

Etické otázky současné intenzivní péče v kardiologii

Jiří Mareš

Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, Praha

Přehledová studie ponechala stranou etická dilemata, která řeší kardiologie v mezních situacích, a soustředila se na etické aspekty každodenní péče na JIP. Zaměřila se na témata, která berou v úvahu hospitalizovaného pacienta a jeho rodinné příslušníky. S oporou o dostupnou literaturu charakterizovala eticky správná rozhodnutí v kardiologii. Shrnula poznatky o zkušenostech pacientů s absolvovanou nemocniční léčbou a upozornila na možnost posttraumatického rozvoje pacientů. Značnou pozornost věnovala pohledu rodinných příslušníků na eticky správnou léčbu. Uvedla pravidla pro přítomnost příbuzných při kardiopulmonální resuscitaci. Přiblížila strategie, jimiž se rodina snaží zvládnout hospitalizaci jejich nejbližšího na JIP. Shrnula doporučení pro eticky citlivou komunikaci s rodinnými příslušníky. V závěru se věnovala eticky složitému jevu – morálnímu distresu zdravotníků na vlastním pracovišti.

Klíčová slova: kardiologie, JIP, etika, lékař, pacient, rodinní příslušníci, komunikace, posttraumatický rozvoj, morální distres.

Ethical issues in current intensive care in cardiology

The review study did not deal with the ethical dilemmas that apply to emergency cardiology, and concentrated on the ethical aspects of routine ICU care. It focused on issues that take into account the hospitalized patient and his family members. Based on available literature, it characterized ethically correct decisions in cardiology. It summarized the knowledge of patient experience with previous hospital treatment and highlighted the possibility of posttraumatic growth in patients. A great deal of attention was paid to the attitude of family members to ethically appropriate treatment. Guidelines for family presence during cardiopulmonary resuscitation were presented. Strategies by which the family tries to cope with the hospitalization of their loved one at an ICU were mentioned. Recommendations for ethically sensitive communication with family members were summarized. In conclusion, an ethically complex issue of moral distress of healthcare professionals in their own workplace was addressed.

Key words: cardiology, ICU, ethics, physician, patient, relatives, communication, posttraumatic growth, moral distress.

Interv Akut Kardiolog 2011; 10(Suppl. B): 8–12

Úvod

Současná intenzivní péče v kardiologii je spoluurčována třemi faktory: nárůstem diagnostických i léčebných poznatků, lepšími technickými možnostmi péče o pacienty a měnící se strukturou hospitalizovaných pacientů. Navíc se rozvíjejí medicínské subdisciplíny, vznikají nové profese, kupř. profese invazivního kardiologa.

Nové možnosti záchrany pacienta, dlouhodobé udržování jeho životních funkcí vytvářejí nové rozhodovací situace, které zdravotníci musí za pochodu řešit. V kardiologii narůstá počet **dilematických rozhodovacích situací**, tedy rozporných situací, které nemají jednoznačné řešení. Je proto třeba o nich diskutovat a hledat varianty přijatelné jak medicínsky, tak eticky. Je třeba definovat podmínky, za nichž lze takové rozhodnutí přijmout a variantu uskutečnit.

Zatím se pozornost věnovala především etice mezních situací na JIP; stranou zůstávaly etické aspekty každodenní péče na JIP, což není dobré, neboť se týká všech pacientů a jejich rodinných příslušníků.

Odborníci konstatují, že péče na kardiologických JIP představuje jednu z nejdražších,

nejinvazivnějších, nejagresivnějších forem západní medicíny. Pacienti, kteří tam leží, jsou vážně nemocní. Jejich zdravotní stav není stabilizován a často nejsou schopni podílet se na medicínském rozhodování o tom, co se s nimi má dál dít. Navíc je třeba jednat s rodinnými příslušníky pacienta. Nečekaná událost, která si vyžádala převoz jejich nejbližšího na JIP, je uvrhla do stavu nejistoty, zmatku, obav. Vyjevila jim závažnost jeho nemoci a otevřela otázku budoucnosti. Všechny tyto faktory staví lékaře na JIP před mnoho znepokojujících a obtížných problémů. Měli by na ně odpovídat moudře, se znalostí věci, se snahou vcítit se do situace všech aktérů. Právě to je – podle autorů – základem dobré medicíny, která řeší kritické stavy (5).

Cíle této přehledové studie jsou tři:

1. shrnout poznatky o etických principech lékařské péče a upozornit na jejich kulturní podmíněnost,
2. soustředit se na etické aspekty každodenní péče, nikoli na etiku mezních situací,
3. při výkladu etických otázek akcentovat pohled pacienta a jeho rodinných příslušníků.

Etické principy

Lékaři, kteří na kardiologických odděleních pracují, znají obecné principy lékařské etiky. Bývá jich uváděno pět:

1. autonomie pacienta, tedy jeho podíl na rozhodování o svém osudu,
2. snaha zdravotníků především pacientovi neuškodit (ono hippokratovské *primum non nocere*),
3. benefit pro pacienta,
4. ekvita (tj. relativní rovnost) pacientů, o něž se pečuje,
5. lékařovo domýšlení dlouhodobějších důsledků poskytované péče, včetně úvah o kvalitě pacientova života.

Budoucí lékaři se na fakultách seznamují s lékařskou etikou (byť v různých oborech v různém rozsahu a v různých podobách). Etické principy jsou jim prezentovány jako obecně platný ideál. V poslední době však specialisté nastolují závažnou otázku: Platí etické principy univerzálně, absolutně, tj. po celém světě?

První problém spočívá v tom, že etické principy jsou formulovány obecně. Etické principy

se podobají ústavě, a proto vyžadují poučenou interpretaci. Jinak jsou obtížně aplikovatelné v každodenním životě.

Druhý problém spočívá v tom, že etické principy nelze oddělit od kultury, náboženství, právních norem dané země, panujících morálních zvyklostí. Tím spíše v případech, kdy se v jedné zemi setkávají příslušníci různých kultur. Připomeňme jen pohyb osob v rámci Evropské unie, jehož důsledkem je stoupající heterogenita pacientů a jejich rodinných příslušníků, což je i v našich zdravotnických zařízeních stále častější případ. Volný pohyb osob však vede rovněž (i když v menší míře než u pacientů) ke kulturní heterogenitě sester a lékařů.

V České republice a ve většině evropských zemí dominuje euro-americká kulturní tradice a z ní odvozené určité pojetí zdravotní péče. Přitom víme, že každá výrazná kultura má poněkud odlišné pojetí zdraví a nemoci: pojetí toho, co patří pod pojem zdravé chování, co je to rizikové chování; které příznaky signalizují nemoc, zda se v případě nemoci obracet na lékaře a pokud ano, tak kdy.

Pojmy **zdraví a nemoc** člověka jsou chápány odlišně v individualistických kulturách, jako je majoritní populace v USA a odlišně v kolektivistických kulturách, jako jsou Latinoameričané, Číňané aj. Pro první kulturu v pojetí zdraví převažují osobní a individuální aspekty, přičemž zdraví je možno udržet či navrátit vlastním přičiněním. Pro druhou kulturu je zdraví spíše záležitostí štěstí, přirozeného běhu věcí. Nemoc pak bere jako trest za provinění, za hříchy či závisť anebo jako výsledek působení magických příčin stojících mimo jedince. Jedinec je zde závislejší na komunitě a jejích názorech i na její pomoci (16).

Každá kultura a každé etnikum mívá své pojetí toho, co považuje za „normální chování“ v případě akutní či chronické nemoci, ale také ve vypjatých situacích umírání a péče o zemřelého. Z toho, co bylo řečeno, plyne, že pacienti pocházející z odlišných kultur se mohou dostávat do konfliktu s názory lékařů – příslušníků majority. Některé etické principy, které jsou pro nás samozřejmé (např. autonomie pacienta), nemusí být v jiných kulturách vůbec pochopeny. V kolektivistické kultuře je uplatňování autonomie pacienta vykládáno jako doklad pacientova sobectví, odmítání pomoci druhých, izolování se od svého společenství, tedy pejorativně. Zjistily to výzkumy organizované WHO (19).

Snaha vytvořit jednu univerzální etiku pro všechny lékaře v různých zemích světa, kde se obyvatelé neřídí jen židovsko-křesťanskou tradicí (ale také tradicemi islámu, hinduizmu,

budhizmu, taoizmu, konfucianství aj.), je chápána jako nereálná záležitost. V rozvojových zemích dokonce jako příklad „etického imperialismu“. Z toho plyne, že naši kardiologové by měli být kulturně citlivější a přemýšlet, proč specifický pacient (a jeho rodinný příslušník) uvažuje a jedná ve vypjatých situacích odlišněji, než čekali.

Obecná doporučení pro lékaře

V českém kontextu se postupně prosazuje relativně nové doporučení (jak pro lékaře, tak pro pacienty a širší veřejnost), jež by se dalo shrnout do výroku: pacient je lékařův partner při léčbě. Není to nic menšího, než ústup od kdysi dominujícího lékařského paternalizmu. Znamená to přibrat pacienta k rozhodování o tom, co se s ním bude dít; vést ho k aktivitě, edukovat ho, aby věděl, co a jak on sám musí dělat, aby jeho léčba byla úspěšná.

Konkrétně to znamená: debatovat s ním o jeho specifické situaci a individualizované léčbě; předestřít varianty léčby a vysvětlit přínosy a rizika jednotlivých variant; společně s ním (pokud je to proveditelné) stanovit léčebný plán; vysvětlit mu, jak bude probíhat léčba, na níž se dohodli a co od ní může pravděpodobně očekávat; průběžně podávat informace pacientovi i jeho rodinným příslušníkům; připravit pacienta a jeho rodinu na to, co se bude dít po propuštění z nemocnice; pokud je situace vážná, získat pacientovo stanovisko k tomu, co by se mělo udělat, když on sám nebude schopen se rozhodovat.

Praktická pravidla pro eticky správná rozhodnutí v kardiologii lze shrnout do čtyř bodů (5):

1. Berte pacienta jako partnera při rozhodování o tom, jaká péče mu má být poskytnuta.
2. Určete osobu, která rozhoduje v konečné instanci o léčbě pacienta.
3. Při všech pravidelných setkáních citlivě a efektivně komunikujte s pacientem a s jeho nejbližšími.
4. Průběžně zjišťujte, na čem pacientovi záleží (zjišťujte jeho preference a hodnoty).

Úvahy o etických aspektech kardiologické péče se tradičně týkají toho, co by měl dělat **lékař**. Avšak léčba má čtyři aktéry: lékaře – sestry – pacienta – rodinné příslušníky. Ti všichni se musí svým dílem zapojit do léčby, má-li být úspěšná. Zkusme se proto podívat na etické problémy z pohledu pacienta a poté jeho rodiny.

Pohled pacienta

Pacient na JIP je člověk ve vážném stavu a tedy člověk zvýšeně citlivý na to, jak se s ním

zachází. Mezi etické imperativy na JIP proto patří ochrana jeho lidské důstojnosti a jeho soukromí, což je záležitostí především sester. Pro lékaře je naopak důležité, aby pacient porozuměl cílům léčby a – až se jeho zdravotní stav zlepší – věděl, jaké budou dlouhodobé důsledky léčby. Aby pochopil, nakolik onemocnění, které prožil, ovlivní jeho kvalitu života a jak se má dál chovat, aby snížil riziko komplikací.

Jak vypadá zapojení pacientů do léčby (viz etický princip autonomie) právě v období hospitalizace? Jeden z mála výzkumů toho, jak pacienti s prodělaným infarktem myokardu vnímají, prožívají a hodnotí svoji aktivní účast na léčbě, proběhl na 11 kardiologických pracovištích ve Švédsku (1). Šlo o dotazníkové šetření, které zahrnuje 652 pacientů do 75 let věku (77 % mužů a 23 % žen). Autoři zkonstruovali originální dotazník, který má 32 položek a měří 6 proměnných, na něž se odpovídá pomocí čtyřstupňové škály. Vyjadřuje míru výskytu různých činností během hospitalizace (ano často, ano jen někdy, velmi málo kdy, vůbec ne).

Jde o tyto proměnné: zaangažování pacienta na léčbě (6 položek), zkušenost s nemocí, její prožívání (4 položky), informování pacienta personálem (5 položek), respektování pacientových potřeb (7 položek), poučení pacienta o aktivitách (6 položek), spolurozhodování pacienta o léčbě a jejím pokračování (4 položky). Vnitřní konzistentnost souboru položek, které měřily jednotlivé proměnné byla přijatelná (Conbachovo alfa se pohybovalo od 0,75 u spolurozhodování o léčbě, až po 0,87 u informování pacienta). Dotazník byl předáván pacientům při první kontrole, tj. v intervalu 6–10 týdnů od propuštění z nemocnice. Šlo tedy o retrospektivní šetření, které může být zatíženo chybou, zejména na určitým posunem v názorech.

Výsledky ukazují, že dotazník je dostatečně citlivý a dokáže rozlišovat. Ve švédském výzkumu rozlišoval mezi různými kardiologickými pracovišti, mezi odpověďmi mužů a žen, mezi odpověďmi mladších a starších pacientů. Pokud jde o rozdíly mezi kardiologickými pracovišti, nejlépe diskriminovaly tyto proměnné: zaangažování pacienta na léčbě; zkušenost pacienta s nemocí; informování pacienta personálem; poučení pacienta o aktivitách.

To byla etapa nemocniční péče. Během ní se ve většině případů pacientův stav stabilizuje, posléze zlepši a nakonec je možné ho propustit do domácího léčení. Odborníci připomínají, že ošetřující lékař by se měl zajímat o sociální podmínky, do nichž se propouštěný pacient vrací. Vždyť u osamocené žijících osob je riziko

mortality po infarktu myokardu až 2,25krát vyšší, než u osob, které mají fungující sociální zázemí (13).

Jak se vyvíjí pacientova situace dále? Pacient prošel těžkou životní situací, prožil i chvíle, kdy se bál o svůj život. To – alespoň na přechodnou dobu – negativně ovlivnilo jeho psychiku. Lékaři toho využívají a edukují ho o tom, co má dělat pro své zdraví a čeho se má vyvarovat. Poučení však bývají vázána na typ onemocnění, nikoli na typ pacienta. Hlavní práci s „převýchovou“ ponechávají na pacientovi samotném. Problém bývá v tom, že pro něj jde o novou situaci, s níž nemá dost zkušeností, nedisponuje jiným způsobem přemýšlení a jednání. Jde to však i jinak.

Psychologické výzkumy v posledních letech přinášejí doklady o tom, že závažná životní událost, trauma tedy nemusí mít výhradně jen nepříznivé dopady. Prožitá traumatická událost se stávají – metaforicky řečeno – „seizmickými procesy“ pro daného pacienta, dochází k „zemětřesení v jeho dosavadním světě“. Musí si vybudovat „nový život“, a to je prostor pro pomoc ze strany zdravotníků. Pacient musí o tom všem, co zažil, přemýšlet. Musí se vyrovnat s novou situací, restrukturovat svoji osobnost, svůj vztah k životu, ke zdraví, k lidem. V řadě případů se z něj stává „jiný, nový člověk“. Klíčovým prvkem ve stanovení toho, zda ke změně došlo, je rozpad, rozvrat jedincova dosavadního světa; lidé mluví o tom, jaký byl jejich život „předtím“ a „potom“ (jsou ovšem i tací, kteří pozmění svůj nevhodný způsob života jen málo).

U některých pacientů dochází k eticky zajímavému jevu, který dostal označení **post-traumatický rozvoj člověka**. Je definován jako významná pozitivní změna v jedincově kognitivním a emočním životě, která může mít i své vnější projevy ve změně jedincova chování. Rozvojem se rozumí taková změna, při níž se jedinec dostává **nad** svou dosavadní úroveň adaptace, psychologického fungování a chápání života (18). Dodejme, že rozvojem se rozumí jak proces, děj, tak jeho výsledek, který se může dostavit až po několika měsících, letech či dokonce desetiletích. Prevalence posttraumatického rozvoje má patrně dva vrcholy: vyskytuje se jednak u 30–40%, jednak u 60–80% osob zkoumané populace.

Existence posttraumatického rozvoje neznamená, že u člověka zmizí bolest či jiný distres. Obvykle také není provázen změnou jedincova pohledu na krizi nebo trauma samotné jako na něco žádoucího. Těžká životní událost samotná není považována za něco příznivého,

potřebného, vítaného – pouze jisté dobro, které se z ní nakonec vynoří, má tuto pozitivní podobu (17). Podrobnější výklad naleznou zájemci v přehledové studii (12).

Ve standardním modelu Calhouna a Tedeschiho se uvádí, že změna u pacienta zpravidla nastává v pěti oblastech (2):

1. pacient objevuje své stránky osobnosti, o nichž doposud nevěděl; mění se pacientovo vnímání vlastního „já“,
2. před pacientem se otevírají nové možnosti, o nichž doposud neuvažoval,
3. mění se pacientovy vztahy k jiným lidem, je vstřícnější,
4. mění se pacientovo chápání života, přeskupují se jeho životní hodnoty, nastupuje hlubší porozumění životu,
5. dochází i ke změnám v duchovní oblasti; u některých pacientů nastává příklon k víře; možnou spirituální změnu u pacientů po infarktu dokládají i jinak orientované výzkumy (7).

Posttraumatický rozvoj byl studován u mnoha onemocnění, včetně infarktu myokardu. Uvedme zde výběrově holandský výzkum u 139 pacientů ve věku 35–70 let, kteří zažili svůj první infarkt myokardu (6). Byli hospitalizováni a léčeni ve fakultní nemocnici v Amsterodamu. S odstupem 3–12 měsíců od infarktu byli psychologicky vyšetřeni a badatelé pátrali po posttraumatickém rozvoji. Výsledky ukázaly, že u většiny osob došlo k určitému posttraumatickému rozvoji. Jeho míra závisela nejvýrazněji na použití vhodných strategií zvládání zátěže (viz níže). Na druhém místě na zvláštěstech pacientovy osobnosti (rozvoj pozitivně koreloval s extravertizací a svědomitostí, ale negativně s neuroticismem). Na třetím místě rozvoj závisel na psychologickém zdravotním stavu (pozitivně koreloval s psychologickou pohodou a negativně s depresí).

Badatelé doporučují, aby zdravotníci naučili pacienty (např. pomocí krátkých skupinových intervencí) pozitivně zvládat novou situaci, podívat se na infarkt jinak, než je obvyklé. K novým kognitivním strategiím patří: vzdát se iracionálních či dysfunkčních úvah a brát nemoc jako šanci začít znovu a lépe; soustředit se na pozitivní aspekty nemoci; přehodnotit vzniklou situaci (včetně pozitivních výhledů do budoucna). Další intervencí je snižování deprese, což zvyšuje kvalitu pacientova života, snižuje riziko pozdních komplikací a mortality, zvyšuje pravděpodobnost posttraumatického rozvoje. Klíčovou roli vhodných strategií zvládání při vzniku posttraumatického rozvoje potvrzují

i další výzkumy u pacientů po infarktu, např. (14). Tento výzkum připomíná, že strategie, které pacient pro zvládání své nemoci používá, jsou modifikovány i sociální oporou od kamarádů, dále od osob, na jejichž mínění pacient nejvíce dává a od rodinných příslušníků. Vždyť nemoc nezasahuje jenom pacienta samotného, ale též jeho nejbližší.

Pohled rodiny

V úvodu jsme zmínili, že hospitalizace pacienta na JIP bývá pro jeho blízké zátěžovou situací, na niž nebyli připraveni a nemají s ní zkušenosti, nevědí, co dělat.

Bývají situace, kdy příbuzní přivezou pacienta do nemocnice a tam se jeho stav prudce zhorší. Zdravotníci pak stojí před eticky závažným rozhodnutím, zda pacientovi příbuzní mají být přítomni kardiopulmonální resuscitaci nebo ne. Evropské odborné společnosti kardiologů, pediatriů, kardiologických sester se shodly na těchto doporučeních (4):

1. Všichni pacienti mají právo na to, aby během resuscitace byli přítomni jejich rodinní příslušníci.
2. Rodinným příslušníkům pacienta by měla být nabídnuta možnost být při resuscitaci svého nejbližšího.
3. Rodinní příslušníci, kteří jsou přítomni kardiopulmonální resuscitaci svého nejbližšího, potřebují sociální oporu. Tu by jim měl poskytnout kvalifikovaný pracovník, který je pověřen péčí o rodinné příslušníky v této situaci a zodpovídá za péči o ně.
4. Rodinným příslušníkům, kteří byli přítomni resuscitaci svého nejbližšího, má být nabídnuta profesionální poradenská pomoc.
5. Všichni členové resuscitačního týmu, kteří se snažili o resuscitaci pacienta za přítomnosti rodinných příslušníků, by se měli zúčastnit týmového debriefingu.
6. Přítomnost rodinných příslušníků při resuscitaci musí být zahrnuta do kurikula výcvikových programů pro kardiopulmonální resuscitaci.
7. Na všech pracovištích ARO a JIP musí mít vyvěšeny pokyny o tom, že rodinní příslušníci mohou být přítomni při kardiopulmonální resuscitaci pacienta.

První tři body mají obecnou povahu a v doporučeném postupu jsou detailněji rozvedeny; je konkretizováno, co dělat v různých situacích.

Pokud rodinní příslušníci nezažili takovou situaci, neboť pacient byl odvezen do nemocnice a oni zůstali doma, pak žijí v nejistotě, mají

strach o pacientův život, trápí se. Uvědomují si, že sami nemohou chod událostí ovlivnit. Je proto logické, že se snaží získat co nejvíce informací, aby se alespoň rozumově s novou situací vyrovnali, i když první dny u nich dominují emoce. Výzkum (15) zjistil, že rodinní příslušníci (manželky/manželé, pacientovy děti) používají obvykle tři adaptační strategie na hospitalizaci pacienta na JIP.

Tou první je snaha vydržet nápor, přečkat ho, ustát. Rodina se semkne, izoluje se od okolí, od běžného života. Její členové si navzájem dodávají odvahy. Chtějí být pacientovi stále na blízku, snaží se uspokojit jeho potřeby, které dobře znají. Druhou strategií je poskytování sociální opory, hlavně emoční. Nejen uvnitř rodiny navzájem, ale především být oporou pacientovi. Kromě toho rodina funguje jako článek, který zprostředkovává a interpretuje informace získané od zdravotníků. Pacient si tak vytváří obrázek o své nemoci ze tří perspektiv: z pohledu zdravotníků, ze svého pohledu, ale též z pohledu rodiny. Proto je důležité, aby zdravotníci získali rodinu na svou stranu.

Třetí adaptační strategií rodiny je plánování a poté budování nového rodinného i pracovního života, tj. života za změněných podmínek. Bývá to právě rodina, která může utvrzovat pacienta v dodržování doporučeného léčebného režimu, kontrolovat ho – anebo naopak doporučení zdravotníků zpochybňovat. Poté, co je pacient propuštěn z nemocnice, musíme dosáhnout toho, aby snaha o adaptaci neskončila maladaptací.

Z etického hlediska stojí před personálem mnoho úkolů, které souvisejí s účinnou a individualizovanou léčbou, která není jen záležitostí profesionálů, ale též rodinných příslušníků. Má-li personál získat rodinu pro spolupráci, musí postupovat systematicky a empaticky. Vždyť jen rodina, která se s novou situací přiměřeně vyrovná, může být **oporou pacientovi**. Personál by měl rodině radit, co dál, jak připravit nové podmínky pro pacienta, až se vrátí domů. Personál by měl rovněž sledovat rizikové příznaky u rodinných příslušníků (ať už se týkají zhoršených vztahů uvnitř rodiny; zamlklosti, osamělosti, pocitů bezmocnosti v neúplných rodinách anebo zhoršování vztahů s personálem).

Podívejme se nyní na výzkumy, které se snažily prozkoumat vhodnou komunikaci zdravotníků s rodinnými příslušníky. Soustřeďovaly se především na situace, kdy je pacientův stav kritický, jeho život je ohrožen a nemůže se už sám k léčbě vyjadřovat. Zdravotníci v těchto případech musí komunikovat s rodinou a ře-

Tabulka 1. Eticky citlivá komunikace na JIP – modifikovaně podle (3)

■	Setkávejte se s rodinou během 72 hodin po přijetí pacienta JIP.
■	Sedněte si s rodinou do klidného, tichého prostředí, kde nebudete rušeni.
■	Všichni členové zdravotnického týmu musí poskytovat rodinnými příslušníkům informace konzistentně.
■	Snažte se více naslouchat rodinným příslušníkům, než sami mluvit.
■	Mluvte tak, aby z vašich slov byla zřejmá empatie (např. jste teď jako rodina v obtížné situaci, když váš nejbližší na tom není dobře; budete muset v některých věcech rozhodovat za něj; všichni se snažíme zabránit vážným komplikacím nebo tomu nejhoršímu).
■	Vyslechněte obvyklé úvahy rodinných příslušníků o tom, čeho si měli všimnout už dříve, co kdo podcenil či zanedbal: naslouchejte tomu, co vám říkají, odpovídejte citlivě a korigujte jejich některé úvahy; dejte najevo, že je v této situaci přirozené, když jsou plní emocí; snažte se zjistit hodnoty, na nichž pacientovi záleželo a způsoby léčby, které preferoval či odmítal; vysvětlete jim princip rozhodování rodiny v případech, kdy to nechce nebo nemůže učinit pacient sám; ujistěte je, že ani pacient, ani rodina nebudou opuštěni, že se jim vždy bude někdo věnovat.
■	Ujistěte rodinu, že pacient nebude trpět.
■	Výslovně jim zdůrazněte, že se mohou spolupodílet na rozhodování a mohou počítat s vaší radou a pomocí.

Tabulka 2. Pomůcka pro eticky citlivou komunikaci lékaře s rodinou pacienta – modifikovaně podle (3)

V	Valuing and appreciate what family members communicate.	Važ si toho, co ti říkají a snaž se jim porozumět.
A	Acknowledging their emotion.	Chápej jejich emoce.
L	Listening to family members.	Naslouchej, co (všechno) ti říkají.
U	Understanding who the patient is a person.	Snaž se od nich dozvědět, jakého pacienta máš na starost.
E	Eliciting questions from family.	Vybízej je, aby se nebáli ptát.

šit s ní, co dál. Tendencí je nastolit tzv. sdílené rozhodování o další péči, což vyžaduje **eticky citlivou komunikaci**. Jak postupovat, naznačuje „komunikace založená na důkazech“, evidence-based communication (3). Na začátku jsou tyto tři kroky:

1. stanovte prognózu dalšího průběhu nemoci a zhodnoťte její pravděpodobnost,
2. posuďte, nakolik se chce daná rodina spolupodílet na rozhodování o pacientovi,
3. přizpůsobte svoji další komunikační strategii tomu, zda rodina chce ponechat všechna rozhodnutí na profesionálech, nebo se chce spolupodílet na rozhodnutích o pacientovi, anebo má tendenci mít poslední slovo ona.

Vlastní komunikační strategie je uvedena v tabulce 1.

Celý soubor detailních rad o tom, jak jednat s rodinnými příslušníky pacienta, který je hospitalizován na JIP, lze formulovat i jinak, mnohem stručněji. Má podobu sloganu, který zní VALUE (tabulka 2).

Další etapou léčby je přeložení pacienta z JIP na standardní oddělení. Pacient přechází z pracoviště, kde mu byla věnována speciální péče a které už zná, na běžné lůžkové oddělení, které nezná. Obavy mají také rodinní příslušníci. Výzkum ukázal, že pacientovi nejbližší prožívají

několik různorodých pocitů (9): pocit opuštěnosti, protože jejich nejbližší byl přeložen (často narychlo, nečekaně, aby se uvolnilo lůžko) na standardní oddělení a už není středem pozornosti; pocit zranitelnosti, bezmocnosti, připadá jim, že jejich nejbližší je pouhá věc a se změnou nemohou nic udělat; pocit nevýznamnosti, nicotnosti, protože jejich nejbližší je už jen jedním z mnoha dalších pacientů; rozpornost pocitů vůči zdravotníkům – na jedné straně pocit vděčnosti, že se stav pacienta zlepšil, na druhé straně obavy, jak se bude léčba vyvíjet dále, když už není pod neustálou kontrolou.

Zbývá dodat, že vhodný způsob komunikace s vážně nemocným pacientem a jeho rodinnými příslušníky je dílčím aspektem eticky správného jednání zdravotníků. Avšak zdravotník je součástí systému poskytování péče, postupů, které se odehrávají v konkrétním zařízení. Podívejme se proto i na institucionální kontext.

Morální distres

Provozní problémy zdravotnických zařízení, finanční limity pro poskytovanou zdravotní péči, nedostatek času, nedostatek personálu, to vše na některých pracovištích vystavuje zdravotníky (především sestry, ale i řadu lékařů) situacím, kdy se necítí dobře, jsou ve stresu. Výzkumy konstatují, že nemusí jít jenom o běžný negativní stres – distres.

Objevuje se též specifický distres, kdy zdravotník ví, jak by se věci měly správně dělat, ale institucionální tlaky mu znemožňují postupovat věcně i eticky správným způsobem. V odborné literatuře tento jev dostal označení **morální distres** (10). Liší se od somatického, psychologického i spirituálního distresu.

Někdy se rozlišuje prvotní morální distres (situace, kdy nemožnost správně jednat zažil poprvé) a reaktivní, tj. chronický morální distres.

Morální distres se liší se od morální nejistoty, kdy zdravotník netuší, co je v podobných situacích eticky správně udělat. Liší se od morálního dilematu, tedy od rozhodování v jedinečné situaci, kdy existuje několik možných řešení, z nichž každé má svá pozitiva i negativa. Zdravotník rozhoduje o tom, která varianta je v daném konkrétním případě „nejmenším zlem“. Liší se rovněž od morálního rozhořčení, kdy zdravotník zažívá situaci, v níž se někdo jiný chová nemorálně.

Badatelé, kteří empiricky zkoumali morální distres, rozlišili jeho čtyři aspekty (8):

- Trápení se zdravotníků. Prožívání pocitu viny a pocitu bezmocnosti.
- Morální stránka péče. Objevuje se vážná otázka: Lze oddělit zájmy instituce, technickou stránku péče, profesní roli od zájmu o dobro pacienta, od morálního jednání? Kdy nastupuje u zdravotníka otupění, lhostejnost, vyhoření?
- Upozornění na neetické praktiky. Jak postupovat při snaze změnit dosavadní praktiky? Kde je hranice mezi hájením pravdy, poukazováním na nesprávné postupy, na nepravdivé údaje v dokumentaci a donášením či udáváním na straně druhé?
- Konflikt vyvolaný vzhledem do zaběhaného chodu pracoviště. Zdravotník si uvědomuje, že některé postupy používané na daném pracovišti jsou zbytečné, jiné špatně načasované, další zase příliš agresivní, a přesto je nucen je provádět.

Referovali jsme o zahraničních přístupech, neboť výzkumy morálního distresu se u nás zatím neprovádějí.

Závěry

Kardiovaskulární nemoci dnes postihují lidi v produktivním věku, a proto kvalita nemocniční léčby a následné péče jsou důležité pro celou společnost. Vývoj soudobé medicíny a medicínských technik stává jak lékaře, tak pacienty před novými problémy, včetně etických. Přehledová studie upozornila na skutečnost, že mnohé etické problémy nelze diskutovat jen z pohledu euroamerické medicíny, ale je třeba přihlídnout ke kulturním zvláštnostem daného pacienta.

Náš přehled uzavřeme úvahou Kirkpatricka, et al. (11). Lékařská etika a klinická kardiologie jsou dvě odlišné disciplíny. Kardiologie je obor, který se opírá o randomizované studie a všechna doporučení jsou založena na klinických důkazech. Lékařská etika je akademický obor, jenž je založen na filozofických úvahách, na diskuzích o hodnotách a na etických principech, jimiž by se péče o pacienty měla řídit. Přitom má značný dopad na kardiologický výzkum a klinickou praxi (etické komise, práva pacientů, informované souhlasy, pravidla o konfliktu zájmů atd.). V kardiologii přibývají nové léky, nové přístroje, nové postupy a je to právě lékařská etika, která nás učí, že je rozdíl mezi tím, co všechno by se mohlo dělat a mezi tím, co je vhodné, přípustné, eticky správné dělat. Lékařská etika je dynamický obor a začíná se podobat dobrému vínu – čím starší, tím je lepší. Příprava a další vzdělávání kardiologů by tedy měly kombinovat tradiční medicínu založenou na důkazech s promyšlením etických souvislostí poskytované péče.

Literatura

1. Arnetz JE, Höglund AT, Arnetz BB, Winblad U. Development and evaluation of a questionnaire for measuring patient views of involvement in myocardial infarction Care. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2008; 7: 229–238.
2. Calhoun LG, Tedeschi RG. (eds.) Handbook of posttraumatic growth. Research and practice. Mahwah: Erlbaum 2006: 387.
3. Curtis JR, White DB. Practical guidance for evidence-based ICU family conference. *Chest*, 2008; 134: 835–843.
4. Fulbrook P, Latour J, Albarran J, et al. The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2007; 6: 255–258.

5. Gilligan T, Smith ML, Raffin TA. Ethical issues of care in the cardiac intensive care unit. In: Jeremias A, Brown DL (eds.) *Cardiac intensive care*. Philadelphia, PA: Saunders, 2010.
6. Garnefski N, Kraaij V, Schroevers MJ, Somsen GA. Post-traumatic growth after a myocardial infarction: a matter of personality, psychosocial health, or cognitive coping? *J Clin Psychol Med Settings*, 2008; 15: 270–277.
7. Groleau D, Whitley R, Lespérance F, Kirmayer LJ. Spiritual reconfigurations of self after a myocardial infarction: influence of culture and place. *Health Place*, 2010; 16: 853–860.
8. Hana DR. Moral distress: the state of the science. *Res Theory Nurs Pract*, 2004; 18: 73–93.
9. Chaboyer W, Kendall E, Kendall M, Foster M. Transfer out of intensive care: a qualitative exploration of patient and family perceptions. *Aust Crit Care*, 2005; 18: 138–145.
10. Jameton A. *Nursing practice: the ethical issues*. Prentice Hall: Englewood Cliffs, 1984: 331.
11. Kirkpatrick JN, Fields AV, Ferrari VA. Medical Ethics and the art of cardiovascular medicine. *The Lancet*, 2010; 376: 508–509.
12. Mareš J. Posttraumatický rozvoj: nové pohledy, nové teorie a modely. *Čs. psychol*, 2008; 52: 567–583.
13. Nielsen FE, Mard S. Single-living is associated with increased risk of long-term mortality among employed patients with acute myocardial infarction. *Clin Epidemiol*, 2010; 2: 91–98.
14. Senol-Durak E, Ayvasok HB. Factors associated with post-traumatic growth among myocardial infarction patients: perceived social support, perception of the event and coping. *J Clin Psychol Med Settings*, 2010; 17: 150–158.
15. Södersröm IM, Saveman BI, Hagberg MS, Benzein EG. Family adaptation in relation to a family member's stay in ICU. *Intensive Crit Care Nurs*, 2009; 25: 250–257.
16. Tann SS. Implications for quality of life research in latin populations. *J Transcult Nurs*, 2005; 16: 136–141.
17. Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth: concept foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 2004; 15: 1–18.
18. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG (eds.) *Posttraumatic growth: positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah: Erlbaum, 1998.
19. WHOQOL Group: The World Health Organisation quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organisation. *Soc Sci Med*, 1995; 41: 1403–1409.

prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Šimkova 870, 500 38 Hradec Králové
mares@lfhk.cuni.cz