazuje na to, že napriek tomu, že nevykonávajú toľko aktivít pri opatrovaní ako primárni opatrovatelia, stratu v dôsledku demencie zažívajú v mnohých sférach. Negatívne zmeny u nich nastávajú v rovine vzťahov, rodinného a osobného života. Za významné považujeme to, že sekundárni opatrovatelia aj napriek nepriaznivým okolnostiam zažívajú pozitívne stránky vzťahu s osobou s demenciou, pocitujú naplnenie zo splneného morálneho záväzku a sú oporou pre primárnych opatrovateľov, ako aj pre osoby, ktoré demencia priamo postihuje.

Všetci spoluautori článku sa oboznámili s pravidlami publikačnej etiky a vyhlasujú, že nie je žiadna prekážka na publikovanie článku.

Literatúra

1. Alzheimer's association. What is dementia? Symptoms, Causes & Treatment. Available from: <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia> [online] 2021.
2. Prince M, Wimo A, Guerchet M, et al. World Alzheimer Report 2015 The Global Impact of Dementia An analysis of prevalence. ADI, London. 2015.
3. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. Dialogues in clinical neuroscience. 2009;11(2):217-228.
4. Fonareva I, Oken BS. Physiological and functional consequences of caregiving for relatives with dementia. International psychogeriatrics. 2014;26(5):725-747.
5. Chiou CJ, Chang HY, Chen IP, et al. Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2009;48(3):419-424.
6. Tennstedt SL, McKinlay JB, Sullivan LM. Informal Care for Frail Elders: The Role of Secondary Caregivers. The Gerontologist, 1989;29(5):677-683.
7. Gaugler JE, Mendiondo M, Smith CD, et al. Secondary dementia caregiving and its consequences. American journal of Alzheimer's disease and other dementias. 2003;18(5):300-308.
8. Gonçalves-Pereira M, Zarit SH, Cardoso AM, et al. A comparison of primary and secondary caregivers of persons with dementia. Psychology and Aging, 2020;35(1):20-27.
9. Smith JA, Osborn M. Interpretative phenomenological analysis. In Smith JA, ed. Qualitative Psychology: A practical guide to research methods. London: Sage, 2008:53-80.
10. Wadham O, Simpson J, Rust J, Murray C. Couples' shared experiences of dementia: a meta-synthesis of the impact upon relationships and couplehood. Aging & mental health, 2016;20(5):463-473.
11. Chan D, Livingston G, Jones L. et al. Grief reactions in dementia carers: A systematic review. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2012;28(1):1-17.
12. Vitaliano PP, Zhang JP, Scanlan, JM. Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health? A Meta-Analysis. Psychological Bulletin, 2003;129(6):946-972.
13. Kotradyová K. Determinanty charakterizujúce život opatrovateľa starajúceho sa o jedinca s Alzheimerovým ochorením. Kontakt. 2018;20(1):74-82.
14. Folle AD, Shimizu HE, Naves JOS. Social representation of Alzheimer's disease for family caregivers: stressful and rewarding. Revista Da Escola De Enfermagem USP. 2016;50(1):79-85.
15. Karner TX, Bobbitt-Zeher D. Losing Selves: Dementia Care as Disruption and Transformation. Symbolic Interaction. 2011;8(4):549-570.

Mgr. et Mgr. Annamária Antalová

Ústav aplikovanej psychológie
Fakulta sociálnych a
ekonomických vied UK
Mlynské Luhy 4, 821 05 Bratislava
annamaria.antalova@fses.uniba.sk



Činnosť tímu podpurné a paliatívnej péče Fakultní nemocnice Ostrava

Martina Vzorková, DiS., Jana Kapošváryová, Mgr. Marcel Koňarík, MBA, MUDr. Jarmila Kušnírová, Mgr. Jarmila Ozdincová, PhDr. Andrea Polanská, MBA, ThLic. Václav Tomiczek, Ph.D., Mgr. Markéta Večerková
Fakultní nemocnice Ostrava

Cílem předkládaného článku je představit poslání paliativního týmu Fakultní nemocnice v Ostravě. V textu vycházíme z obecně platných definic i z materiálů Ministerstva zdravotnictví ČR v oblasti paliativní péče ve zdravotnických zařízeních. Prezentujeme na obecné rovině postupy v komunikaci s pacientem jak v rámci Ambulance podpurné a paliativní péče, tak také v rámci paliativního konzilia na jednotlivých klinikách FNO.

Klíčová slova: paliativní péče, týmová práce, psychická podpora, konzultace

Activities of the support and palliative care team of the University Hospital Ostrava

The aim of the presented article is to present the mission of the palliative team of the University Hospital in Ostrava. The text is based on generally valid definitions as well as on the materials of the Ministry of Health of the Czech Republic in the field of palliative care in medical facilities. At a general level, we present procedures in communication with the patient both within the Ambulance of supportive and palliative care, as well as within the palliative councils at individual hospital clinics.

Key words: palliative care, teamwork, psychical support, consultation

Paliat. med. liec. boles., 2021;14(1-2e):30-31

Při uchopení pojmu paliativní péče, jak ji budeme užívat v rámci tohoto článku, jsme se drželi definice Světové zdravotnické organizace (1), v níž se pod paliativní péčí rozumí „celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc již nereaguje na kurativní léčbu“. V této souvislosti je zásadní léčba bolesti a dalších symptomů nemoci, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných i jejich rodin. Přes takto široce chápané pojetí, bývá paliace v obecném povědomí stále redukována pouze na hospicovou péči.

S vědomím toho, že stále nejvíce lidí umírá v nemocničním prostředí, a že se jedná ve velké míře o pacienty s chronickými onemocněními, rostou v poslední době i v rámci České republiky snahy o implementaci paliativní péče do nemocničního prostředí. Je to jistě podpořeno dobrou praxí stávajících hospiců, ale také zájmem lékařů a ošetřujícího personálu o zkvalitnění poskytované péče v rámci celostního přístupu k pacientovi. Velkým krokem v této záležitosti je také podpora Ministerstva zdravotnictví ČR (MZČR), které v roce 2017 vypsal projekt „Podpora paliativní

péče“ (2), v jehož rámci již existují konkrétní výstupy a především dokument „Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení“ (3) z roku 2019. MZČR pro tyto potřeby spustilo i webové stránky www.paliativa.cz. Tyto iniciativy přinášejí již v relativně krátkém období značný efekt, kdy na základě dotazníku MZČR ze září 2020 vyplynulo, že 40 nemocnic v ČR deklaruje existenci týmu paliativní péče, 18 nemocnic má ambulanci paliativní medicíny a v 11 nemocnicích se nacházejí lůžka paliativní péče. Oproti roku 2018 je zřejmý nárůst v první položce o 12,5%, ve druhé o 90% a ve třetí o 22% (4).

Ambulance podpurné a paliativní péče (specializovaná ambulance odbornosti 720 – paliativní medicína (3)) byla ve Fakultní nemocnici Ostrava (FNO) otevřena v prosinci 2018, přičemž příprava konceptu této ambulance i celého paliativního týmu trvala téměř rok. U zrodu myšlenky paliativní ambulance stáli náměstkyně pro ošetrovatelskou péči PhDr. Andrea Polanská, MBA a staničnická sestra kliniky hematologie Mgr. Marcel Koňarík, MBA.

Tým Ambulance podpurné a paliativní péče (paliativní tým) se skládá ze šesti členů. Jsou jimi lékař (algeziolog

a paliatr), dvě paliativní sestry, sociální pracovník, psycholog a nemocniční kaplan.

Provoz ambulance je zajištěn od pondělí do pátku v čase od 7:00 do 15:30. Pondělí a pátek jsou dny konzultační, kdy je přítomna pouze paliativní sestra, po zbylé dny je přítomen lékař a další členové týmu. Ambulantní péče se zaměřuje na včasné zhodnocení a nastavení léčby tělesných symptomů, tvorbu plánu péče a edukaci nejen pacientů ale i pečujících. Péče o pacienty v paliativní ambulanci je časově velmi náročná, a to z důvodu šíře jejich potřeb ve spektru bio – psycho – sociální a spirituální oblasti. Hodnocení potřeb je důležitou prioritou paliativní péče plynoucí z její definice. Zejména proto, že nedostatečná saturace potřeb výrazně snižuje kvalitu života umírajícího pacienta. Poskytování citlivé péče respektující potřeby pacientů chápaných v holistickém pojetí je jednou z důležitých etických norem v péči o umírající pacienty (5). Pacient potřebuje prostor na sdílení svých potíží nejen tělesných, ale i duševních, psychických a sociálních. Každý nový pacient má vyhrazen čas v délce 60 minut, přesto to není vždy dostačující. Při dalších kontrolních návštěvách je čas na pacienta stanoven na

30 minut. Pokud stav pacienta vyžaduje, mohou být aplikovány analgetické nebo rehydratační infuze. V rámci ambulance je možnost ošetřit chronické nebo onkologické rány a intravenózní žilní vstupy.

Součástí práce paliativního týmu FNO je i konziliární činnost napříč celou nemocnicí, která je definována jako „specializovaná paliativní péče pacientům hospitalizovaným v zařízení akutní a následné lůžkové péče a jejich blízkým na základě žádosti ošetřujícího lékaře“ (3), přičemž jsou poskytovány dva typy konzilií. Prvním je „paliativní konzilium“ – na toto konzilium přichází paliativní lékař se sestrou. Po vyšetření a rozhovoru s nemocným lékař doporučí úpravu medikace. Sestra vyhodnotí škálu závažnosti symptomů dle ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) (3) a na základě šetření, může doporučit konzultaci s nutričním specialistou, psychologem a nemocničním kaplanem. Dále řeší s pacientem a rodinou možnosti následné péče. Druhým typem je „zdravotně sociální konzilium“ – na toto konzilium přichází sociální pracovník a paliativní sestra. Společně řeší následnou péči, sociální příspěvky, zajištění kompenzačních pomůcek apod. Součástí konzilií jsou taktéž telefonické

i osobní konzultace s rodinami pacientů a psychická podpora.

Vzhledem k progresi nemoci pacienta obsahuje činnost paliativního týmu taktéž nezbytný úkol spočívající v síťování následných služeb, které se již nacházejí mimo možnosti týmu samotného. Pro Ostravu a okolí se nabízí možnost předat pacienta do tří mobilních a dvou lůžkových hospiců. Často je však jejich kapacita přeplněna a možnosti předat pacienta dále se značně zužují. Z tohoto důvodu paliativní tým úzce spolupracuje i s agenturami domácí péče, které jsou schopny si pacienta na přechodnou dobu do péče převzít za spolupráce praktických lékařů.

Paliativní péče je poměrně mladý obor a okruh jeho zájmu v podvědomí společnosti stále vzbuzuje strach a obavy. Z tohoto důvodu je důležitá edukace jak zdravotnického personálu, tak i široké veřejnosti. Velmi nás tedy těší to, že i prostřednictvím tohoto článku můžeme přispět k větší popularizaci paliativních týmů v nemocničním prostředí. Fakultní nemocnice Ostrava deklaruje, že základním cílem jejího úsilí je kvalitně léčený a spokojený pacient (6). Je nám proto ctí, že tým podpůrné a paliativní péče může k tomuto cíli také nemalou měrou přispívat.

Autoři se seznámili s pravidly publikační etiky a potvrzují, že neexistuje žádná překážka k publikování předloženého článku.

Literatura

1. Vorlíček J, Adam Z, et al. Paliativní medicína. 1. vyd. Praha: Grada, 1998: s. 19.
2. MZČR. Informace o projektu podpora paliativní péče. [online] [cit. 2021-10-27]. Dostupné na internetu: <<https://www.mzcr.cz/informace-o-projektu-podpora-paliativni-pece-zvyseni-dostupnosti-zdravotnich-sluzeb-v-oblasti-paliativni-pece-v-nemocnicich-akutni-a-nasledne-pece>>.
3. Sláma O, et al. Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Praha: MZČR, 2019. [online] [cit. 2021-10-27]. Dostupné na internetu: <<https://paliativa.cz/podpora-paliativni-pece-v-nemocnicich/dokumenty-ke-stazeni>>.
4. Sláma O, et al. Dotazníkový průzkum dostupnosti specializované paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče v ČR. [online] [cit. 2021-10-27]. Dostupné na internetu: <<https://paliativa.cz/podpora-paliativni-pece-v-nemocnicich/pro-odbornou-spolecnost/paliativni-pece-v-nemocnicich-je-pro>>.
5. Bužgová R. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2015: s. 12.
6. FNO. Poslání. [online] [cit. 2021-10-27]. Dostupné na internetu: <<https://www.fno.cz/poslani>>.

Martina Vzorková, DiS.

Fakultní nemocnice Ostrava
Ambulance podpůrné a paliativní péče
17. Listopadu 1790/5, 708 52 Ostrava-Poruba,
Česká republika
martina.vzorkova@fno.cz

Správa z 9. ročníka Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti v Trnave

Mgr. Diana Horniaková

Hospic Rafael, Bratislava

Paliat. med. liec. boles., 2021;14(1-2e):32-34

Predsedníctvo hlavnej sekcie, prim. Dr. Škripeková a prof. Dr. Dobříková



Prednáška prim. Dr. Škripekovej a spoluautorov



Dňa 16. októbra 2021 sa konal IX. ročník Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti v priestoroch Hotela Holiday Inn v Trnave a popoludní aj v priestoroch Trnavskej Univerzity v Trnave. Hlavní organizátori a garanti konferencie – prof. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD., prof. Daniel J. West, Jr., PhD., FACHE, FACMPE, MUDr. Andrea Škripeková, PhD. a MUDr. Kristína Križanová – srdečne privítali viac ako 200 odborníkov, z toho 150 prítomne a 62 online v priamom prenose v hlavnej sekcii a ošetrovateľskej sekcii. Primárnym cieľom každoročne organizovanej konferencie je podpora a rozvoj činností hospicov, zdieľanie informácií a poukázanie na potrebu paliatívnej starostlivosti na Slovensku. Aj tento ročník priniesol najnovšie poznatky odborníkov z domova a zahraničia pri zabezpečovaní čo najďôstojnejších podmienok pre zomierajúcich a poskytol mnohé podnety

pracovníkom v praxi aj na úrovni rozvoja a podpory paliatívnej a hospicovej starostlivosti na Slovensku. Podujatia tohto typu sú vždy mimoriadnym zdrojom inšpirácie a podnecujú otázky a výzvy, ako na Slovensku aplikovať a rozvíjať tie aspekty, ktoré sú v niektorých iných krajinách veľmi nápomocné, no u nás zatiaľ nie sú dostupné. Táto konferencia je veľmi dôležitá a profesorka Patricia Dobříková z Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity a profesor Daniel J. West z University of Scranton na nej pracujú už dlhé roky.

V hlavnej predpoludňajšej sekcii prezentoval model nemocnice v domácich podmienkach profesor Daniel J. West. Pri tomto modeli starostlivosti je pacient prepustený z nemocnice do domáceho prostredia ako súčasť liečebného procesu, ktorý prináša mnohé

výhody, ako napríklad skrátenie dĺžky liečby alebo zníženie nákladov na liečbu. Profesor Szydłowski odprezentoval príspevok týkajúci sa možnosti uplatnenia princípov mindfulnessu v lekárskej starostlivosti o onkologických pacientov. Mindfulness, alebo všímavosť, sa vzťahuje na praktiky meditácie, ktoré kultivujú vedomie prítomného okamihu a má veľké výhody pre fyzické aj duševné zdravie tým, že znižuje úroveň úzkosti a stresu, najmä pokiaľ ide o zvládanie závažných a smrteľných chorôb, ktoré môžu byť pre pacientov spúšťačom. Docent Sláma priniesol zaujímavú a v spoločnosti často diskutovanú tému o medicínskom využití liečebného konope u pacientov v paliatívnej starostlivosti. Tému právno-medicínskych aspektov poskytovania paliatívnej starostlivosti na Slovensku vo svojom príspevku predstavila MUDr. Škripeková, PhD. Paliatívna starostlivosť na Slovensku síce zaznamenala za posledné desaťročie určitý pokrok, napriek tomu sa však ukazuje, že väčšina pacientov a ich rodín je často s poskytovanou starostlivosťou nespokojná, pretože stále abscentuje humánny prístup. MUDr. Jasenková nám svojim vstupom priblížila fungovanie detskej paliatívnej starostlivosti na Slovensku a fungovanie organizácie Plamienok, n. o. Posledný vstup hlavnej sekcie patril

Profesor Daniel J. West kvôli pandemickým opatreniam prednášal online



doktorkám Brňovej a Prnovej informujúcich o epidemiologických aspektoch šírenia SARS-CoV2 v zdravotníckych zariadeniach. Okrem vysoko odborných informácií týkajúcich sa spôsobu fungovania a prenosu infekčného ochorenia COVID-19 bol ich príspevok doplnený o cenné odporúčania pre prax pri práci v zdravotníckych zariadeniach.

Nemenej zaujímavými boli aj sekcie posterov, kde bol veľmi podnetným poster z Hospicu Milosrdných sestier v Trenčíne, ktorý poukázal na možnosti špecializovaného sociálneho poradenstva, ktoré realizujú. Inšpirujúce boli aj ďalšie odborné a vedecké príspevky účastníkov popoludní v jednotlivých sekciách – medicínskej, ošetrovateľskej, psychologickkej, sociálnej, spirituálnej a sekcii venovanej manažmentu hospicov. Témy a príspevky boli vysoko erudované a mimoriadne zaujímavé a bolo náročné vyberať najlepšie príspevky z jednotlivých sekcií. Za medicínsku sekciu vyhlásilo predsedníctvo sekcie za najlepší príspevok prezentáciu MUDr. Križanovej o pacientovi s karcinómom sigmy a s geneticky podmienenou motoricko-senzorickou neuropatiou, o ktorého sa staral mobilný hospicový tím. Z konkrétnych skúseností sestier a zároveň erudovaná a na vysokej odbornej úrovni bola kazuistika o interdisciplinárnej paliatívnej starostlivosti Mgr. Kobelovej a PhDr. Znášikovej, ktorá bola vyhlásená za najlepšiu v rámci ošetrovateľskej sekcie. Živá diskusia v sekcii prebiehala hlavne o problematike vzdelávania. Sestry skonštatovali, že by uvítali viac možností vzdelávania sa v danej oblasti a uvítali by špecializáciu v odbore ošetrovateľstvo v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. V sekcii psychologických a spirituálnych aspektov vybralo predsedníctvo ako najlepší príspevok tému posttraumatického rastu u onkologických a hospicových pacientov, ktorú priniesli profesorka Dobříková, Mgr. Horniaková a docentka Dědová. V sekcii venovanej manažmentu bola ocenená MUDr. Slámová s prezentáciou o financovaní a manažmente domácej hospicovej starostlivosti v Českej republike. Dr. Špatenková, PhD., odprezentovala príspevok o komplikovanom trúchlení v sekcii venovanej sociálnym aspektom.

Prednáška doc. Dr. Martuliaka v Medicínskej sekcii



Aj počas prestávky prebiehala odborná diskusia



Popoludňajšia sekcia: Medicína v hospicovej a paliatívnej starostlivosti



Popoludňajšia sekcia: Manažment v hospicovej a paliatívnej starostlivosti



Popoludňajšia sekcia: *Social Aspects and New Challenges in Palliative Care*



Popoludňajšia sekcia: *Psychologické a spirituálne aspekty v hospicovej a paliatívnej starostlivosti*



Túto náročnú problematiku predniesla odborne, výstižne a veľmi zaujímavo. Prednášajúca svojím profesionálnym vystupovaním pokryla tému komplexne, pričom sprostredkovala účastníkom konferencie aj zaujímavé informácie z praxe. Posledná sekcia bola zameraná na poskytovanie hospicovej a paliatívnej starostlivosti v podmienkach prebiehajúcej pandémie ochorenia COVID-19 a s tým súvisiace výzvy do budúcnosti. Predsedníctvo sekcie rozhodlo o prí-

spevku Dr. Oleckej, PhD., ako o najlepšej prednáške sekcie s témou o postojoch ku smrti u pracovníkov geriatrickej starostlivosti v kontexte pandémie COVID-19. Výskum autorov priniesol zaujímavé zistenia a načrtli sa nové pracovné hypotézy pre ďalší výskum.

Konferencia bola zakončená sv. omšou v katedrále sv. Jána Krstiteľa v Trnave.

Predpokladáme, že v roku 2023 nás čaká jubilejný 10. ročník Medzinárodnej

konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Prvý ročník sa konal pred 18-timi rokmi – 26. marca 2003 a bola to v tom období jediná medzinárodná konferencia s holistickým prístupom všetkých zainteresovaných profesií v tejto oblasti na Slovensku. Za uplynulý čas sa rozvoj a fungovanie hospicov a šírenie myšlienky paliatívnej starostlivosti na Slovensku výrazne posunul vpred. Stále je však pred nami obrovský kus práce, ktorá je nevyhnutná na to, aby bolo poskytovanie paliatívnej starostlivosti dostupné pre všetkých. Detabuizovanie témy smrti a komunikácia potreby adekvátnej starostlivosti o zomierajúcich je takisto téma, ktorou sa určite odborná spoločnosť na Slovensku musí zaoberať a približovať a vnášať ju do povedomia ľudí. Vzhľadom na výzvy, môžeme nepochybne očakávať ďalšie významné a inšpiratívne odborné obohatenie paliatívnej starostlivosti na blížiacom sa jubilejnom 10. ročníku Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti.

Mgr. Diana Horniaková
Hospic Rafael
Kutlíkova 15, 851 02 Bratislava

