

lékařů často k otevřené komunikaci o těchto tématech nedochází vůbec, nebo až téměř v posledních dnech života pacienta. Jedná se o zásadní chybu, neboť pacienti, kteří mluví se svým lékařem o svých preferencích konce života, mají lepší kvalitu života v jeho závěru.“ (19). Halamková dále uvádí, že, „komunikační proces mezi lékařem a pacientem je vícerozměrný a zahrnuje vlastní obsah dialogu, emoční složku a neverbální komunikaci“. Je potřeba si uvědomit, že z pohledu lékaře je významnější věcný obsah sdělované informace, z pohledu pacientů má však srovnatelný význam také empatie lékaře a neverbální komunikace (19). Podle doporučených postupů pro resuscitaci by pro zlepšení komunikace a rozhodování o péči v závěru života měli zdravotníci používat komunikační postupy, které podporují vyplnění dříve vysloveného přání a plánů budoucí péče. Je potřeba aktivně zjišťovat hodnoty, přání a cíle pacientů, které by mohly ovlivnit další léčebný postup. Do diskuzí o plánování budoucí péče je třeba zapojit rovněž pacienty anebo rodinné příslušníky. Je nutné ujistit pacienta, že nebude opuštěn, že mu vždy bude poskytnuta symptomatická léčba a že bude nadále podporován v rozhodovacím procesu, ať už bude jeho rozhodnutí jakékoli. Kromě symptomatické léčby je potřeba zajistit pacientovi anebo rodině také psychologickou podporu (20).

Praktický pohled: Etické aspekty rozhodnutí DNR v onkologii

Rozhodnutí nezahájit kardiopulmonální resuscitaci, tedy rozhodnutí DNR v terminální fázi onkologických onemocnění, přináší významná etická dilemata. Na jedné straně stojí úsilí zdravotníků o konání dobra a snižování utrpení pacienta, na druhé straně prodlužování procesu umírání, prodlužování doby utrpení a respektování přání a rozhodnutí pacienta. Bylo provedeno několik výzkumů, které se zabývaly etickými aspekty rozhodování o DNR, jejichž cíli bylo popsat a prozkoumat, jaké etické uvažování uplatňují lékaři a sestry pro péči v onkologii a hematookologii (dále jen sestra) v souvislosti s rozhodnutím DNR, nebo jak rozumí konceptu svých etických kompetencí, aby mohli činit nebo být zapojeni do rozhodování o DNR, případně zda a jak si lze tyto dovednosti osvojit a rozvíjet (21, 22, 23). Příklady etických dilemat v rozhodnutí DNR v onkologii, které výzkumy detekovaly, zahrnovaly: neshody v profesním týmu ohledně konkrétních případů rozhodnutí DNR, rozdílné názory v posuzování rozhodnutí DNR mezi pacienty a příbuznými, dále situace, v nichž rozhodnutí DNR vychází z volby mezi autonomií pacienta a klinickou prognózou nemoci, a v neposlední řadě také situace, v nichž pacient a rodina nebyli lékařem informováni o rozhodnutí DNR (21).

Výsledky výzkumů ukazují, že pro uskutečňování eticky správných rozhodnutí DNR v onkologické a hematologické péči musí lékaři a sestry disponovat vhodnými ctnostmi a musí mít znalosti etických teorií a příslušných klinických doporučení. Dále provedené výzkumy poukázaly na skutečnost, že ve vztahu k rozhodnutím DNR v onkologii je vyžadován zvláštní druh etické kompetence, a to jak pro lékaře, tak pro sestry. Zjištěné kompetence zahrnovaly znalosti, ctnosti a zkušenosti a vědomý přístup k etickým zásadám. Etickou kompetenci ve zdravotnictví lze chápat jako schopnost zvládnout situaci, která zahrnuje etické dilema, adekvátním, eticky odpovědným způsobem. Etické kompetence tvoří

nedílnou součást znalostí, schopností a dovedností jedince nezbytnou pro zodpovědné a samostatné jednání. Podle uskutečněných výzkumů vyžadují etické kompetence zdravotnického personálu tři hlavní aspekty, které už dříve formuloval Eriksson (24): kvalitu charakteru, schopnost jednání a znalosti (being, doing, knowing). Charakter, neboli aspekt bytí, vyžaduje dobré charakterové vlastnosti a jedná se o formu etiky ctností. „Aspekt jednání“ se dovolává kvality jednání v eticky náročných situacích. Ke správnosti jednání slouží aspekt vědění, neboli znalost relevantních pokynů, klinických doporučení a etických principů a teorií, které vedou ke schopnosti zvažování mezi povinnostmi (deontologická etika) a důsledky jednání (utilitaristická etika) (22, 24).

Etické kompetence dále zahrnují schopnost jednat v souladu s etickými úsudky a rozhodnutími. Každé případné odchylení od požadovaných pokynů musí být učiněno po důkladném etickém zvážení. Pro udržování a rozvoj etických kompetencí výzkum akcentoval potřebu vytvoření příležitostí pro reflexi a diskuzi o etických dilematech (22).

Při etickém rozvažování v souvislosti s rozhodnutím DNR byly uplatňovány deontologické i utilitaristické argumenty a zároveň některé aspekty etiky péče. Z etických principů byly akcentovány především snaha nezpůsobit žádnou újmu a nezvýšit utrpení pacientů (princip nonmaleficence) a zajistit umírajícím pacientům důstojné umírání (důraz na lidskou důstojnost, tedy princip autonomie) (23).

Utilitární argumenty byly prezentovány snahou vyhnout se poškození pacientů vyvoláním stresu nebo strachu pacienta při sdělení o rozhodnutí DNR. Z etického hlediska je důležité rozlišovat mezi rozhodnutím, že kardiopulmonální resuscitace není indikovaná, a rozhodnutím, že diskuze o tomto rozhodnutí není pro pacienta žádoucí z důvodu ochrany před stresem. Dále je nutné zdůraznit, že rozhodnutí DNR se týká pouze kardiopulmonální resuscitace a neznamená, že by byla odepřena další relevantní a nezbytná péče. Doporučováno je důsledně zdokumentování diskuzí o předběžném plánování péče, rozhodnutí DNR a rozhodnutí pacienta (23).

Deontologické argumenty zaznamenané během výzkumu se týkaly potřeby jasných principů a povinností provázejících rozhodnutí DNR. V rámci této kategorie byla zdůrazněna práva pacienta na autonomii a na informace s možností vyjádření souhlasu nebo nesouhlasu s rozhodnutím DNR, dále lidská důstojnost a také povinnosti lékaře, které s těmito právy pacienta souvisí (23).

Požadavky etiky péče se ve výzkumu projeví etickým rozvažováním založeným na poskytování dobré péče o umírajícího pacienta. Jednalo se o snahu účastníků výzkumu poskytnout svým pacientům v terminálním stadiu nevléčitelné nemoci klidné a přirozené důstojné umírání. Účastníci výzkumu preferovali výraz „povolit přirozenou smrt“ (allow natural death) místo pojmu DNR. Dalším projevem pečovatelské etiky byla snaha účastníků poskytovat ohleduplnou péči a místo diskuze o DNR upřednostňovali informace o tom, co pro umírajícího pacienta mohou udělat, místo informací o tom, čeho se mají zdržet (23).

Výsledky výzkumů ukázaly, že ve vztahu k rozhodnutím DNR v onkologii lékaři a sestry primárně uplatňovali etické uvažování založené na situaci. Je nutné rozvíjet všechny tři aspekty etické kompetence, tj. kvalitu charakteru, schopnost jednání a znalosti. V této souvislosti výzkumy také poukázaly na důležitost prohlubování znalostí etických