

Etika v urológii a urologickom ošetrovatel'stve

PhDr. Iveta Ondriová, PhD.

Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove

Urológia je samostatný medicínsky odbor, ktorý sa zaoberá diagnostikou, liečbou, dispenzarizáciou, prevenciou a výskumom urologických ochorení, vrodených anomálií a úrazov močového ústrojenstva u mužov a žien a tiež chorobami pohlavných orgánov u mužov. Obsahom urológie je aj problematika odberov a transplantácií obličiek a problematika niektorých endokrinných a metabolických ochorení, ktoré majú anatomický alebo funkčný vzťah k urogenitálnemu systému.

Kľúčové slová: urológia, etika, etický problém, etická dilema.

Ethics in urology and urological nursing

Urology is a separate medical department dealing with diagnosis, treatment, dispensarization, prevention and research of urological diseases, congenital anomalies and urinary tract injuries in men and women as well as male genital diseases. The subject of urology is also the issue of kidney transplantation and transplantation and the problems of some endocrine and metabolic diseases that have an anatomical or functional relationship to the urogenital system.

Key words: urology, ethics, ethical problem, ethical dilemma.

Urológia je lekárska disciplína začlenená do skupiny chirurgických disciplín a poskytuje pacientom komplexnú zdravotnú starostlivosť v odbore všeobecná urológia, detská urológia, urogynecológia, onkourologia, endourologia. Zahŕňa urologické operácie od rekonštrukčných zákrokov vrodených chýb močových ciest u detí až po onkourologické operácie, endoskopické operácie pomocou digitálnej videotechniky.

Etika urológa a sestry pracujúcej na urologickom pracovisku sa líši od problematiky iných medicínskych odborov. Tieto špecifiká vyplývajú z invazivity a samotného priebehu chirurgickej liečby, z vplyvu ochorenia a liečby na ďalší život pacienta (1). Väčšina chirurgických výkonov sa spája s nepríjemnými pocitmi strachu a úzkosťou, bolesťou napriek postupujúcej analgetickej liečbe. Časť elektívne riešených pacientov je prijímaná na oddelenie pri plnom zdraví, to znamená, že im bolo zistené ochorenie, ktoré vyžaduje chirurgickú intervenciu. Ide napríklad o zistenie nádoru obličky pri preventívnej prehliadke. Špecifikom v súčasnosti

je, že na chirurgický výkon sa prijímajú pacienti dôkladne vyšetrení, s cieľom čo najviac skrátiť pobyt pacienta na odbornom pracovisku. Pacient tak zostáva na oddelení iba niekoľko dní. V tomto smere veľký rozvoj zaznamenala jednoduchá chirurgia. Erudícia v tomto odbore obsahuje okrem zvládnutia urologickej problematiky a operatív aj diagnostické a liečebné postupy pri urologických ochoreniach, indikácie chirurgickej a konzervatívnej liečby, problematika akútneho a chronického zlyhania obličiek, zhodnotenie záverov urodynamických, ultrasonografických, rádiodiagnostických a rádioizotopových vyšetrení v urológii, odber materiálu na biopsické vyšetrenie. Súčasťou je tiež komplexná starostlivosť o pacientov s malígnymi ochoreniami močového ústrojenstva a mužských pohlavných orgánov, diagnostika, klasifikácia a liečba týchto ochorení (1, 2).

Urológia je odbor, ktorý v posledných rokoch prežíva dynamické zmeny. Využíva nové chirurgické, mikročirurgické a endoskopické terapeutické metódy, zlepšili sa technické

a konzervatívne možnosti liečby urologických ochorení. V posledných rokoch dochádza k viacerým zmenám v liečbe urologických ochorení: prakticky vymizla chirurgická liečba urolitiázy, zaviedla sa endoskopická liečba v kombinácii s ESWL (extrakorporálnou litotripsiou rázovými vlnami). Oddelenili sa viaceré odbory: andrológia, transplantológia, ženská urológia, funkčná urológia, detská urológia, neurourologia, onkourologia, rekonštrukčná chirurgia močových ciest. V súčasnosti sa urológia delí na viac odborných sekcií: napríklad sekcia pre kontinenciu moču, sekcia onkologickej urológie, sekcia andrologická, sekcia detskej urológie, sekcia endoskopickej urológie a sekcia starnúceho muža a i. Urológia naďalej existuje ako samostatná špecializácia, smeruje však k superspecializácii a užšej spolupráci s ďalšími odborníkmi. Podľa vývoja chorobnosti čaká urológov strategicky potreba liečiť pokročilé nádorové ochorenia (vysoká mortalita karcinómu prostaty, nádorov močového mechúra a obličiek), neinvazívna liečba urolitiázy (metafylaxia, konzervatívna liečba),

KORESPONDENČNÁ ADRESA AUTORA:

PhDr. Iveta Ondriová, PhD., iondriova@centrum.sk

Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove, Partizánska 1, 080 01 Prešov

Cit. zkr: Urol. praxi 2020; 21(1): 44–47

Článok prijat redakci: 18. 6. 2019

Článok prijat k publikaci: 28. 11. 2019

liečba inkontinencie moču, sexuálnej dysfunkcie, symptómov dolných močových ciest (2).

Dobrý urológ má odborné kompetencie založené na vedeckých a klinických vedomostiach a zručnostiach a prejavuje rešpekt a súcit s pacientmi. Dnešná urológia čelí viac etickým dilemám, ako to bolo v minulosti, pre nárast vedeckých poznatkov, zvýšenie dostupnosti a účinnosti lekárskech technológií, rovnomernejší vzťah medzi pacientmi a zdravotníkmi a zmeny v organizačnej štruktúre a financovaní zdravotnej starostlivosti. Nárast vedeckých poznatkov a nové technológie priniesli nové a lepšie diagnostické zariadenia a možnosti liečby. Frekvencia urologickej liečby sa rozširuje a lekári dokážu úspešne zvládať starších pacientov a pacientov s viacerými a závažnejšími ochoreniami. Pacienti, ktorí podstupujú chirurgický výkon, majú právo, aby sa o nich staral primerane kvalifikovaný personál. Tento personál by mal pracovať vysoko odborne, mal by preukazovať, že jeho znalosti sú na úrovni výskumu, ktorý súvisí s operačným oddelením. Systematický prístup k holistickej starostlivosti by mal zachovávať identitu a dôstojnosť každého jednotlivého pacienta bez predsudkov k jeho zdravotnému stavu, národnosti, viere, presvedčeniu, náboženskému vyznaniu alebo iným hodnotám. Nové možnosti liečby zvýšili počet možných etických dilem a vyvíjajú veľký tlak na lekára, sestru, ktorí majú osobnú zodpovednosť za všetky rozhodnutia týkajúce sa liečby a starostlivosti o pacientov. Dĺžka pobytu pacientov v nemocniciach sa tiež skrátla. Pribúdanie nových diagnostických a terapeutických postupov v modernej medicíne vytvára veľké nároky na zdroje. O ekonomických faktoroch sa hovorí, že čoraz viac určujú vzorce klinickej praxe buď priamo, alebo nepriamo a lekári často zažívajú etickú dilemu pridelenia obmedzených zdrojov. Predpokladáme, že pacienti budú viac očakávať od lekárskej diagnostiky a liečby ako predtým, očakávania môžu byť väčšie, ako výsledky, ktoré sú lekári schopní poskytnúť. Pacienti pokladajú za samozrejmosť, že všetko možno liečiť a vyliečiť, a sú naklonení žalovať lekárov pre neoptimálne výsledky liečby alebo odchýlky od dokonalého výkonu. Zdravotníci často zaznamenávajú veľké očakávania od pacientov, príbuzných pacientov, kolegov a médií a môžu dokonca cítiť tlak na vykonávanie inovatívnych chirurgických

základov. Strach zo žalovania môže viesť k defenzívnej medicíne a zníženiu dôvery medzi lekármi a ich pacientmi (3, 4).

Pokračovanie alebo ukončenie liečby

Rozhodnutie o tom, či ukončiť aktívnu lekársku liečbu inú ako paliatívnu alebo pokračovať v liečbe, je zložitá. Je oveľa ťažšie ukončiť liečbu v prípade mladších pacientov. Veľmi dôležité je v tomto procese rozhodovania vyjadrenie pacienta: „*Ak sú pacienti schopní vyjadriť sa, že už sa nechcú liečiť, potom je rozhodnutie jednoduché, ale ak sa nemôžu vyjadriť, je veľmi ťažké ukončiť prebiehajúcu liečbu.*“ Vždy predtým, než sa rozhodne o ukončení liečby, sa kontaktujú príbuzní pacienta, ale konečné rozhodnutie s rešpektovaním želania pacienta vykonávajú lekári. Spoločnosť, ktorá rešpektuje právo pacienta odmietnuť liečbu, nemôže túto slobodu rozhodovania obmedziť ani v konečnej fáze života. Problematickou môže byť psychická kompetencia chorého takéto rozhodnutie vykonať, napríklad pod vplyvom ochorenia alebo medicíny (opiáty, psychofarmaká a pod.). Pacient má možnosť rozhodnúť sa ešte v čase, keď je v plnej psychickej kondícii.

Nadmerná, márna, neúčelná liečba

Zistenie správnej úrovne liečby môže byť etickou dilemou u ťažko chorých, veľmi starých pacientov a pacientov s neliečiteľným nádorovým ochorením. Snaha poskytnúť každému pacientovi šancu na prežitie a vyhnúť sa riziku ukončenia liečby príliš skoro môže viesť k spôsobeniu a predĺženiu bolesti a utrpenia pacientov namiesto ich zmiernenia. Tendencia k nadmernej liečbe sa v praxi vyskytuje, pretože je ľahšie konať, než sa konania zdržať, a je ťažké odmietnuť želanie pacientov. Zdravotníci sa na jednotkách intenzívnej starostlivosti chirurgických pracovísk starajú o pacientov, u ktorých došlo k ireverzibilnému poškodeniu životných funkcií pri pôvodne akútnom stave, v tejto súvislosti uvádzajú ako etický problém predpisovanie liečby a diagnostických postupov, ktoré podľa nich zvyšujú utrpenie pacienta. Často diskutovanou témou je, čo vlastne znamenajú termíny márna a neúčelná liečba, a či nezačatie život udržujúcej liečby alebo nepokračovanie v liečbe je zabitie alebo umožnenie zomrieť (2, 5).

Rešpektovanie pacientov

S rozvojom modernej medicíny a spolu so zmenou niektorých charakteristík modernej zdravotnej starostlivosti vrátane ošetrovateľstva (napr. tímový spôsob práce, vstup prístrojovej techniky a medicínskych technológií do priestoru bezprostredného kontaktu medzi lekárom, zdravotníkom a pacientom; vzrast nákladov na zdravotnú starostlivosť a čoraz častejšie situácie neľahkého rozhodovania zdravotníckych pracovníkov o pridelení alebo odopretí nedostatkových diagnostických alebo liečebných prostriedkov danému pacientovi a i.), ako aj so všeobecným vzrastom vzdelanostnej úrovne, dostupnosťou špeciálnych informácií (napr. prostredníctvom internetu) a celkovým trendom zdôrazňovania individuálnych práv a záujmov v súčasnej (post)modernej spoločnosti dochádza k významnej emancipácii pacienta vo vzťahu k lekárom a zdravotníckym pracovníkom, vzrastu jeho autonómie. Súčasne, do istej miery, prichádza aj k jeho zneisteniu: k strate tej miery dôvery pacienta k lekárovi, ktorá bola pre ich vzťah v minulosti celkom samozrejma. Pozitíva partnerského modelu vzťahu lekára a pacienta sú nesporné – a celkom iste lepšie zodpovedajú ľudskej dôstojnosti oboch zúčastnených. Na druhej strane, táto pomerne nová úroveň spolupráce lekára a pacienta, pri ktorej sa pacient viac podieľa na rozhodovaní o svojej vlastnej diagnostike a liečbe (princíp autonómie), kladie na oboch zúčastnených i väčšie nároky. Každý medicínsky zákrok je zásah do telesnej integrity pacienta a môže byť vykonaný iba **so súhlasom pacienta**, ktorý bol vopred poučený o charaktere a rizikách poskytnutia alebo odmietnutia zdravotnej starostlivosti (pozri Informovaný súhlas (IS) – starostlivosť v zariadení). Vnútroštatná právna úprava neupravuje bližšie podmienky prípadného odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti pacientom ani postup lekárov v takom prípade. Na Slovensku sa preto prihliada na článok 9 v Dohovore o ľudských právach a biomedicíne, ktorý upravuje takzvané predchádzajúce pranie pacienta a má v zmysle Ústavy SR prednosť pred zákonmi Slovenskej republiky. *U pacienta, ktorý nie je v čase zákroku v takomto stave, že môže vyjadriť svoje pranie, treba prihliadať na pranie, ktoré vyslovil s vykonaním zákroku skôr.* Na to, aby mohlo byť pranie pacienta považované za platné, musí spĺňať určité kritériá, ktoré právny poriadok ustanovuje ako podmien-

ky platnosti právnych úkonov. Realizácia tohto práva je však veľmi problematická, keďže prináša závažné etické a právne problémy. V súvislosti s IS vzniká otázka, či je lekár viazaný prípadným nesúhlasom pacienta s medicínskym zákrokom v situácii, keď by práve vykonaním tohto medicínskeho zákroku zachránil pacientov život. V prípade, že by lekár rešpektoval predchádzajúce prianie pacienta a neposkytol by pacientovi potrebnú pomoc, mohol by byť trestne stíhaný za trestný čin neposkytnutia pomoci v zmysle § 177 ods. 2 Trestného zákona. V opačnom prípade, ak by lekár nerešpektoval predchádzajúce prianie pacienta a vykonal by medicínsky zákrok, vystavil by sa riziku v problematike uplatňovania nárokov pacienta z titulu zásahu do jeho osobnostných práv. Dohovor poskytuje vysvetľujúcu správu, ktorá objasňuje skutočnosť, že vopred vyslovené priania sa nemajú akceptovať za každých okolností. Rozhodnutie neposkytnúť pacientovi akútnu starostlivosť musí byť odborné odôvodnené a v súlade so súčasnými poznatkami lekárskej vedy (6, 7).

Informovaný súhlas

Informovaný súhlas je súhlas pacienta s poskytnutím príslušnej zdravotnej starostlivosti (či už určitého diagnostického výkonu, alebo konkrétneho liečebného postupu vrátane farmakoterapie). Požiadavka čo najplnšej informovanosti pacienta (vrátane požiadavky na také sprostredkovanie potrebnej informácie, ktoré je pacient schopný vzhľadom na svoje rozumové schopnosti i aktuálny zdravotný stav pochopiť a na tomto základe sa racionálne rozhodnúť) prináša so sebou opäť aj staronový problém pravdy, resp. pravdovravnosti lekára, najmä pri informovaní pacienta o nepriaznivej diagnóze, resp. prognóze jeho choroby. V urológii vyvstáva ešte problém kompetentnosti, informuje operatív, prijímajúci lekár alebo lekár zodpovedný za operačnú liečbu? Osobitnou kapitolou je informovaný súhlas s operačnými výkonmi, ktoré sa doposiaľ na pracovisku nevykonávali alebo sú predmetom výskumu. Takýto postup schvaľuje etická komisia zariadenia. Pacient musí byť o takejto skutočnosti informovaný. Urologické operácie zasahujú intímnu sféru bytia jedinca. V tom spočíva ich náročnosť pre oblasť prežívania, sklon k depresívnym stavom a emočným postihom. Na mnohých pracoviskách nemajú samostatnú miestnosť, v ktorej by mohli posky-

tovať citlivé informácie a zlé správy pacientom a príbuzným. Použitie chodby alebo iných miest, kde by si ktokoľvek mohol vypočuť rozhovor, je nerešpektovanie základného práva pacienta na súkromie (5, 7).

Základná právna úprava informovaného súhlasu v právnom poriadku Slovenskej republiky je obsiahnutá v Dohovore o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny a v zákone č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej iba „zákon o zdravotnej starostlivosti“). Úprava poučenia pacienta a jeho súhlasu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti je obsiahnutá v § 6 zákona o zdravotnej starostlivosti. Ošetrojúci zdravotnícky pracovník je povinný informovať o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. V súlade s ustanovením § 6 ods. 1 písm. b) sú **osobami nespôsobilými udeliť informovaný súhlas**: maloleté dieťa, osoba pozbavená spôsobilosti na právne úkony, osoba s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony. Ošetrojúci zdravotnícky pracovník je povinný poskytnúť poučenie zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas a primerane rozumovej a vôľovej vyspelosti a zdravotnému stavu osoby, ktorú má poučiť. Problémom je iba rámcové určenie obsahu poučenia v zákone o zdravotnej starostlivosti. Určité spresnenie obsahuje Etický kódex zdravotníckeho pracovníka, ktorý je prílohou zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti. Etický kódex stanovuje, že zdravotnícky pracovník je povinný v rozsahu svojich kompetencií zrozumiteľným spôsobom poučiť pacienta alebo jeho zákonného zástupcu o charaktere ochorenia, zamýšľaných diagnostických a liečebných postupoch vrátane rizík o uvažovanej prognóze a o ďalších dôležitých okolnostiach, ktoré môžu nastať v priebehu diagnostiky a liečby (2, 8).

Negatívny reverz – odmietnutie liečby pacientom

Informovaný súhlas pacienta je najdôležitejším predpokladom poskytnutia zdravotnej

starostlivosti. **Akýkoľvek diagnostický alebo liečebný úkon môže byť uskutočnený len v prípade, že na takýto úkon udelí pacient alebo jeho zákonný zástupca informovaný súhlas, s výnimkou v zákone jednoznačne uvedených situácií.** Právom pacienta, prípadne právom toho, kto je oprávnený dať informovaný súhlas, je právo informovaný súhlas odmietnuť alebo kedykoľvek odvolať. **V prípade, že pacient odmieta hospitalizáciu, liečebný alebo diagnostický výkon, prípadne navrhovanú liečbu, musí byť tento nesúhlas dokumentovaný.**

Platí to aj v prípadoch, keď pacient odmietne lekárom navrhovanú optimálnu liečbu a zvolí alternatívny postup, ktorý je tiež správny, ale v danom prípade nie optimálny alebo nie ten najlepší. V prípade komplikácií alebo neúspechu takéhoto postupu musí lekár alebo zdravotnícke zariadenie dokázať, že pacientovi bol navrhovaný postup, ktorý mohol byť v danom konkrétnom prípade účinnejší, ale pacient ho napriek poučeniu odmietol. Keďže získanie informovaného súhlasu a poučenie pacienta je zákonnou povinnosťou poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, musí tento dokázať, že si svoju povinnosť splnil. **Písomná forma odmietnutia navrhovanej liečby je na rozdiel od ústneho tvrdenia nespochybniteľná.** Právne relevantné je len také odmietnutie liečby pacientom, ktoré nasledovalo po dokázateľne úplnom poučení pacienta o možných rizikách a následkoch jeho rozhodnutia. Optimálne by bolo poučenie a odmietnutie navrhovaného liečebného alebo diagnostického postupu realizovať v závažných prípadoch pred svedkami alebo v prítomnosti príbuzných pacienta a za účasti nielen ošetrojúceho lekára, ale aj vedúceho pracoviska (9).

Etika v urologickom ošetrovateľstve

Ošetrovateľstvo ako multidisciplinárny vedný odbor by malo kontinuálne spájať všetky aspekty etiky a legislatívy. Nesprávny legislatívny postup by mohol vyvrcholiť až do právnych následkov. Preto má aj zdravotnícka etika svoje normy a princípy, ktoré musí každopádne dodržiavať. Tieto normy a princípy boli stanovené tak, aby zachytávali každú položku týkajúcu sa bežnej praxe. Sú to princípy: beneficencie, non-maleficiencie, justície, autonómie. Ošetrovateľstvo by malo byť holistické, malo by spájať všetky tieto princípy, ktoré nevytvýňujú ani právne normy. Dôležité je uvedomiť

si, spoznať a prijať za svoje uvedené racionálne základy v ošetrovateľstve týkajúce sa etiky a práva v tomto vednom odbore a v jeho praxi:

- **Princíp beneficencie** – zdravotnícky pracovník realizuje všetky liečebné, ošetrovateľské a diagnostické úkony tak, aby priniesli pacientovi osôh. Ide o princíp konania maximálneho dobra vo vzťahu k pacientovi.
- **Princíp nonmaleficiencie** – princíp neškodnosti žiada vylúčenie akéhokoľvek ublíženia pacientovi pri diagnostických, terapeutických a ošetrovateľských úkonoch. Známý pod názvom „Nihil nocere“ (5).
- **Princíp autonómie** – autonómia znamená aj všeobecne nezávislosť, samobytnosť. Pri uplatňovaní autonómie sa v praxi zväčša sústreďujeme na uspokojenie primárnych potrieb, čo nie je z etického hľadiska a holistického prístupu úplne správne. Mali by sme pacientovi umožniť autonómiu aj po psychickej stránke. Mala by mu byť poskytnutá možnosť výberu, kto sa o neho bude starať, možnosť prediskutovať svoje problémy, keď bude cítiť potrebu a podobne. Autonómia by teda nemala byť orientovaná iba na jednotlivé časti ošetrovateľstva, ale tiež by mala byť ponímaná holistickým spôsobom.
- **Princíp justície (Justice)** – z hľadiska ošetrovateľstva je veľmi dôležitý, pretože prepája každý jeden princíp. Bez ohľadu na to, ako zdravotnícky pracovník pristupuje k pacientovi, musí dodržiavať pri každom výkone tento princíp. Ošetrovateľstva sa dotýka najmä v usmerňovaní činnosti. Dohľad nad dodržiavaním postupov a predpisov vykoná-

vajú auditori. Pacienta sa toto dotýka v takom svetle, že mu je poskytnutá **kvalitná ošetrovateľská starostlivosť, ktorá je v súlade s právnymi normami**. Každý má mať právo na prístup k takému štandardu zdravotnej starostlivosti, ktorý je uzákonený v Slovenskej republike a ktorý je v súlade so súčasným stavom lekárskej vedy. Právo na adekvátnu kvalitu zdravotnej starostlivosti znamená, že práca zdravotníckych profesionálov musí byť na vysokej profesionálnej úrovni a musí byť dobre koordinovaná (4, 10).

Vybrané psychologicko-etické aspekty onkourologických ochorení

Ochorenie veľmi negatívne vplýva na psychiku, resp. na vznik a priebeh ochorenia. Chorý človek sa ocitne v novej sociálnom postavení – **postavení pacienta**. Každoročne pribúdajú pacienti, ktorým sa diagnostikovali **nádory urogenitálneho systému**. Samotná choroba, ako aj dochádzka do zdravotníckeho zariadenia spôsobuje pacientom značný diskomfort, ktorý výrazne ovplyvňuje nielen ich fyzický, ale aj psychický stav. Nádorové ochorenie ovplyvňuje všetky atribúty života – bio-psycho-sociálne a spirituálne. Symptómy ochorenia spôsobujú fyzické utrpenie – bolesť, poruchy spánku, obmedzujú pohybovú aktivitu a schopnosť starať sa sám o seba. U pacientov sa prejavujú emocionálne stavy ako strach, úzkosť, smútok, beznádej a depresia. **Primeraný psychoterapeutický prístup ošetrovateľského tímu je potrebný a nevyhnutný už pred stanovením definitívnej**

diagnózy ochorenia. Ochorenie si vyžaduje kvalitnú lekársku pomoc, ale aj hlboko ľudskú starostlivosť zo strany sestier (3, 11).

Najčastejšou rakovinou, ktorá postihuje mužský reprodukčný systém, je rakovina prostaty a semenníkov, v zriedkavých prípadoch rakovina penisu. Rakovina jednotlivých ústrojov reprodukčného systému ovplyvňuje sexualitu. Ide aj o rakovinu orgánov, ktorých liečba môže narušiť krvné zásobenie penisu alebo spôsobiť zmenu telesného vzhľadu, sprevádzanú stratou sexuálnej príťažlivosti a pocitom neatraktívnosti. Vyčerpanie samotnou chorobou a liečbou, úzkosť, strata sebaúcty a celkové oslabenie organizmu často znižujú potenciu. Rakovina semenníka sa vyskytuje hlavne u mladých mužov v reprodukčnom veku, v období snahy založiť si rodinu. Pre mladých pacientov je dôležité hovoriť s lekárom nielen o sexualite, ale aj o fertilitate (plodnosti) (1, 2).

Záver

Človek je často konfrontovaný s prostredím zdravotníctva ako pacient. Cieľom zdravotníkov je zaistiť odbornú vysoko humánnu liečebnú a ošetrovateľskú starostlivosť. Právo človeka na dôstojné zaobchádzanie v zdraví a v chorobe je základom etických princípov. Zdravotnícki pracovníci by mali tieto etické princípy nielen ovládať, ale byť schopní uvádzať ich aj do svojej každodennej praxe. Úroveň kvality poskytovania zdravotníckych služieb je významným kritériom morálnej vyspelosti každej krajiny.

Autorka prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno žádnou společností.

LITERATÚRA

1. Ondriová I, et al. Vybrané kapitoly zo zdravotníckej etiky. Prešov: Vydavateľstvo PU 2015: 125–134.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press 2009: 400–417.
3. Heřmanová J, et al. Etika v ošetrovateľskej praxi. Praha: Grada 2012: 200.
4. Bartončíková D, Tomová Š. Význam komunikácie v intenzívnej ošetrovateľskej péči. In: Tomová Š, Křivková J. Komunikace s pacientem v intenzivní péči. Praha: Grada 2016: 52–57.
5. Kováč P. Poučenie a súhlas pacienta v Slovenskej republike. Zdravotnícke právo v praxi 2018; 2: 33–35.
6. Haškovcová H. Lékařská etika, 4. aktualiz. a rozšir. vyd. Galén 2015: 225.
7. Laciaková L, et al. Predchádzajúce pranie a pranie nebyť resuscitovaný v právnom poriadku Slovenskej republiky. Via pract. 2017; 14(4): 208–213.
8. Olejárová I. Negatívny reverz – odmietnutie liečby pacientom. Anestéziol. intenzívna med. 2015; 4(1): 30.
9. Dostálová O. Nemoc jako křižovatka: rady onkologickým pacientům. Praha: Triton 2018: 351.
10. Zacharová E. Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing 2017: 264.
11. Janíková E, Zeleníková R. Ošetrovateľská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studiu. Praha, Grada 2013: 256. ISBN 9788024744124.

Dlouhodobě usilujeme o společensky odpovědný přístup k našemu podnikání. Důkazem je titul:



Odpovědná firma roku 2019 Olomouckého kraje

SOLEN MEDICAL EDUCATION