Ročník XVIII ISSN 1339-4193 www.solen.sk

Paliatívna medicína a liečba bolesti

2025 e1

Prehľadové články / Review articles

» **Význam paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti**
The importance of palliative nursing care

Lieky a liekové skupiny / Drugs & drug classes

» **Použitie chloralhydrátu v detskej domácej paliatívnej starostlivosti**
Use of chloral hydrate in pediatric home palliative care

Pôvodné články / Original articles

» **Úľavové faktory malígnej bolesti – kazuistika z domácej hospicovej starostlivosti**
Alleviating factors of malignant pain – a case study from home hospice care

» **Klinický prípad pacientky s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc na neinvazívnej ventilácii**
Case study of a patient with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive ventilation

Odborné podujatia / Events

» **Správa z 8. konferencie Slovenskej spoločnosti paliatívnej medicíny**

» **Reflektovanie paliatívnej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb – správa z konferencie**

» **Správy zo zahraničných odborných podujatí**

Časopis je indexovaný v Bibliographia medica Slovaca (BMS)

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Knižná novinka



Z obsahu:

Starnutie a ako ho oddialiť?
Biológia nádorov vyššieho veku
Špecifiká diagnostiky a liečby malígnych nádorov v séniu
Primárna a sekundárna prevencia
Terciárna a kvartérna prevencia v starobe
Komplexné geriatrické vyšetrenie v onkológii
Epidemiológia zhubných nádorov u seniorov
Zobrazovacie metódy a hodnotenie klinickej odpovede
Diagnostika nádorov v séniu
Liečba
Prístup k pacientom
Podporná liečba
Liečba nádorov tráviaceho traktu u seniorov
Uroonkologická problematika v séniu
Malígne nádory pľúc u seniorov
Malobunkový karcinóm pľúc u seniorov
Nádory hlavy a krku u starších pacientov
Karcinóm prsníka v geriatrickom veku
Gynekologické nádory
Vybrané typy malígnych lymfómov a ich špecifiká vo vyššom veku
Malígne nádory kože v séniu
Malígne nádory endokrinných žliaz
Zriedkavé malignity v séniu
Manažment nádorovej bolesti v séniu
Niektoré vybrané časté problémy starších pacientov
Dispenzarizácia a rehabilitácia u onkologických pacientov v séniu

Geriatrická onkológia, perspektíva budúcnosti alebo realita dneška? predstavuje komplexný pohľad kolektívu autorov na zložitú problematiku malignít u seniorov. Publikácia je spracovaná do 23 kapitol s mnohými subkapitolami, ktoré sú spracované na modernej vedeckej a edukačnej úrovni, bohato doplnená citáciami, obrazovými a tabuľkovými dokumentmi z medicíny založenej na dôkazoch.
Publikácia je určená lekárom pracujúcim v odbore onkológia, ale je pripravovaná aj na pomoc pregraduálnej aj postgraduálnej výchove mladých kolegov. Veríme, že bude významným prínosom aj pre odborníkov medziodborových špecializácií.

Hlavný zostavovateľ:
Doc. MUDr. Mária Wagnerová, CSc.

Recenzenti:
Prof. MUDr. Stanislav Špánik, CSc.
Prof. MUDr. Michal Mego, DrSc.

Rok vydania: 2025
Počet strán: 472
Formát: 165 x 240 mm

Objednávajte na:
www.solen.sk

Cena: 40 €

Akciová cena: 30 €
(do 31. 8. 2025)

Milé kolegyne a kolegovia,



v tomto čísle chcem upriamiť Vašu pozornosť na novú rubriku: Predstavujeme hospice a paliatívne oddelenia, ktorej cieľom je priniesť prehľad možností poskytovania paliatívnej starostlivosti. Dozviete sa veľmi zaujímavé informácie o troch detských mobilných hospicoch: PLAMIENOK, SVETIELKO NÁDEJE a SVETIELKO POMOCI. V budúcich číslach by sme chceli postupne predstaviť všetky hospice a paliatívne oddelenia na Slovensku. Veríme, že to bude prínosné nielen pre nás, ktorí pracujeme v paliatívnej starostlivosti, ale aj pre lekárov iných špecializácií, pre ďalších odborníkov i širokú verejnosť, nakoľko z uvedeného materiálu by sme chceli na záver zostaviť informačnú publikáciu.

Podnetnou a do všetkých dimenzií ľudského bytia zasahujúcou je aj kazuistika z domácej hospicovej starostlivosti od MUDr. Otrubovej, týkajúca sa malígnej bolesti, ktorú nájdete v rubrike Pôvodné články. Rovnako zaujímavým je aj klinický prípad pacientky s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc na neinvazívnej ventilácii od autorského kolektívu pod vedením Mgr. Hlinkovej, PhD.

Článok MUDr. Jasenkovej o použití chloralhydrátu je inšpirujúci a veľmi nápomocný v klinickej praxi odborníkov detskej paliatívnej starostlivosti a podľa recenzenta je pre všetkých „paliatívcov príjemným rozšírením znalostí.“ Nájdete ho v rubrike Lieky a liekové skupiny.

O potrebe posilniť vzdelávanie sestier v rámci postgraduálneho vzdelávania referujú PhDr. Jana Nemcová, PhD. a Mgr. Edita Hlinková, PhD. v prehľadovom článku podčiarkujúcom význam paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Veľmi bohatou je tentokrát aj rubrika týkajúca sa správ z odborných konferencií, ktoré sa uskutočnili na Slovensku i v Českej republike. Sme veľmi radi, že sa aj takouto formou môžeme vzájomne stretávať, rozvíjať spoluprácu a deliť sa o najnovšie informácie.

Už teraz sa môžete prihlásiť na 9. konferenciu paliatívnej medicíny, ktorá sa uskutoční 7. novembra 2025 v hoteli Senec. Jej hlavnou témou bude akútna paliatívna starostlivosť. Tešíme sa na spoločné stretnutie a zaujímavú diskusiu.

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

Obsah

Content

Úvodné slovo
Editorial

3 Prof. PhDr. Mgr. Patricia Dobríková, PhD. et PhD.
Úvodné slovo

Prehľadové články
Review articles

6 PhDr. Jana Nemcová, PhD., Mgr. Edita Hlinková, PhD.
Význam paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti
The importance of palliative nursing care

Lieky a liekové skupiny
Drugs & drug classes

9 MUDr. Mária Jasenková
Použitie chloralhydrátu v detskej domácej paliatívnej starostlivosti
Use of chloral hydrate in pediatric home palliative care

Pôvodné články
Original articles

13 MUDr. Zuzana Otrubová
Úľavové faktory malígnej bolesti – kazuistika z domácej hospicovej starostlivosti
Alleviating factors of malignant pain – a case study from home hospice care

17 Mgr. Edita Hlinková, PhD., PhDr. Jana Nemcová, PhD., Mgr. Jana Olajcová, Mgr. Mária Tabaková, PhD.
Klinický prípad pacientky s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc na neinvazívnej ventilácii
Case study of a patient with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive ventilation

PALIATÍVNA MEDICÍNA A LIEČBA BOLESTI

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

Ročník 18, 2025, číslo 1e, vychádza 2-krát ročne
Dátum vydania: júl 2025

Redakčná rada:
prof. PhDr. Mgr. Patricia Dobríková, PhD. et PhD., MUDr. Lucia Dzurillová, MUDr. Miroslav Ferenčík, MBA, MUDr. Jana Hoozová, MUDr. Katarína Jakubovitšová, MUDr. Mária Jasenková, MUDr. Peter Križan, CSc., MUDr. Kristina 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 Dobríková, PhD. et 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, redakcia@solen.sk

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

Grafická úprava a sadzba:
Ján Kopčok, kopcok@solen.sk

Predplatné časopisu:
Časopis vychádza online, na bezplatný prístup k obsahu je potrebná registrácia a vytvorenie používateľského účtu na stránke www.solen.sk.

Všetky publikované články prechádzajú recenziou.
Registrácia MK SR pod číslom EV 3582/09 a EV 265/24/EPP, ISSN 1339-4193 (online)
Časopis je indexovaný v Bibliographia medica Slovaca (BMS). Citácie sú spracované v CiBaMed.
Citačná 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.

Predstavujeme hospice a paliatívne oddelenia
Introducing hospices and palliative care departments

24 MUDr. Mária Jasenková
Predstavujeme PLAMIENOK n.o. – detská paliatívna starostlivosť, smútková terapia a psychologické poradenstvo pre rodiny, vzdelávanie odborníkov aj laikov

28 Mgr. Dária Deržáková
Predstavujeme Detský mobilný hospic SVETIELKO NÁDEJE

32 Miroslava Hunčíková
Predstavujeme Detský mobilný hospic SVETIELKO POMOCI, Košice

Odborné podujatia
Events

34 MUDr. Barbora Slabá
Správa z 8. konferencie Slovenskej spoločnosti paliatívnej medicíny

38 Mgr. Anna Menkynová, MBA, Mgr. Zuzana Záhoráková, PhDr. Erika Štangová, PhD.
Reflektovanie paliatívnej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb – správa z konferencie

41 MUDr. Leona Šóthová
Správy zo zahraničných odborných podujatí



Význam paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti

PhDr. Jana Nemcová, PhD., Mgr. Edita Hlinková, PhD.
Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť sa zakladá na ošetrovateľských hodnotách, rozvoji poznatkov, ktoré zahŕňajú klinickú prax, vzdelávanie a výskum pre podporu pacientov s život limitujúcimi chorobami, aby žili s čo najlepšou kvalitou života až do svojej smrti.

Kľúčové slová: paliatívna ošetrovateľská starostlivosť, sestra, vzdelávanie

The importance of palliative nursing care

Palliative nursing care is based on nursing values, development of knowledge that includes clinical practice, education, and research to support patients with life-limiting diseases to live with the best quality of life until their death.

Key words: palliative nursing care, nurse, education

Paliat. med. liec. boles., 2025;18(1e):6-8

Paliatívna starostlivosť je založená na koncepcii vážneho utrpenia súvisiaceho so zdravím, ktoré narúša fyzické, psychické, sociálne a duchovné fungovanie človeka. Paliatívna starostlivosť sa zameriava viac na zmiernenie utrpenia ako na chorobu a poskytuje sa viac na základe potreby ako prognózy (1).

Počet globálne stratených životov následkom pandémie COVID-19 sú strohou pripomienkou potreby zabezpečiť, aby starostlivosť na konci života bola pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti prioritou, bez ohľadu na ich geografické umiestnenie a zdravotný systém. Potreba paliatívnej starostlivosti nikdy nebola taká veľká ako v období pandémie a naďalej sa rýchlo zvyšuje aj v dôsledku starnutia populácie, nárastu nádorových ochorení a iných neprenosných chorôb. Význam paliatívnej starostlivosti pri úľave od ťažkého utrpenia, náročnom rozhodovaní, či komplikovanom smútku, sú problémy, ktoré paliatívna starostlivosť, súčasne so závažnými telesnými problémami a symptómami, rieši. Očakáva sa, že do roku 2060 sa potreba paliatívnej starostlivosti na konci života zdvojnásobí (2).

Paliatívna starostlivosť má tendenciu byť pre mnohých pacientov nedostatočne využívaná, nedostupná alebo aplikovaná v trajektórii ochorenia príliš neskoro. Ľudia starnú a žijú s nevyliečiteľnými chorobami so zložitými potrebami dlhšie, a dopyt po kvalitnej paliatívnej starostlivosti s rešpektom k individuálnemu prístupu k pacientom, bude narastať (3, 4).

Atlas paliatívnej medicíny v Európe uvádza, že na Slovensku je paliatívna starostlivosť dostupná v priemere pre 0,4 pacientov na 100 000 obyvateľov, zatiaľ čo v Európe je priemer 0,8 na 100 000 obyvateľov (5). Potvrdzuje nám to, že na Slovensku, orientovanie sa len na „víťaznú medicínu“, stále pretrváva.

Rozvoj paliatívnej starostlivosti na Slovensku vychádza z *Koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti*, ktorú vydalo Ministerstvo zdravotníctva SR ešte v roku 2006 (6). Štandard pre paliatívnu ošetrovateľskú starostlivosť prezentuje *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v paliatívnej starostlivosti (u dospelých)*, ktorý uvádza odporúčania pre prax ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s život limitujúcimi ochoreniami a umierajúcich. Tento štandard je legislatívne záväzný (od 1. januára 2019) a má slúžiť pre rozvoj kvality v oblasti poskytovania paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti (7). Plnenie štandardu predpokladá vzdelávanie sestier v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestry by mali byť pripravené na uplatnenie najmodernejších klinických poznatkov, komunikačných schopností, empatického a súcitného správania, čo im umožní zvládať náročnosť utrpenia a bolesti, ktorým čelia pacienti a ich blízki. Sestry v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti si musia zachovať ošetrovateľské hodnoty a zároveň rozvíjať svoje poznatky, ktoré zahŕňajú klinickú prax, vzdelávanie a výskum, aby mohli podporovať pacientov a ich rodiny, ktorí žijú dlhšie s ich problémami a zároveň, aby žili s čo najlepšou kvalitou života až do svojej smrti (8).

Prečo je dôležité vzdelávať sestry v paliatívnej starostlivosti vychádza zo skutočnosti, že sestry sa často cítia nedostatočne pripravené na svoju rolu v starostlivosti o ľudí s život limitujúcimi ochoreniami a potrebujú viac odborných poznatkov v oblasti liečby bolesti, symptómov, komunikácie a riešení etických dilem, adekvátneho postoja k smrti a umieraniu. Nedostatočná pripravenosť na paliatívnu starostlivosť, z dôvodu absencie potrebných vedomostí, vedie k nezáujmu až odmietaniu pracovať s ťažko chorými, starými a umierajúcimi, a stáva sa stresujúcou oblasťou v ošetrovateľskej profesii (9).

Sestry, aby získali sebavedomie a morálnu silu vykonávať paliatívnu starostlivosť, potrebujú vzdelávanie o kľúčových princípoch a komunikačných spôsobilostiach a byť splnomocnené zapojiť sa do rozhovorov so svojimi pacientmi a rodinami, k čomu potrebujú mať aj legislatívnu podporu vo vzdelaní. Neexistujúce samostatné špecializačné vzdelávanie v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti vedie k premeškaným príležitostiam na poskytovanie potrebnej a prospešnej starostlivosti pre pacientov, ich rodiny/blízkych (10).

Neočakáva sa, že všetky sestry budú mať rovnakú úroveň vzdelania v paliatívnej starostlivosti, ale malo by sa to odvíjať od stupňa zapojenia paliatívnej starostlivosti do ich každodennej pra-

xe. Podľa odporúčaní pre vzdelávanie sestier sú v Európe navrhnuté tri úrovne vzdelávania, ktoré potrebujú sestry na to, aby vyhoveli potrebám pacientov vyžadujúcich paliatívnu starostlivosť. Základná úroveň sa má realizovať už v pregraduálnom vzdelávaní, keď budú sestry pracovať vo všeobecnej zdravotnej starostlivosti, pričom sa stretávajú aj so situáciami pacientov, ktoré si vyžadujú paliatívny prístup. Pokročilá úroveň vzdelávania v paliatívnej starostlivosti sa očakáva od sestier, ktoré pracujú v špecializovanej paliatívnej starostlivosti (paliatívne oddelenie, hospic, mobilný hospic) alebo aj vo všeobecnej starostlivosti, kde sú viac zapojené do starostlivosti, ak sa ukončí kuratívna liečba a pacient a ich blízki vyžadujú paliatívnu starostlivosť. Sestra špecialistka v paliatívnej starostlivosti by mohla pracovať ako manažérka alebo byť zodpovedná za konzultácie, vzdelávanie a výskum v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti (11).

Vo viacerých štátoch existujú všetky tri úrovne vzdelávania v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti (napr. v Holandsku, Nórsku, Portugalsku, Francúzsku, Nemecku, Írsku, Rumunsku, Švédsku, Švajčiarsku, Veľkej Británii). Iniciatívy na ďalší rozvoj v rámci postgraduálneho vzdelávania sú napríklad vo Fínsku a Rakúsku. V krajinách ako Dánsko, Fínsko, Grécko, Nórsko, Portugalsko, Rumunsko, Španielsko sú zabezpečené opatrenia na uznanie paliatívnej starostlivosti ako ošetrovateľskej špecializácie (12).

Pregraduálne vzdelávanie na vysokých školách na Slovensku, ktoré ponúkajú študijný odbor ošetrovateľstvo, majú vo svojom portfóliu zahrnutý predmet paliatívna starostlivosť alebo ošetrovateľstvo v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Ak škola nemá paliatívnu starostlivosť ako samostatný predmet, zvyčajne je súčasťou onkologického či interného ošetrovateľstva (13). Nateraz však nemáme v postgraduálnom štúdiu na Slovensku akreditovaný špecializačný program ani certifikovanú pracovnú činnosť v odbore paliatívna ošetrovateľská starostlivosť či ošetrovateľská starostlivosť o nevyliečiteľne chorých a umierajúcich (14). Pritom sa uvádza v poslednej Koncepcii zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti (5), odporučiť do právnych noriem vzdelávanie pre kategóriu sestra ako „ošetrovateľská paliatívna starostlivosť“. Téma paliatívnej starostlivosti pre sestry je zahrnutá v iných špecializačných programoch pre zdravotnícke povolanie sestra. Určite to má význam pre sestry viacerých špecializácií, ale neumožňuje to autonómne postavenie paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti s prienikom k rozvoju teórie, vzdelávania a výskumu, čo môže byť zdrojom aj pre rozvoj v iných sesterských špecializáciách a vzdelávacích moduloch.

Jeden z medzinárodne uznaných programov vzdelávania v paliatívnej starostlivosti pre sestry bol nazvaný ako Edukácia v starostlivosti o zomierajúcich (End-of-Life Nursing Education Consortium, ELNEC). Program ELNEC vznikol ako národná iniciatíva v USA na zlepšenie paliatívnej starostlivosti. Od roku 2005 sa začal tím ELNEC zaoberať medzinárodnými vzdelávacími osnovami. Medzinárodne vzdelávacie osnovy boli vytvorené tak, aby zohľadňovali kultúrne hľadiská jednotlivých krajín, zdravotnícke postupy, dostupnosť liekov na tlmenie bolesti. Dôležitý aspekt kurikula predstavovala sestra a jej postavenie a úloha v zdravotnom systéme danej krajiny (15).

Prvý medzinárodný program ELNEC sa realizoval v Európe v roku 2006 v Salzburgu, na ktorom sa zúčastnilo 38 predstaviteľov ošetrovateľstva vo vzdelávaní a klinickej praxi zo 14 krajín východnej a strednej Európy, a krajín bývalého Sovietskeho zväzu. Základný program je ELNEC – Core, ktorý obsahuje 8 modulov vzdelávania a ďalšie programy pre sestry v pediatrii, onkológii, intenzívnej starostlivosti, geriatrii a pre veteránov. V snahe zlepšovať starostlivosť o ťažko chorých a zomierajúcich program ELNEC pokračuje ďalej vo vzdelávaní opatrovateľov (16).

Starostlivosť pre ľudí v posledných fázach života sa väčšinou nerealizuje v špecializovaných zariadeniach pre paliatívnu starostlivosť, ale aj vo všeobecnom prostredí zdravotníckych zariadení, ako sú liečebne dlhodobo chorých, ale aj zariadenia pre seniorov. Domovy sociálnych služieb pre seniorov sa stávajú dôležitým miestom, kde počet seniorov vyžadujúcich paliatívnu starostlivosť a starostlivosť o zomierajúcich narastá (17). Vzdelávacia iniciatíva zameraná na paliatívnu starostlivosť pre personál v zariadeniach pre seniorov viedla k tvorbe Programu paliatívnej starostlivosti o seniorov (Palliative Care for Elderly people, PACE). Program PACE vznikol ako vzdelávanie na zlepšenie paliatívnej starostlivosti v zariadeniach pre seniorov. Vzdelávanie bolo založené na školení vybraných koordinátorov, aby sa princípy a postupy paliatívnej starostlivosti implementovali do daného prostredia. Projekt bol zameraný na vytvorenie partnerstva medzi zdravotníckymi pracovníkmi, seniormi a ich rodinami, dokumentáciu a vedomosti zdravotníckych pracovníkov (18).

Vzdelávanie a podpora sestier pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti vyžaduje prispôsobiť vzdelávacie programy v oblasti paliatívnej starostlivosti praxi založenej na dôkazoch, aby tieto boli dostupné pre sestry vo všetkých prostrediach starostlivosti. Všetky vysokoškolské sestry by mali mať kompetencie v paliatívnej starostlivosti, ktoré sú integrované do bakalárskeho a magisterského štúdia ošetrovateľstva, bez ohľadu na oblasť špecializácie, s cieľom zabezpečiť stabilný počet sestier, ktoré dokážu riešiť potreby paliatívnej starostlivosti v rôznych klinických prostrediach. Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť si zároveň vyžaduje aj inštitucionálnu podporu vzdelávania v samostatnom špecializačnom vzdelávaní, či aspoň certifikovanej pracovnej činnosti pre výchovu špecialistov, ktorí budú usilovať o implementovanie poznatkov praxe založenej na dôkazoch, ako aj o rozvoj teórie, výskumu a vzdelávania a posilňovanie iniciatív na poskytovanie paliatívnej starostlivosti pacientom a rodinám v systéme zdravotnej starostlivosti.

Autorky článku čestne vyhlasujú, že nemajú žiadny potenciálny konflikt záujmov.

Literatúra

1. Radbruch L, De Lima L, Knaul F et al. Redefining Palliative Care – A new Consensus-Based Definition. Journal of Pain

and Symptom management. 2020; 60(4):754-764. Dostupné na: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392420302475
2. Connor SR, et al. Global Atlas of Palliative Care [online]. 2. vyd. London, 2020: The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. Dostupné na: http://www.thewhpca.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care
3. Seow H, Bainbridge D. Measuring the Quality of Palliative Care at End of Life: An Overview of Data Sources. In: Healthy Aging & Clinical Care in the Elderly [online]. 2016; 8(9):9-15. Dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/305418425_Measuring_the_Quality_of_Palliative_Care_at_End_of_Life_An_Overview_of_Data_Sources.
4. Sandsdalen T, Wilde-Larsson B, Grondahl VA. Patients' Perceptions of The Quality of Palliative Care And Satisfaction – A Cluster Analysis'. Journal of Multidisciplinary Healthcare [online]. 2019;12:903-915. Dostupné na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6857653/pdf/jmdh-12-903.pdf. doi:10.2147/JMDH.S220656
5. Arias-Kasas N, et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe [online]. 3. vyd. Vilvoorde: EAPC Press, 2019. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/333390123_EAPC_Atlas_of_Palliative_Care_in_Europe_2019#fullTextFileContent ISBN 9789463883443
6. Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti. Vestník MZ SR, roč. 54, 31. augusta 2006. Dostupné na: file:///d:/Downloads/vestnik-2006-08-31-4.pdf
7. Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v paliatívnej starostlivosti (u dospelých). MZ SR podľa § 45 ods. 1 písm. b) zákona 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. 1. apríla 2019. Dostupné na: file:///d:/Downloads/KOM_pacienta_v_paliativnej_starostlivosti_u_dospelych-1.pdf
8. Moran S, Bailey ME, Dood O: Role and contribution of the nurse in caring for patients with palliative care needs: A scoping review. PLOS ONE, 2024. Dostupné na: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307188 August 23, 20249.
9. Harazneh L, Ayed A, Fashafsheh I. Knowledge of Palliative Care among Bachelors Nursing students. Journal of Health, Medicine and Nursing. 2015;18:25-32. Dostupné na: file:///d:/Downloads/KnowledgeofPalliativeCareamongBachelorsNursingStudents.pdf
10. Hagana TL, Xub J, Lopezc LP, et al. Nursing's role in leading palliative care: A call to action. Nurse Educ Today. 2018;61:216-219.
11. Radbruch L, Payne S. Standardy a normy. Hospicové a paliativní péče v Europě. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči. 2010; preklad Dvořák J. Vyd. Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny. ISBN 978-904516-1-2
12. Pereira SM, Hernández-Marrero P, Pasman HR, et al. Nursing education on palliative care across Europe: Resultsand recommendations from the EAPC.Taskforce on preparation for practice in palliative care nursing across the EU based on online--survey and country reports. Palliat Med. 2021;35(1):130-141.
13. Schmidtová Z, Bednáriková E, Spáčilová Z. Vzdelávanie sestier v paliatívnej starostlivosti na Slovensku. Paliatívna medicína a liečba bolesti. 2012;5(1):30-31.
14. Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností.
15. Ferrell B, Malloy P, Virani R. The end of life nursing education nursing consortium project. Ann Palliat Med. 2015;4(2):61-69. Dostupné na: file:///d:/Downloads/apm-04-02-061.pdf
16. Budkaew J, Chumworathayi B. Knowledge and Attitudes toward Palliative Terminal Cancer Care among Thai Generalists. Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14(10):6173-6180. Dostupné na: http://koreascience.or.kr/article/JAKO201305981338133.page
17. Hermans K, Spruytte N, Cohen J, et al. Informed palliative care in nursing homes through the interRAI Palliative Care instrument: a study protocol based on the Medical Research Council framework. BMC Geriatr. 2014;14:132. Dostupné na: https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-14-132
18. Payne S, Froggatt K, Hockley J et al., PACE Steps to Success Programme Steps towards achieving high quality palliative care in your care home: Information Pack; 2019.Dostupné z: https://www.eapcnet.eu/eu-funded-palliative-care-research/

PhDr. Jana Nemcová, PhD.
Jesseniova lekárska fakulta v Martine,
Ústav ošetrovateľstva
Malá Hora 5, 036 01 Martin
jana.nemcova@uniba.sk



Použitie chloralhydrátu v detskej domácej paliatívnej starostlivosti

MUDr. Mária Jasenková
PLAMIENOK n.o., Bratislava

Chloralhydrát patrí medzi najstaršie centrálne pôsobiace sedatíva a napriek ústupu zo štandardnej klinickej praxe si dodnes nachádza uplatnenie v pediatrii. V detskej domácej paliatívnej starostlivosti môže byť vhodnou voľbou v situáciách, ktoré si vyžadujú symptomatickú liečbu nepokoja, refraktérnej nespavosti, dystónie, spasticity či epileptických záchvatov. Jeho výhodou je možnosť enterálneho alebo rektálneho podania, predvídateľný účinok a relatívne nízke riziko respiračnej depresie v porovnaní s inými sedatívami. Pri správnej indikácii môže chloralhydrát predstavovať bezpečný a účinný liek aj na zmiernenie utrpenia v záverečnej etape života dieťaťa. Článok približuje odporúčané dávkovanie, riziká, preventívne opatrenia, zásady edukácie rodičov a praktické skúsenosti s jeho podávaním v domácom prostredí.

Kľúčové slová: chloralhydrát, detská paliatívna starostlivosť, domáca starostlivosť, sedácia, symptomatická liečba, refraktérna nespavosť, dystónia, epilepsia, starostlivosť na konci života, edukácia rodičov

Use of chloral hydrate in pediatric home palliative care

Chloral hydrate is one of the oldest centrally acting sedatives and, despite its decline in standard clinical practice, it still holds a place in pediatric medicine. In pediatric home-based palliative care programs, it can be a suitable option in situations requiring symptomatic management of restlessness, refractory insomnia, dystonia, spasticity, or epileptic seizures. Its advantages include the possibility of enteral or rectal administration, a predictable effect, and a relatively low risk of respiratory depression compared to other sedatives. When appropriately indicated, chloral hydrate may represent a safe and effective medication for alleviating suffering during the end-of-life period. This article outlines recommended dosing, associated risks, preventive measures, principles of parental education, and practical experience with its use in home settings.

Key words: chloral hydrate, pediatric palliative care, home-based care, sedation, symptom management, refractory insomnia, dystonia, epilepsy, end-of-life care, parental education

Paliat. med. liec. boles., 2025;18(1e):9-12

Úvod

Chloralhydrát patrí medzi najstaršie centrálne pôsobiace sedatíva. Prvýkrát bol syntetizovaný v roku 1832 a klinicky použitý v roku 1870 v Nemecku (4). Napriek tomu, že jeho použitie bolo v priebehu 20. storočia postupne nahradzované modernejšími sedatívami a hypnotikami ako sú midazolam či dexmedetomidín, v pediatrickej praxi v indikovaných prípadoch má stále svoje miesto.

Hlavnou výhodou chloralhydrátu je, že umožňuje dosiahnuť stav pokoja, pričom pacient pri sedatívnych dávkach zostáva ľahko zobuditeľný, a zároveň nie je potrebné ho intubovať alebo podporovať ventiláciu, ako je to pri hlbšej sedácii alebo celkovej anestézii (2).

V súčasnosti sa chloralhydrát najčastejšie používa najmä u malých detí s telesnou hmotnosťou do 15 kg na účely miernej až stredne hlbokej sedácie pri diagnostických a terapeutických výkonoch, ako sú napríklad echokardiografia, CT a MRI vyšetrenia, kanylácia, zubné ošetrenie. Jeho sedatívny účinok je dobre predvídateľný, preto je vhodným liekom aj pri zvládaní refraktérnej nespavosti, nepokoja, dystónie či bolestivých zákrokov v paliatívnom kontexte (2).

Použitie chloralhydrátu v detskej domácej paliatívnej starostlivosti

Chloralhydrát môže byť užitočným a relatívne bezpečným liekom aj v domácom prostredí, najmä v situáciách, ktoré si vyžadujú tlmenie nepohody a utrpenia u detí s pokročilým, život limitujúcim alebo ohrozujúcim ochorením.

Sedácia dieťaťa pri agitovanosti a nespavosti

V detskej domácej paliatívnej starostlivosti sa chloralhydrát môže použiť ako sedatívum pri nepokoji, úzkosti, refraktérnej nespavosti. Dôležité je individuálne nastavenie dávky a starostlivé sledovanie účinku, aby bola sedácia účinná, no zároveň bezpečná. Dieťa môžeme sedovať podľa potreby – buď jednorazovo, alebo pravidelne.

Sedácia počas terapeutických zákrokov doma

Jedným z hlavných cieľov detskej paliatívnej starostlivosti je minimalizácia iatrogénneho utrpenia. Niektoré nevyhnutné terapeutické intervencie môžu spôsobovať zvýšený diskomfort a úzkosť u dieťaťa. Medzi takéto zákroky patrí napríklad zavedenie nazogastrickej sondy (NGS), výmena tracheostomickej kanyly (TCHS), zavedenie permanentného močového katétra (PK) či aplikácia rektálnych klyziem. Nespoluprácu a motorický nepokoj dieťaťa je potrebné zmierniť tak, aby lekár a sestra mohli tieto zákroky doma vykonať bezpečne, rýchlo a čo najšetrnejšie. Podanie chloralhydrátu uprednostňujeme najmä u malých detí s poruchou vývoja CNS (napr. Edwardsov syndróm, ťažká hypoxická perinatálna encefalopatia a pod.), u ktorých je riziko depresie dýchania po podaní midazolamu vyššie ako

pri chloralhydráte. Zvyčajne na začiatku liečby používame nižšiu sedatívnu dávku 10–20–30 mg/kg, podanú cez nazogastrickú sondu alebo rektálne.

Doplnková liečba farmakorezistentnej epilepsie u detských pacientov v paliatívnej starostlivosti

V liečbe farmakorezistentnej epilepsie, najmä v prípadoch, keď štandardné antiepileptiká zlyhávajú, môže byť chloralhydrát účinným doplnkovým liekom. Nevýhodou je, že jeho antiepileptický účinok je sprevádzaný sedatívnym efektom. Napriek tomu môže byť pravidelné podávanie chloralhydrátu v niektorých situáciách vhodnou možnosťou na zvládnutie záchvatov v domácom prostredí a na prevenciu status epilepticus.

Doplnková liečba dystonií a spasticity

V detskej domácej paliatívnej starostlivosti môže byť chloralhydrát použitý aj ako podporná liečba refraktérnych dystónií a spasticity v prípadoch, keď nie je indikované zavedenie intratekálnej baklofénovej pumpy. U detí s ťažkým neurologickým postihnutím pomáha zmierniť bolestivé svalové stiahnutia, uvoľniť napätie a zlepšiť celkový komfort, najmä v pokročilých štádiách ochorenia. Podáva sa individuálne podľa potreby, najčastejšie v nízkych sedatívnych dávkach.

End of life sedácia

Chloralhydrát môže byť použitý v domácom prostredí aj ako súčasť sedácie na konci života, najmä u malých detí so zavedenou NGS alebo PEG. Má dlhší čas účinku ako midazolam a pri správnom dávkovaní sa považuje za bezpečnejšiu alternatívu s nižším rizikom respiračnej depresie. Pomáha zmierniť refraktérne príznaky, ako sú nepokoj, agitácia či insomnie v terminálnej fáze života.

Farmakokinetika a farmakodynamika chloralhydrátu

Chloralhydrát sa po perorálnom alebo rektálnom podaní pomerne rýchlo vstrebáva. Metabolizuje sa alkoholdehydrogenázou v pečeni a v enterocytoch na aktívny metabolit trichloroetanol (TCE) a trichlóroctovú kyselinu (TCA). Polčas vylučovania chloralhydrátu je krátky (niekoľko minút). Trichlóretanol má dlhý polčas (8 – 12 hod.) a je zodpovedný za sedatívny a hypnotický efekt. Prechádza hematoencefalickou bariérou a vylučuje sa z tela obličkami. Polčas TCE je až do 67 hodín (2,5 dňa). Polčas eliminácie trichlóretanolu môže byť predĺžený u novorodencov alebo pri poruche pečeňových a renálnych funkcií (1).

Dávkovanie a podávanie chloralhydrátu u detí v paliatívnej starostlivosti

Enterálne podanie chloralhydrátu

Chloralhydrát môžeme podávať jednorazovo, intermitentne alebo pravidelne.

Štandardné jednorazové enterálne dávkovanie chloralhydrátu u detí sa pohybuje v rozmedzí 25 – 100 mg/kg, čo zodpovedá 0,25 – 1 ml/kg 10 % roztoku alebo sirupu. Maximálna jednotlivá dávka by nemala presiahnuť 1 – 2 gramy, teda 10 – 20 ml 10 % roztoku. Výber konkrétnej dávky závisí od veku, telesnej hmotnosti, klinickej potreby a individuálnej anamnézy dieťaťa. Nižšie jednotlivé dávky (25 – 50 mg/kg) sú spravidla postačujúce na dosiahnutie mierneho sedatívneho účinku. Pravidelné podávanie á 6 – 8 hod. v tejto dávke je bezpečné a zväčša dostačujúce aj na dlhodobejšiu sedáciu.

Pri prvom podaní, najmä u novorodencov a malých dojčiat s poruchami centrálneho nervového systému, odporúčame podať zníženú dávku v rozsahu 10 – 20 mg/kg vzhľadom na zvýšenú citlivosť respiračného centra a riziko depresie dýchania. Ak po 20 – 30 minútach nedôjde k dostatočnému účinku, je možné dávku jednorazovo navýšiť.

U detí s dlhodobým a opakovaným podávaním chloralhydrátu – napríklad u malých detí so závažnými chronickými ochoreniami vyžadujúcimi opakovanú sedáciu – môže v dôsledku rozvoja tolerancie vzniknúť potreba vyšších dávok na dosiahnutie požadovaného účinku.

Perorálne podanie chloralhydrátu môže byť problematické pre jeho nepríjemnú chuť – a to aj pri použití sirupu či osladeného roztoku (napr. doplnením sladkého čaju do vodného roztoku). Takýto spôsob podania často zvyšuje iritabilitu a nepokoj dieťaťa. Z týchto dôvodov uprednostňujeme aplikáciu prostredníctvom nazogastrickej sondy (NGS) alebo perkutánnej endoskopickej gastrostómie (PEG).

Sedatívny až hypnotický účinok nastupuje v závislosti od podanej dávky a času po jedle. Ak podávame chloralhydrát nalačno, účinok nastupuje už po 10 – 15 min. Ak dieťa pred podaním požilo stravu, čas nástupu sa predĺži aj do 60 min. Trvanie sedatívneho účinku závisí od podanej dávky a rýchlosti metabolizácie a eliminácie, v priemere pri dávke 50 mg/kg trvá 4 – 6 hodín.

Rektálne podanie chloralhydrátu

Rektálne podanie chloralhydrátu býva spojené s relatívne rýchlym nástupom účinku. Dráždivý efekt liečiva na rektálnu sliznicu však často vyvoláva urýchlenú defekáciu, čo môže viesť k potrebe opakovaného podania dávky. Samotný diskomfort spojený s rektálnou aplikáciou zvyšuje iritabilitu dieťaťa a môže si vyžadovať navýšenie dávky.

Opakované rektálne podávanie, ako aj aplikácia roztokov s vyššou koncentráciou chloralhydrátu, zvyšujú riziko vzniku mukóznych lézií a ulcerácií. Z tohto dôvodu neodporúčame používať roztoky s koncentráciou vyššou ako 10 %. Rektálne podanie chloralhydrátu je vhodné najmä ako príležitostná forma aplikácie u malých detí, v prípadoch, keď iné spôsoby podania nie sú realizovateľné alebo sú výrazne obťažujúce.

Riziká podávania chloralhydrátu u detí

Napriek tomu, že je chloralhydrát je v pediatrii dlho používaný a relatívne bezpečný, jeho podávanie so sebou nesie aj určité riziká.

Vracanie po podaní chloralhydrátu je častým nežiaducim účinkom a môže súvisieť s jeho nepríjemnou chuťou a dráždivým účinkom na žalúdočnú sliznicu, najmä pri opakovanom alebo

dlhodobom podávaní. Z našich klinických skúseností vyplýva, že riziko sa znižuje, ak sa liek nepodáva nalačno – napríklad podaním malého množstva mlieka (3 – 5 až 10 ml) malým dojčatám tesne pred sedáciou, čo pomáha ochrániť žalúdočnú sliznicu. Zároveň odporúčame liek pred podaním zriediť vodou v pomere 1 : 1.

V paliatívnej starostlivosti môže dôjsť **k zlyhaniu účinku chloralhydrátu** pri sedácii, najmä u detí s rozvojom tolerancie pri dlhodobom podávaní alebo u detí s pokročilým a progredujúcim ochorením, ktoré užívajú viaceré lieky a majú zmenenú farmakokinetiku. V týchto prípadoch je potrebné upraviť dávkovanie podľa individuálnej tolerancie a klinického stavu dieťaťa. Zlyhanie sedácie môže viesť k nedostatočnej úľave od utrpenia, a preto je nevyhnutné mať pripravený alternatívny liečebný plán – napr. sedácia dexmedetomidínom.

Paradoxný účinok chloralhydrátu u detí sa prejavuje ako neočakávaná hyperaktivita, agitácia alebo delírium namiesto očakávanej sedácie. Paradoxné reakcie sa častejšie vyskytujú u detí v paliatívnej starostlivosti, najmä u tých s poškodením centrálneho nervového systému alebo ťažkými neurologickými ochoreniami, kde je spracovanie liekov aj reakcia na ne často nepredvídateľná. Podanie dexmedetomidínu môže byť alternatíva pre následnú sedáciu dieťaťa (7).

Kašeľ ako nežiaduci účinok po podaní chloralhydrátu je síce zriedkavý, no môže sa vyskytnúť najmä u citlivejších pacientov alebo pri podaní vyšších dávok. Presný mechanizmus jeho vzniku nie je úplne objasnený, predpokladá sa však viacero možných príčin. Jednou z nich je dráždenie sliznice dýchacích ciest v dôsledku kyslého pH roztoku alebo podráždenia hltana, čo môže viesť k reflexnému kašľu. Ďalšou možnosťou je mierna centrálna depresia dýchania, ktorá znižuje kašľový reflex a môže viesť k retencii hlienu, najmä u pacientov s predispozíciou na respiračné ťažkosti (6).

Chloralhydrát môže u detí spôsobiť útlm dýchacieho centra, čo sa prejavuje ako respiračná depresia. Tento nežiaduci účinok je obzvlášť rizikový u dojčiat a predčasne narodených detí, u ktorých je metabolizmus lieku pomalší a účinok dlhšie pretrváva. Respiračná depresia sa môže prejaviť znížením frekvencie dýchania, hypoxiou alebo apnoe, a preto je pri podávaní chloralhydrátu u týchto detí nevyhnutné monitorovanie vitálnych funkcií a saturácie kyslíka. Riziko sa zvyšuje pri vyšších dávkach alebo pri kombinácii s inými tlmivými látkami (6).

Chloralhydrát môže vyvolať rôzne typy **porúch srdcového rytmu**, pričom medzi najčastejšie patria bradykardia, komorové extrasystoly, komorová tachykardia a v závažných prípadoch aj fibrilácia komôr. Významným rizikom je aj predĺženie QT intervalu, ktoré môže viesť k život ohrozujúcej arytmii typu torsade de pointes. Tieto účinky sa častejšie vyskytujú u pacientov so základným srdcovým ochorením, pri elektrolytovej nerovnováhe alebo v kombinácii s inými liekmi ovplyvňujúcimi kardiálnu elektrickú aktivitu (5).

Chloralhydrát bol v niektorých štúdiách na zvieratách spájaný **s potenciálnym karcinogénnym účinkom**, najmä pri dlhodobom podávaní vo vysokých dávkach. U ľudí však nie je tento účinok jednoznačne preukázaný a podľa IARC (Medzinárodnej agentúry pre výskum rakoviny) patrí medzi látky s obmedzenými dôkazmi karcinogenity. V kontexte paliatívnej starostlivosti, kde je liek používaný krátkodobo a symptomaticky, tento teoretický dlhodobý rizikový efekt nepredstavuje klinicky významný problém.

Tolerancia

Pri opakovanom alebo dlhodobom podávaní chloralhydrátu môže u detí vzniknúť tolerancia. V detskej paliatívnej starostlivosti sa s ňou môžeme stretnúť napríklad u detí, ktoré sú liečené sedatívami dlhodobo – pri ťažkej refraktérnej dystónii, epilepsii alebo chronických ochoreniach sprevádzaných ťažkou a pretrvávajúcou agitáciou. Okrem tolerancie existuje aj riziko fyzickej závislosti, najmä ak sa chloralhydrát podáva denne počas niekoľkých týždňov. Náhle vysadenie môže viesť k abstinenčným príznakom, ako sú nepokoj, nespavosť, tachykardia či dokonca záchvaty. Z tohto dôvodu sa odporúča, ak je to možné, rotácia sedatív – najmä pri dlhodobej paliatívnej starostlivosti (9).

Použitie chloralyhydrátu v domácom prostredí

V detskej domácej paliatívnej starostlivosti môže byť chloralhydrát vhodným sedatívom, ak je správne indikovaný a dávkovaný. Aby bolo jeho podanie bezpečné a účinné, je potrebné rodičov dôkladne poučiť o spôsobe podávania aj o možných nežiaducich účinkoch. Rodičia by zároveň mali mať možnosť kedykoľvek telefonicky konzultovať lekára – detského paliatológa.

Edukácia rodičov a podávanie chloralhydrátu v domácej paliatívnej starostlivosti

Rodičia by mali byť vopred informovaní o potrebe ochrany žalúdočnej sliznice – najmä pri podaní nalačno – podaním malého množstva potravy alebo mlieka (3 – 5 – 10 ml) tesne pred liečivom a ak je to potrebné aj požadovanú dávku roztoku zriediť s vodou alebo čajom v pomere 1 : 1. Ak sa sedácia plánuje a je žiaduci rýchly nástup účinku, odporúčame rodičov vopred edukovať, aby chloralhydrát podali pred jedlom, keďže potrava môže účinok oneskoriť.

Pri rektálnom podaní je potrebné rodičov upozorniť na častý výskyt rýchlej defekácie po aplikácii a častejšej potrebe opakovaného podania dávky. Zároveň je nevyhnutné rodičov prakticky zaškoliť v technike rektálneho podania, ideálne s prvou aplikáciou v prítomnosti lekára. Ak to nie je možné a chloralhydrát je potrebné podať po telefonickej konzultácii s detským paliatívnym lekárom, odporúčame, aby rodič podal doma najprv nižšiu dávku (10 – 20 mg/kg) a v prípade nedostatočného účinku po ďalšej telefonickej konzultácii dávku navýšil podľa odporúčania lekára.

Rodičia by mali byť zároveň upozornení na možný prechodný pokles saturácie kyslíka po podaní, najmä u detí s poruchami centrálneho nervového systému, a byť pripravení na podanie kyslíka v domácom prostredí. Ak u dieťaťa tento pokles očakávame, prvé podanie je indikované v prítomnosti lekára.

Rodičom často psychicky pomôže vysvetlenie, že znižujúca sa účinnosť chloralhydrátu pri jeho dlhodobom podávaní môže súvisieť aj s rozvojom tolerancie, a nemusí nutne znamenať progresiu základného ochorenia.

Predpis a praktické aspekty používania chloralhydrátu v domácom prostredí

Chloralhydrát sa v podmienkach domácej paliatívnej starostlivosti pripravuje v lekárňach magistraliter zo suroviny na základe lekárskeho predpisu, najčastejšie vo forme vodného roztoku alebo sirupu. V praxi sa najčastejšie využíva vodný roztok v koncentrácii 10 %, ojedinele pri starších deťoch aj 30 %. Vzhľadom na nepríjemnú chuť je na perorálne podanie vhodnejší sirup, avšak ten nie je vhodný na rektálne použitie a má krátky čas exspirácie. Z tohto dôvodu v PLAMIENOK n.o. uprednostňujeme vodný roztok, ktorý je univerzálne využiteľný a podáva sa najčastejšie prostredníctvom nazogastrickej sondy (NGS) alebo perkutánnej endoskopickej gastrostómie (PEG).

Ak dieťa nemá zavedenú NGS ani PEG a je potrebné perorálne podanie, chuť vodného roztoku je možné upraviť pridaním glukózového alebo iného sladkého roztoku. Tým sa znižuje riziko odmietania liečiva a zlepšuje tolerancia a prijatie liečby zo strany dieťaťa.

10 % roztok chloralhydrátu je hyperosmolárny a kyslý (pH 3,5 – 5,5), čo môže dráždiť žalúdočnú sliznicu. Preto je vhodné – ak to situácia umožňuje – roztok pred podaním zriediť vodou, čajom alebo inou vhodnou tekutinou v pomere 1 : 1 a pred podaním podať malé množstvo mlieka 3 – 5 – 10 ml.

Vodný roztok a sirup chloralhydrátu majú obmedzenú trvanlivosť a vyžadujú špecifické podmienky skladovania. Uchovávajú sa v tmavej fľaši na tmavom mieste, pretože pôsobením svetla sa urýchľuje hydrolýza a znižuje sa účinnosť liečiva. Sirup má čas exspirácie 14 dní a musí sa skladovať v chladničke pri teplote 2 – 8 °C. Vodný roztok má dlhšiu trvanlivosť – 28 dní – a uchováva sa na tmavom mieste pri teplote do 25 °C, teda nie je nutné jeho skladovanie v chladničke.

Cena magistraliter prípravy sa môže líšiť v závislosti od lekárne, objemu a použitej koncentrácie. Orientačne sa pohybuje v rozmedzí 5 – 7 € za 100 ml 10 % vodného roztoku alebo sirupu. Prípravok je plne hradený zdravotnou poisťovňou.

Rp.
Chlorali hydras 10,0 *g*
Aqua purificata ad 100 *ml*
M. f. sol.
D.S.: dávkovanie

Rp.

Chlorali hydras	10,00 *g* (*grammata decem*)
Sirupus simplex	50,00
Aqua purificata	*ad* 100,00

M. f. sol.
D.S.: dávkovanie

Záver

Chloralhydrát má v detskej domácej paliatívnej starostlivosti svoje miesto ako účinné a dostupné sedatívum. Pri správnej indikácii, individuálnom dávkovaní a dôslednej edukácii rodičov môže významne prispieť k zmierneniu utrpenia dieťaťa v rôznych klinických situáciách vrátane terminálnej fázy života.

Autorka článku čestne vyhlasuje, že nie je v nijakom konflikte záujmov.

Literatúra

1. Mayers AG, Hindmarsh KW, Reimche L, et al. Disposition of chloral hydrate and its metabolites in neonates and young children following oral administration. J Pediatr. 1991;119(5):793-798. doi:10.1016/S0022-3476(05)82997-4.
2. Chen Z, Lin M, Huang Z, et al. Efficacy of chloral hydrate oral solution for sedation in pediatrics: a systematic review and meta-analysis. BMC Pediatrics. 2022;22(1):138. doi:10.1186/s12887-022-03157-w
3. Lian X, Wang X, Zhang Y, et al. Comparison of dexmedetomidine with chloral hydrate as sedatives for pediatric patients: a systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2020;99(31):e21256. doi:10.1097/MD.0000000000021256
4. Sneader W. Drug Discovery: A History. Chichester: John Wiley & Sons; 2005.
5. Pauzé DK, Brooks DE, Graham MA. Chloral hydrate–associated cardiac arrhythmias in acute overdose. Chest. 1980;77(3):451-454. doi:10.1378/chest.77.3.451
6. Pereira e Silva JL, de Carvalho WB, et al. Efficacy and safety of chloral hydrate sedation in infants for pulmonary function tests. Rev Paul Pediatr. 2016;34(2):178-183. doi:10.1016/j.rppede.2015.10.007
7. Salerno A, Baratiri F, La Piana C, et al. Alpha-2 agonists for refractory neurological symptoms in pediatric palliative care: a scoping review. Front Pediatr. 2025;13:1542482. doi:10.3389/fped.2025.1542482
8. Greenberg SB, Faerber EN, Aspinall CL, et al. Sedation for pediatric radiologic procedures using intranasal midazolam, chloral hydrate, and hydroxyzine. Clin Pediatr (Phila). 2000;39(1):41-47. doi:10.1177/000992280003900105
9. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. Chloral Hydrate: Pediatric Medication. [Online]. https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/medications/pediatric/chloral-hydrate
10. Gokcek M, Cakmakci S, Unal N, et al. Efficacy and safety of intranasal midazolam versus chloral hydrate as sedation for quality computed tomography imaging in children. J Pediatr Res. 2019;6(3):202-208. doi:10.4274/jpr.galenos.2019.15238

MUDr. Mária Jasenková
PLAMIENOK n.o.
Zadunajská cesta 3685,
851 01 Bratislava
jasenkova@plamienok.sk



Úľavové faktory malígnej bolesti – kazuistika z domácej hospicovej starostlivosti

MUDr. Zuzana Otrubová
Mobilný hospic sv. Lujzy, n. o., Banská Bystrica

Tíšenie bolesti je jednou z kľúčovo vnímaných potrieb verejnosti pre pacientov, ktorí majú onkologické ochorenie. Paliatívna medicína umožňuje podávanie účinných analgetických liekov, zároveň pri svojom celostnom prístupe je schopná detegovať viaceré rozmery tzv. malígnej bolesti. Túto, ak zahŕňa sociálny, emocionálny či spirituálny rozmer, môžeme nazvať až existenciálnou bolesťou. Domáca hospicová služba svojou prítomnosťou v prirodzenom a bezpečnom prostredí chorého predchádza niekoľkým zhoršujúcim faktorom tejto bolesti. Okrem medicínskej pomoci je celkovo silne podpornou službou, tým známym sprevádzaním. V prípade nevyliečiteľného ochorenia u rodiča, ktorý má opustiť svoje neplnoleté dieťa, prežíva túžbu po zázraku, ale aj zdanlivo malými podnetmi môže ošetriť zdroje utrpenia daného chorého a jeho blízkych.

Kľúčové slová: potreby, bolesť, existenciálna, prítomnosť

Alleviating factors of malignant pain – a case study from home hospice care

Pain relief is one of the key needs perceived by the public for patients with cancer. Palliative medicine enables the administration of effective analgesic drugs while, through its holistic approach, it can detect multiple dimensions of malignant pain. When this pain includes social, emotional, or spiritual dimensions, it can even be referred to as existential pain. Home hospice care, by being present in the patient's natural and safe environment, helps prevent several aggravating factors of this pain. In addition to medical assistance, it is a profoundly supportive service - a form of familiar companionship. In the case of an incurable illness in a parent who must leave behind their underage child, they may experience a longing for a miracle. Yet, even seemingly small interventions can alleviate the sources of suffering for both the patient and their loved ones.

Key words: needs, pain, existential, presence

Paliat. med. liec. boles., 2025;18(1e):13-16

Výskyt intenzívnej bolesti u terminálnych onkologických pacientov

V terminálnej fáze onkologického ochorenia trpí silnou bolesťou približne 60 – 80 % onkologických pacientov. Presné čísla sa líšia v závislosti od štúdií a typu nádoru, ale zo súhrnu údajov – 40 – 60 % pacientov hodnotí bolesť ako stredne ťažkú až silnú (VAS ≥ 5/10), 25 – 30 % má nesmiernu bolesť (refraktérnu na štandardnú liečbu) (1).

Špecifické prípady: Pacienti s kostnými metastázami alebo pankreatickým karcinómom majú vyššie riziko silnej bolesti. Podľa WHO sa ~ 50 % pacientov na svete nelieči optimálne (hlavne v krajinách s nízkou dostupnosťou opiátov).

Loeserov model bolesti (1980) – dnes už klasický pohľad na bolesť sa stále sa používa na pochopenie bio-psycho-sociálnych aspektov bolesti (hlavne pri chronickej a malígnej bolesti) (2). Pomáha vysvetliť, prečo liečba vyžaduje viac ako len analgetiká (napr. psychosociálnu podporu), je odrazovým mostíkom pre celostnú medicínu – paliatívnu i liečbu bolesti.

Model rozdeľuje bolesť do 4 vrstiev:

1. Nocicepcia (fyziologický signál)
2. Bolesť (senzorický zážitok)
3. Utrpenie (emocionálna reakcia)
4. Chronické bolestivé správanie (sociálne a behaviorálne dôsledky)

V súčasnosti má edukačný význam a kombinuje sa s novšími prístupmi, najmä pri hodnotení existenciálnej bolesti u onkologických pacientov.

Ďalšie teórie v paliatívnej starostlivosti, napr. bio-psycho-sociálny model (Engel, 1977) a koncept „total pain" – totálnej bolesti (Cicely Saunders) nadväzujú na podobné princípy (3). Modernejšie koncepty prehlbujú ich rámec v súvislosti s moderným výskumom bolesti, neurovied, paliatívnej medicíny a aj doplnením monitorovania intenzity bolesti. Sú to napríklad: „Multidimensional Pain Inventory" (MPI) a „Pain Dynamics" (voľne Dotazník viacerých rozmerov bolesti a Dynamiky bolestí) – majú neuropsychologický pohľad: bolesť sa hodnotí ako dynamický proces s vplyvom mozgovej neuroplasticity (zmeny v CNS pri chronickej bolesti) a epigenetiky (ako stres a prostredie mení expresiu génov súvisiacich s bolesťou). Dotazníky Pain DETECT sú pre neuropatickú bolesť. Koncept „Total Symptom Burden" (Celková záťaž symptómami) si všíma celý komplex nežiaducich symptómov, Koncept „Existential Pain" (Existenciálna bolesť) – má filozofický rozmer – presahuje „total pain"; zameriava sa na stratu zmyslu, strach zo smrti alebo pocit viny (nielen emocionálnu bolesť).

Ako odpoveď na potrebu úľavy od bolestí sa hľadajú „salutogénne prístupy" v paliatívnej starostlivosti – sú posunom od patológie k zdrojom odolnosti: napr. model „Sense of Coherence" (Antonovsky) – ako pacienti nachádzajú zmysel napriek bolesti, postoje porozumenia, zvládania prežívaného; tiež koncept dôrazu na nádej a podobne (4).

Digitálne a technologické inovácie prispeli napríklad virtuálnou realitou (VR) na distrakciu od bolesti, či umelá inteligencia (AI) má prediktívne modely na odhad progresie bolesti u terminálnych pacientov.

Benefit domácej paliatívnej starostlivosti

Odchod onkologicky chorého pacienta z domáceho prostredia do nemocnice môže byť výrazne stresujúci a môže sa prejaviť ako ďalší „symptóm“ choroby v psychologickom alebo emocionálnom zmysle (5). Je to najmä pre stratu bezpečia, komfortu a pocitu kontroly, zvýšený stres a úzkosť, či obavy zo zhoršenia stavu, neznámych procedúr alebo samoty, zmena denného režimu, zvykov, obmedzená pohyblivosť, pocity izolácie, osamelosti a beznádeje. To všetko sú možné zdroje silnej frustrácie.

Zvýšiť toleranciu k bolesti, čiže prah bolesti môžeme posunúť buď dočasne, alebo dlhodobo. Za hlavné faktory považujeme:

1. Endorfíny a prirodzené opiáty produkované v našom tele pri fyzickej aktivite alebo intenzívnych emocionálnych zážitkoch.
2. Psychologické faktory – stres a bojová reakcia – v situáciách ohrozenia telo potláča bolesť, aby umožnilo prežitie.
   - Hypnóza a meditácia – u niektorých ľudí dokážu znížiť vnímanie bolesti.
   - Pozitívna nálada a odvedenie pozornosti – radosť, smiech alebo zaujímavá aktivita môžu dočasne zvýšiť toleranciu k bolesti.
3. Genetika – niektorí ľudia majú prirodzene vyšší prah bolesti kvôli genetickým predispozíciám (napr. mutácie v génoch ovplyvňujúcich vnímanie bolesti) (6).
4. Opakovaná expozícia bolesti – ľudia vystavení častej bolesti (napr. športovci, bojovníci) si môžu vyvinúť vyššiu toleranciu.
5. Lieky alebo prírodné látky – analgetiká (neopioidné i opioidy), alkohol a kanabinoidy (THC, CBD) môžu dočasne znížiť vnímanie bolesti.
6. Hormóny – estrogén, oxytocín (pozri nižšie) môže znížiť vnímanie bolesti (7).
7. Chlad alebo teplo – dočasne blokujú signály bolesti.

Vnímanie bolesti u žien

Pacientka z našej kazuistiky je žena – matka stredného veku, preto zmieňujeme závery, že ženy, najmä matky, v porovnaní s mužmi, často prejavujú vyššiu toleranciu k bolesti a schopnosť zvládať extrémne bolestivé situácie. Tento fenomén má biologické, psychologické i sociálne vysvetlenia:

1. Biologické faktory: a) hormóny: oxytocín („hormón lásky a materstva“, produkovaný pri pôrode, dojčení a fyzickom kontakte s dieťaťom) znižuje vnímanie bolesti a zvyšuje odolnosť. Estrogén môže mať analgetický účinok vo fázach ovulácie menštruačného cyklu, b) endorfíny: sa u žien uvoľňujú pri pôrode a krízových situáciách vo vyšších dávkach, vytvára sa prirodzená „analgetická bariéra“.
2. Psychologická odolnosť: a) emočná vytrvalosť – matky sú často motivované prekonať vlastnú bolesť i vyčerpanie kvôli potrebám dieťaťa, b) vyššia empatia a sociálna inteligencia: ženy častejšie hľadajú spoločenskú podporu, čo im pomáha lepšie zvládať bolestivé stavy.
3. Skúsenosť s intenzívnou bolesťou – počas pôrodu, tiež pakovaná expozícia bolesti (menštruácie, pôrody) môže viesť k vyššej tolerancii. Chronická bolesť (napr. migrény, autoimunitné ochorenia) je častejšia u žien, čo môže viesť k adaptácii.
4. Sociálne a kultúrne vplyvy – očakávania roly „opatrovateľky“
   - Muži vyhľadávajú pomoc neskôr, snáď kvôli stereotypom „mužskej vytrvalosti“ – ignorujú bolesť, kým nie je neznesiteľná. Majú vyšší prah bolesti pri akútnych stimuloch (napr. úraz), ale menej dobre zvládajú dlhodobú bolesť.
   - Ženy častejšie hlásia chronickú bolesť, ale zároveň ju často lepšie funkcionálne zvládajú. Ich komplexne vyššia odolnosť voči bolesti nie je len o „znášanlivosti“, ale o skutočnej fyziologickej adaptácii.

Prostriedky a metódy úľavy od bolesti

1. Lieky proti bolesti: NSAID (napr. ibuprofén, naproxén), paracetamol (acetaminofén), lokálne analgetiká, svalové relaxanciá, opioidy, koanalgetiká
2. Fyzioterapia: fyzikálne metódy, strečing, masáž, TENS (transkutánna elektrická nervová stimulácia) a podobne
3. Psychologické a psychofyzické techniky: napr. meditácia a mindfulness („všímavosť“), kognitívno-behaviorálna terapia (KBT) – menia vnímanie bolesti a stratégie zvládania, hlboké dýchanie a relaxačné techniky – znižujú napätie a citlivosť na bolesť
4. Alternatívne a prírodné liečby: akupunktúra, CBD (kanabidiol) a liečebná marihuana – účinok pri neuropatickej a chronickej bolesti, kurkumín – môžu znižovať zápal a bolesť
5. Úpravy životného štýlu – snaha o kvalitný spánok, hydratácia, správne polohovanie – predchádza bolestiam z imobility
6. Lekárske zákroky pri ťažkých stavoch – punkcie výpotkov, blokády nervov a pletení – dočasne preruší prenos bolesti, chirurgické zákroky – pri štrukturálnych problémoch (kompresívne fraktúry, riešiteľné ileózne stavy)

Zvládanie existenciálnej totálnej bolesti pri malígnych ochoreniach

Existenciálna totálna bolesť (pozri vyššie) zahŕňa nielen fyzické utrpenie, ale aj psychickú, sociálnu a duchovnú tieseň pri pokročilých ochoreniach ako rakovina.

Logoterapia, ktorú vyvinul Viktor E. Frankl, pomáha pri existenciálnej bolesti, používajú ju najmä vyškolení psychoterapeuti. Vychádza z viery, že aj v utrpení môže človek objaviť zmysel, môže slobodne zaujať postoj k náročným okolnostiam, ktoré nevie ovplyvniť, hľadať nádej a zmysel aj napriek bolesti, strate a smrteľnosti (8).

Zmena pohľadu na utrpenie: pomoc pacientovi vnímať bolesť ako súčasť širšieho príbehu (napr. odkaz, láska, osobný rast).

Všetci členovia domáceho hospicového tímu poskytujú aj *sprevádzanie* pacienta, kladú otázky na podporu reflexie ich hodnôt, úspechov a odkazov pre blízkych. Niekedy sa stávajú „načúvajúcim uchom“ bez toho, aby poznali odpovede na všetky otázky. Napr. „Čo dávalo vášmu životu doteraz zmysel?“ „Ako vám táto skúsenosť môže prehĺbiť vzťahy alebo porozumenie života?“

Môžu podporiť tvorivé a zážitkové hodnoty: podpora kreativity (písanie denníka, spomienok) a vnímania krásy (príroda, umenie, hudba).

Logoterapia neodstraňuje utrpenie, ale môže zmeniť spôsob, akým ho pacient prežíva. Pomocou hľadania zmyslu, potvrdenia hodnôt a výberu postoja môže zmierniť zúfalstvo spôsobené existenciálnou bolesťou.

Keďže existenciálna bolesť je mnohorozmerná, logoterapia najlepšie funguje v kombinácii s:

- **paliatívnou starostlivosťou:** aj riešenie fyzických príznakov,
- **mindfulness alebo meditáciou:** znižovanie psychickej tiesne pomocou vedomej prítomnosti,
- **podpornými skupinami:** spájanie s ľuďmi s podobnou skúsenosťou,
- **duchovnou starostlivosťou:** podpora kňazom, alebo iným duchovným alebo poradcom pre otázky viery.

Logoterapia neodstraňuje utrpenie, ale môže zmeniť spôsob, akým ho pacient prežíva. Pomocou hľadania zmyslu, potvrdenia hodnôt a výberu postoja môže zmierniť zúfalstvo spôsobené existenciálnou bolesťou.

Bolesť pri gynekologickej malignite

Pacienti s pokročilým karcinómom krčka maternice (Ca cervicis uteri) často trpia silnou bolesťou, najmä v terminálnej fáze ochorenia. Je to spôsobené agresívnym lokálnym rastom, infiltráciou nervových štruktúr a častými metastázami (9).

Kľúčové faktory bolesti pri tejto diagnóze:

1. Lokálna inváziа – nádor často napadá panvové plexy (nervové štruktúry), čo spôsobuje neuropatickú bolesť (pálenie, štípanie, elektrizujúca bolesť) až u 60 – 70 % pacientok. Viscerálnu bolesť pri infiltrácii močového mechúra/čreva.
2. Pri metastázach do skeletu panvy alebo chrbtice vzniká kostná bolesť (častá u 40 – 50 % pokročilých prípadov).
3. Možné komplikácie: obštrukcia močovodov → z nej renálna kolika, lymfedém (opuch končatín z blokády lymfy) – tlaková bolesť.

Kazuistika

Pacientka v starostlivosti mobilného hospicu sv. Lujzy v Banskej Bystrici v novembri až decembri 2024. 47-ročná pacientka s novodiagnostikovaným tumorom cervicis uteri, v septembri 2024 vyhľadala lekárske vyšetrenie kvôli krvácaniu a bolestiam. Už vtedy ale ťažko chodila, lebo nevládala s dychom.

RA: otec Ca moč. mechúra, sestra Ca prsníka, otcova sestra Ca prsníka

OA: arteriálna hypertenzia, bližšie neklasifikovaná, možná chronická bronchitída

AA: PNC, Transtec? z dokumentácie, leukoplast

LA: po prepustení z nemocnice: Lagosa, Palladone á 6 mg 2 x d, Degan tbl., Duphalac sirup, O2, Diflucan roztok na výplach D.Ú.

GA: 2x spontánny pôrod

Abúzy: nikotinizmus 15 rokov, 10 cigariet/deň

SA: býva s druhom a 2 deťmi

TO: po biopsii z krčka maternice 13. 08. 2024, histologicky stanovený skvamocelulárny karcinóm krčka maternice, T4N2M1 (hepar, pulmo, LAP, skelet, karcinomatóza peritonea, ascites), HPV (Human Papiloma virus) pozitívny 90 %, stav po zavedení JJ stentu (double J stentu) vpravo pre hydronefrózu III. stupňa 19. 8. 2024, stav po embolizácii arteriae uterinae, st. p. 2. cykle chemoterapie c DDP solo (pre hepatálne zlyhávanie pri základnom ochorení)

CT nález 8/24 nehomogénna tumorózna lézia v oblasti cervixu uteru naliehajúca na priľahlú časť rektosigmy a močový mechúr, nemožno vylúčiť ich infiltráciu, zavzatý pravý ureter s jeho dilatáciou nad léziou, hydronefróza pr. obličky III. stupňa a nehomogénne vysycovanie parenchýmu pr. obličky v.s. pri stáze, LAP (lymfadenopathia) v okolí. Konfluentná LAP retroperitone, LAP parailicky bilat., v pravej inguine. známky karcinomatózy peritonea, mesentéria, viaceré cystické lézie oboch ovárií, ascites, divertikulóza colon sigmoideum, v diferenciálnej diagnostike mts pľúcneho parenchýmu.

V 9/24 na zobrazovacích vyšetreniach konštatované LAP periklavikulárne vpravo a v mediastine, s maximom okolo bifurkácie trachey, tam charakteru paketov LU (lymfatických uzlín), so zasahovaním do obidvoch pľúcnych hilov, početné lézie v pľúcnom parenchýme bilat., najväčšie s obrazom nepravidelných spikulovitých infiltrátov v apexoch obojstranne, praecipue l. dx., obojstranne v dolných pľúcnych lalokoch retikulácie interstícia, známky chronickej bronchitídy. Patologický infiltrát obkružujúci abdominálnu aortu s odstupmi jej hlavných vetiev, intímnym naliehaním na ľ. nadobličku. Hepar – mnohopočetné metastatické lézie, veľkosťou priemerne 23 mm, bez dilatácie žlčovodov, mierna progresia suspektnej metastázy na dolnom ramienku pubickej kosti vpravo, osteosklerotický okrsok pod kortikalis distálnej tretiny tibie na pr. strane. USG (ultrasonografia) brucha z 26. 11.: v ascite plávajú črevné kľučky, nie je vhodný na punkciu.

26. 11. 2024 výkonnostný stav pacientky v skóre ECOG: 3 – 4, rozhodnutie o ukončení onkologickej liečby, indikovaná je symptomatická liečba, kontaktovať mobilný hospic.

Diagnostický záver pri prepustení z nemocnice 26. 11. 2024: skvamocelulárny karcinóm krčka maternice, T4N2M1; hepatálne zlyhávanie; respiračná insuficiencia pri metastatickom postihnutí pľúc, s potrebou O2 terapie; zápalový syndróm s možným paraneoplastickým podielom; anasarka; ascites; hypoalbuminémia; akútne renálne zlyhávanie gr. II; možný incipientný hepatorenálny syndróm; hyponatriémia, hyperkalciémia 2. st., obstipácia.

Pacientka bola prepustená do starostlivosti mobilného hospicu. Prvá návšteva realizovaná 28. 11. 2024, s objektívnym nálezom: pacientka je ležiaca, orientovaná, pri reči dyspnoická, mierne ikterická – koža a spojivky, dýchanie je ventrálne obojstranne počuteľné, čisté, axilobazálne a dorzobazálne oslabené, brucho nad niveau, ascites skoro tenzný, pasáž GIT nepočujem, opuchy celých DK od slabín nadol. Subjektívne: máva nevoľnosť, jesť jej nechutí, býva smädná, pije len čistú vodu, niekedy sa jej točí hlava. Máva až kašeľ pri zadýchaní. Má stále bolesti v pravej DK, neskôr aj v ľavej DK po zadnej strane stehna, bolesť v priehlavku, stále pálenie pri močení, cíti sa nafúknutá, stolicu nemá aj 4 dni, vetry odchádzajú.

VAS (vizuálna škála bolesti): 6 – 7 b z 10 b

Farmakol. ordinácie: symptomaticky proti sínus. tachykardii do liečby pridávame bisoprolol 2,5 – 5 mg p.o. Pri krvnom TK viac ako 130/90 torr podať aj Ebrantil 30 mg p.o. Na zvýšenie diurézy pri susp. intersticiálnom edéme pľúc Furon 40 mg 1 tbl. ráno, pred spaním alebo pri úzkosti Oxazepam ½ – 1 tbl. á 10 mg. Infúzna liečba FR 250 ml alebo 5 % Glc 250 ml s pridaním Degan 1 amp. pri nevoľnosti, event. Dexamed inj. 4 mg i.v. pri veľkom tlaku v útrobách.

Proti bolesti užíva Palladone á 6 mg, pri súčasnej dýchavici by bol vhodný fentanyl v náplasti, pacientka mala však z neho obavy. Začína byť aj somnolentná. Preto najprv ordinujeme s.l. Lunaldin 100 ug, pred polohovaním, môže opakovať 3 – 4x denne, prípadne po 15 minútach bez účinku zopakovať jeho dávku.

Pred spaním pri silnej dýchavici podať Morphin 5 mg s.c., pri nedostat. účinku 10 mg s.c. v 1 dávke, á 8, event. á 6 hodín. Pri silnejúcej bolesti s úzkosťou je v pláne začatie s.c. analgosedácie v úvodnej dávke 1 % Morphin inj. 20 mg + Midazolam inj. á 7,5 mg, + Haloperidol 5 mg + FR 16 ml/za 20 – 24 hodín.

Sociálno-vzťahová anamnéza: najmladšia z 5 súrodencov, bola miláčikom rodiny. Vnímali sme ju ako optimistickú a komunikatívnu, ako nám to potvrdili aj blízki, napriek somnolencii pri hepatorenálnom zlyhávaní počas našich návštev chcela všetko vnímať, rýchlo si obľúbila naše hospicové sestry.

Pacientka žije v 1,5-izbovom byte s druhom a 2 synmi, má 18-ročného syna z 1. vzťahu, 1. partner tragicky zahynul, 2. partner si 1. syna adoptoval, spolu majú 10-ročného syna, o sobáši uvažovali cca 10 rokov dozadu, odkladali to pre nedostatok financií, neskôr pre epidémiu COVID-19.

Porozumenie ochoreniu

Pacientka rozumie tomu, že má nevyliečiteľnú chorobu, ale nechce s nami o tom hovoriť. Rodnej sestre povedala, že sa bojí, že sa rozplače, „a už to neudýcha“. Zrejme ukrývala aj obavy o budúcnosť, lebo pri malom životnom priestore nechcela, aby túto komunikáciu náhodne vypočul jej syn. Jej prosbou bolo, aby dlho netrpela a aby zomrela dôstojne.

O duchovnú podporu v religióznom zmysle nemala záujem.

Empaticky sa o ňu starala staršia sestra a životný druh.

Pri našej návšteve 29. 11. pri detailoch o sociálnej anamnéze bolo zmienené viackrát odkladané uzavretie svadobného obradu, na otázku zdravotnej sestry z nášho tímu, či by to nechceli ešte realizovať, si druh pacientky ihneď kľakol na kolená pri jej lôžku a požiadal ju o ruku. Pacientka po krátkej chvíli ticha odpovedala: Áno. V krátkom čase sa podarilo zorganizovať občiansky svadobný obrad v domácom prostredí – v deň 4. 12. Všetci ho prežili radostne. Popoludní sme však pre intenzívnejšiu bolesť a dýchavicu začali kontinuálnu analgosedáciu zmesi morphinu, midazolamu a haloperidolu podávanú podkožne. Nastalo evidentné zmiernenie dýchavice a bolesti, krátky kontakt s pacientkou bol možný. 5. 12. sme vykonávali aj punkciu ascitu – v objeme cca 2 500 ml ascitickej tekutiny.

Komunikácia s pacientkou už bola obmedzená, pacientka somnolentná, no rodina mala istotu, že nemá bolesti. Jej sestra opakovane udávala, že bola šťastná, že sa predsa stala vydatou paňou. Preto aj každú ďalšiu návštevu nášho tímu prijímala s neformálnou vďačnosťou.

Pacientka bola v našej starostlivosti 12 dní. Exitovala 9. 12. 2024. Jej manžel a synovia pokračujú v spoločnom rodinnom živote.

Záver

Farmakologická liečba bolesti býva zväčša indikovaná už pri včasnom implementovaní paliatívnej starostlivosti o onkologického pacienta. Monitorovaním jej účinku a v čase pokročilého ochorenia postupnou titráciou dávok analgetík zmiernime intenzitu bolestí a v našom prípade aj dýchavice pacientky. Napriek tomu nemusíme dostatočne ovplyvniť celkové vnímanie utrpenia pacienta. Spoznať priania pacienta a na mieru stanoviť ciele liečby a jej prostriedky potrebuje svoj čas. Pri jeho dlhodobejšom sprevádzaní a monitorovaní nielen fyzických symptómov, no i bytostných potrieb pacienta, je možné dosiahnuť úľavu aj od bolestí, ktoré sú viac „pod povrchom“. Úvodnú ordináciu silného analgetika či analgosedatívnej liečby vždy komunikujeme blízkym pacienta, postupne titrujeme dávky liekov v snahe o mierne ovplyvnenie vedomia, kým nezistíme, či potrebuje práve navodiť aj zmiernenie inej dimenzie bolesti. Ak je niečo dôležité nevysporiadané, pacient akoby „čaká“ na nejaké dôležité stretnutie, rozhovor.

V službe domáceho hospicu už sama prítomnosť hospicového tímu je úľavovou a podpornou metódou proti existenciálnej bolesti. Po nadobudnutí dôvery v hospicový tím môže byť pacient slobodnejší aj v riešení vzťahových potrieb, samozrejme v rámci slobody v postojoch voči tímu.

Takáto skúsenosť špecifickej účinnosti v úľave od existenciálneho utrpenia prináša na druhej strane potrebný pocit zmysluplnosti práce domáceho hospicového tímu.

Ďakujem veľmi pekne každej členke nášho tímu!

Vyhlasujem, že nemám konflikt záujmov. Článok nebol uverejnený ani ponúknutý na uverejnenie v inom časopise. Oboznámila som sa s pravidlami publikačnej etiky, nie je žiadna prekážka na publikovanie článku.

Literatúra

1. Vorlíček J, et al. Paliativní medicína, druhé přepracované vydání, GRADA, 2004:27-29. ISBN 8024702797.
2. Martuliak I. Patofyziológia bolesti pre klinickú prax. MARTIMED, s.r.o., 2014; 251 s. ISBN 978-80-971753-0-6.
3. Saunders C. Selected Writings 1958–2004. Oxford University Press, Published online:
2011 November 17 (Online). ISBN: 9780191730412.
4. Snyder CR. Hope Theory: Rainbows in the Mind, Taylor & Francis, Ltd. Psychological Inquiry. 2002;13(4):249-275.
5. Marston C, et al. Supporting Carers as Patients Move between Hospital and Home: A Systematic Review of Interventions to Support These Transitions in Care. Journal of Palliative Medicine. 2023;26(2):270-298
6. Goncalves F, de T, et al. Association of Mu opioid receptor (A118G) and BDNF (G196A) polymorphisms with rehabilitation-induced cortical inhibition and analgesic response in chronic osteoarthritis pain. International Journal of Clinical and Health Psychology. 23:1.
7. Abraham AD. Estrogen Regulation of GRK2 Inactivates Kappa Opioid Receptor Signaling Mediating Analgesia, But Not Aversion, J Neurosci. 2018;38(37):8031-8043.
8. Frankl VE. Vůle ke smyslu. Portál, 2023. ISBN 9788026220909.
9. Navrátilová P. Bolesti při pokročilých gynekologických malignitách a jejich léčba. Prakt Gyn. 2013;17(1):47-52.

MUDr. Zuzana Otrubová
Mobilný hospic sv. Lujzy, n. o.
Nám. Slobody 5, 974 01 Banská Bystrica
ozuzana11@gmail.com

Klinický prípad pacientky s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc na neinvazívnej ventilácii

Mgr. Edita Hlinková, PhD.[1], PhDr. Jana Nemcová, PhD.[1], Mgr. Jana Olajcová[2], Mgr. Mária Tabaková, PhD.[2]
[1]Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva
[2]Univerzitná nemocnica v Martine, Klinika pneumológie a ftizeológie

Pacienti s exacerbovanou CHOCHP a akútnym hyperkapnickým respiračným zlyhaním sú vystavení riziku opakovaných hospitalizácií v zdravotníckom zariadení. Prezentujeme prípad 66-ročnej pacientky s diagnózou CHOCHP GOLD 4E s emphysema pulmonum, na bronchodilatačnej a protizápalovej liečbe inhalačnej, ventilačnej NIV a oxygenoterapii. Časová analýza prípadu pacientky po 18 mesiacoch zachytáva progresiu ochorenia. Pacientke je poskytovaná paliatívna starostlivosť, vyžaduje pomoc pri všetkých inštrumentálnych aktivitách denného života. Jej mobilita je významné ovplyvnená dýchavičnosťou. V domácom prostredí využíva mobilný alebo stacionárny kyslíkový koncentrátor. Počas sedenia a v noci sa pripája oronazálnou maskou na NIV pomocou ventilátora s pozitívnym tlakom, do ktorého si tiež zapája kyslík. NIV a oxygenoterapia zaisťuje pacientke najvyššiu možnú kvalitu ostávajúceho života. V rámci symptomatickej liečby terminálneho CHOCHP boli ordinované perorálne opiáty. Pacientke bola navrhnutá hospicová starostlivosť, ktorú odmieta.

Kľúčové slová: chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP), neinvazívna ventilácia pľúc (NIV), klinický prípad, paliatívna starostlivosť

Case study of a patient with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive ventilation

Patients with exacerbated COPD and acute hypercapnic respiratory failure are at risk of repeated hospitalizations in a health care facility. We present the case study of a 66-year-old female patient with a diagnosis of COPD GOLD 4E with emphysema pulmonum, on bronchodilator and anti-inflammatory treatment with inhalation, ventilation NIV and oxygen therapy. Time analysis after 18 months captured the progression of the disease. The patient is provided with palliative care, requires assistance with all instrumental activities of daily living. Her mobility is significantly affected by shortness of breath. She uses a mobile or stationary oxygen concentrator at home. She is supplied with an oronasal mask for NIV using a positive pressure ventilator, to which she also connects oxygen during sitting and at the night NIV and oxygen therapy ensure the patient the highest possible quality of remaining life. Oral opioids were prescribed as symptomatic treatment for terminal COPD. The patient was offered hospice care, which she declined.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), non-invasive ventilation (NIV), case study, palliative care

Paliat. med. liec. boles., 2025;18(1e):17-22

Úvod

Napriek významnému medicínskemu pokroku zostáva chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP) progresívnym ochorením spojeným s významnou morbiditou až predčasnou úmrtnosťou. Pacienti s CHOCHP a ich rodiny zažívajú počas progresie ochorenia rôzne stresové situácie. Ochorením CHOCHP sú zaťažení nielen pacienti, ale aj ich blízki. Dôležité, v liečbe a v starostlivosti o pacientov s CHOCHP, je využívať kombináciu konvenčného aj paliatívneho prístupu už v ranom štádiu progresie ochorenia, aby sa zaistila pacientom čo najviac možná kvalita ich života (1).

V klinickom obraze pacienta s CHOCHP dominuje dýchavica (dyspnoe) ako nepríjemný pocit pri dýchaní, charakterizovaný rôznorodými vnemami a variabilitou intenzity. Dýchavica patrí k najzávažnejším a najťažšie znášaným a tolerovaným symptómom (2), ktorý je spojený so slabosťou, úzkosťou, poklesom výkonnosti, znížením kvality života, zvýšenou mortalitou a utrpením pacienta, ako aj sprevádzajúcich a/alebo príbuzných. Spomínaný symptóm má tendenciu zhoršovať sa v posledných týždňoch/mesiacoch života a je najčastejším dôvodom vyšetrenia na pohotovosti, príčinou hospitalizácie, paliatívnej sedácie a úmrtia v nemocnici. Manažment dyspnoe vyžaduje odstránenie akejkoľvek príčiny a podpornú liečbu minimalizujúcu vnímanie dyspnoe. Od záťaže vyvolanej týmto pocitom pomáhajú uľaviť opioidy, kým sa nerozvinie akútne respiračné zlyhanie (3). K ďalším príznakom patrí produktívny kašeľ a únava, ktoré postihujú 2/3 pacientov. Odhaduje sa, že 20 – 30 % pacientov má súčasne bronchiektázie a niektorí tiež vykašliavajú hnisavé spútum s občasnou prítomnosťou krvi. Pacienti verbalizujú pocity stlačeného hrudníka. V prípade zhoršenia trvajúceho tri a viac dní je nutnosť terapie antibiotikami alebo systémovými kortikoidmi, keď hovoríme o akútnej exacerbácii. CHOCHP môže byť prekrytá s bronchiálnou astmou. Pacienti s pokročilou CHOCHP môžu mať alveolárnu hypoxiu, ktorá sa môže zmeniť na hypoxémiu, hyperkapniu, čo je výsledkom zníženého prenosu plynov, vyvolaného prietokom vzduchu poškodenou alveolárnou štruktúrou a pľúcnym cievnym riečiskom. Závažné formy CHOCHP, väčšinou po rokoch, smerujú k rozvoju chronickej respiračnej nedostatočnosti, spojenej so vznikom pľúcnej hypertenzie a následne vedú k zlyhaniu pravého srdca (4).

Okrem medikamentóznej liečby CHOCHP sa využíva neinvazívna ventilácia (NIV) a kašľový asistent. NIV je spôsob mechanickej ventilačnej podpory bez nutnosti invazívneho zaistenia dýchacích ciest a vylučuje komplikácie

vznikajúce v súvislosti so zavedením endotracheálnej alebo tracheostomickej kanyly (5). Cieľom NIV je zníženie dychovej práce, odstránenie pocitu dýchavice a zvýšenie dychového objemu, korekcia hyperkapnie a hypoxémie. Zvyšuje komfort pacienta a odďaľuje nutnosť endotracheálnej intubácie. K indikáciám NIV patrí akútne hyperkapnické respiračné zlyhanie, akútna hypoxémia, domáca ventilácia u pacientov s chronickou respiračnou insuficienciou. Medzi kontraindikácie možno zaradiť známky obehovej nestability, akútnu ischémiu myokardu, riziko aspirácie, neschopnosť aktívnej expektorácie alebo nadmernú sekréciu dýchacích ciest, nemožnosť zaistenia tesnosti masky, napr. popáleniny, non-compliance pacienta, či nadmerne obézny pacient. Medzi komplikácie NIV patrí: diskomfort pacienta, kožné defekty v mieste naliehania masky, únik vzduchu v okolí masky, pocit sucha v ústach, dráždenie spojiviek, aspirácia žalúdočného obsahu (5). Účinný efekt NIV u pacienta s akútnym respiračným zlyhaním je definovaný hlavne znížením dychovej práce pľúc a oddialením ich svalovej únavy. Pacienti s hyperkapnickým zlyhaním majú často vyčerpané kompenzačné mechanizmy a práve použitie NIV spôsobuje zníženie $paCO_2$ a úpravu pH (6). Znížená pľúcna poddajnosť, obštrukcia v dýchacích cestách a dynamická hyperinflácia sú najčastejšími faktormi, ktoré spôsobujú zvýšenú dychovú prácu a neskôr vyčerpanie rezerv dýchacích svalov u pacientov s CHOCHP. Technika NIV sa odporúča ako prvá voľba pri exacerbácii CHOCHP. Použitie NIV umožňuje vzostup dychového objemu znížením dychovej frekvencie, znižuje diafragmatickú aktivitu spolu s dychovou prácou pľúc a zlepšuje výmenu plynov aj v prípade akútnej respiračnej insuficiencie. Za pomoci NIV u pacientov s CHOCHP zlepšujeme kvalitu a dĺžku spánku, zlepšujeme funkčný stav, ovplyvňujeme dĺžku života/prežitia pacienta (6). Ako bolo uvádzané, NIV má použitie aj v domácom prostredí, pretože základnú obsluhu dokáže zvládnuť samotný pacient alebo jeho rodinní príslušníci. Kľúčovým momentom na minimalizovanie únikov vdychovaného kyslíka je výber vhodného typu masky, správne priliehanie masky, dosiahnutie pacientovej znášanlivosti. Masky majú minimálny mŕtvy priestor. Súčasťou tvárových masiek je priesvitný silikónový alebo gélový vankúšik na zabezpečenie tesnosti s kožou tváre (7). Správny manažment CHOCHP v domácej starostlivosti pomáha redukovať exacerbácie a nákladné hospitalizácie (8).

K novým expektoračným technikám patrí použitie kašľového asistenta (*CoughAssist*), ktorý využíva princíp mechanicky asistovaného kašľa. V dýchacích cestách vytvára pretlak a následne náhlou zmenou podtlak, a tým stimuluje prirodzený kašeľ. Rýchla zmena z pozitívneho tlaku na negatívny stimuluje zmenu prúdenia vzduchu, čím vzniká vrcholový prietok, ktorý môže dosiahnuť 360 – 660 l/min. PCF (*peak caugh flow* – najvyšší prietok pri kašli) zdravého jedinca je teda porovnateľný s hodnotou vrcholového prietoku vytvoreného kašľovým asistentom. Na prístroji môžeme nastaviť podporu celého dychového cyklu, alebo iba tú fázu kašľa, ktorá je nedostatočná. Môže byť používaný v manuálnom alebo automatickom móde. Podľa Slovenskej pneumologickej a ftizeologickej spoločnosti (2020) prístroj CoughAssist indikujeme u spolupracujúcich dospelých pri neefektívnej expektorácii spojenej s: 1) poklesom vitálnej kapacity pod 50 % referenčnej hodnoty, 2) znížením vrcholového výdychového prietoku pod 2,7 l/s, 3) znížením vrcholového prietoku vzduchu pri kašli pod 160 l/min, 4) znížením hodnôt maximálneho nádychového ústneho (nosného) tlaku pod 80 % referenčnej hodnoty, 5) so znížením hodnôt maximálneho výdychového ústneho tlaku pod 80 % referenčnej hodnoty, 6) so zníženou saturáciou hemoglobínu kyslíkom pod 90 %, 7) opakovanými aspiráciami potravy, 8) s výskytom svalovej únavy dýchacích svalov alebo hlasiviek znemožňujúcej realizovať efektívne zakašľanie. U nespolupracujúcich dospelých pacientov, u ktorých nie je možné z dôvodu závažnosti ich zdravotného stavu, alebo nízkeho veku, alebo nedostatočnej spolupráce, realizovať spirometrické vyšetrenie a vyšetrenie maximálneho nádychového a výdychového ústneho tlaku, je indikácia prístroja uskutočnená na podklade klinických prejavov neefektívnej expektorácie (9).

Klinický prípad

Našim hlavným cieľom je opísať prípad pacienta s exacerbovanou CHOCHP na NIV a špeciálne ošetrovateľské intervencie.

Metodika a metódy skúmania

Výber výskumnej vzorky bol zámerný, na základe vopred stanovených inkluzívnych (CHOCHP, NIV v domácom prostredí, akútna exacerbácia, opakované hospitalizácie v nemocnici, ochota spolupracovať) a exkluzívnych kritérií (CHOCHP bez podpory NIV). Našim kritériám vyhovoval prípad 66-ročnej pacientky s diagnózou CHOCHP GOLD 4E akútnej exacerbácie, ktorá bola opakovane hospitalizovaná na Klinike pneumológie a ftizeológie UNM v Martine (od januára 2023 do decembra 2023 celkovo 6 hospitalizácií). Zdrojom informácií boli rozhovor s pacientkou a obsahová analýza zdravotnej dokumentácie. Na posúdenie funkčnosti/dysfunkčnosti sme použili 13 vzorcov zdravia podľa Marjory Gordonovej. Stanovili sme sesterské diagnózy podľa Vyhlášky MZ SR č. 306/ 2005 Z.z. (10). Empirické údaje boli analyzované podľa odporúčaní Roberta K. Yina (2014) pre *single case study*. Yin identifikoval päť analytických techník: porovnávanie vzorov, vytváranie vysvetlení, časová analýza, logické modely a krížová syntéza. Pre typ našej single case study boli použité: časová analýza a porovnávanie vzorov (11). Časová analýza je podrobné a presné chronologické sledovanie udalostí. Porovnávanie vzorov – prípadová štúdia porovnáva získané údaje zo zdravotnej dokumentácie so štandardami Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky a odbornými odporúčaniami.

Etické aspekty

Výskum bol realizovaný so súhlasom vedenia kliniky. Dáta zo zdravotnej dokumentácie sme zaznamenávali do nami navrhnutého výskumného protokolu, na základe ktorého sme následne interpretovali výsledky do štúdie. Ochotu spolupracovať pacientka potvrdila podpisom informovaného súhlasu. Pacientka bola poučená o svojich právach a anonymnom spracovaní získaných údajov, ktoré budú použité len pre účely výskumu.

Výsledky

66-ročná polymorbídna pacientka prijatá do nemocnice pre CHOCHP GOLD 4E s akútnou exacerbáciou, s vedľajšími diagnózami astma bronchiale, ťažká perzistujúca neeozinofilová, hypoxemicko-hyperkapnická respiračná insuficiencia, domáca NIV, panlobubárny pľúcny emfyzém bilaterálne, chronické fibrotické a atelektatické pozápalové zmeny pľúc, chronický perikardiálny výpotok, koronárna choroba srdca NYHA II, arteriálna hypertenzia. Pacientka je dispenzarizovaná s diagnózou CHOCHP GOLD 4E s emfyzéma pulmonum, na bronchodilatačnej a protizápalovej liečbe inhalačnej, ventilačnej NIV a oxygenoterapii. Pacientka má významne redukovanú funkčnú kapacitu pľúc, preto bola zaradená do transplantačného programu, avšak transplantácia pľúc je kontraindikovaná pre nepriaznivý klinický stav. *Chronická farmakoterapia*: Eliquis 5 mg R, V, Concor 2,5 mg R, Verospiron 25 mg O, Azitromicín 500 mg R (pondelok, streda, piatok), Nolpaza 40 mg nalačno, Furon 40 mg R, v prípade zhoršenia stavu pridať 1 tbl. O, Cezera 5 mg V, Sertralin 50 mg R, O, Lexaurin 1,5 mg R, O + p.p., Trittico 150 mg 2/3 tbl. o 21 hod., Prothazín tbl. pred spaním, Vitamín C 500 mg p.o. *Inhalačná terapia:* Berodual aer. 4x2, Trimbow aer. 2x2, NIV + O_2 1,5 l/min cez okruh prístroja v čase 9 – 11 hod., 13 – 16 hod., 22 – 06 hod. (maska oronasálna), v prestávkach oxygenoterapia 1,5 l/min. *Laboratórne vyšetrenia pri príjme*: paO_2 7,76 kPa, $paCO_2$ 8,54 kPa, pH 7,38, BE 9,3 mmol/l, HCO_3^- 37,1 mmol/l, O_2 88,9%. *Fyzikálne vyšetrenie*: Pacientka je 160 cm vysoká, hmotnosť 65 kg, BMI 25 kg/m^2 (v norme). Pri prijatí TK: 157/ 98 mmHg, P: 83/min., pravidelný, TT: 36,4 °C, D: 25/min., SpO_2: 83 %.

Ošetrovateľské posúdenie podľa ošetrovateľského modelu M. Gordonovej

1. *Vnímanie zdravia / podpora zdravia* – pacientka verbalizuje, že kvôli svojmu stavu sa nedokáže hýbať, nechodí von z bytu. Kontakt s vonkajším prostredím má iba cez otvorený balkón v byte. Je stop fajčiarka (od roku 2015), v minulosti fajčila 18 rokov 15 cigariet denne. Pacientka je opakovane hospitalizovaná pre progresiu dyspnoe, ambulantne nezvládnuté akútne exacerbácie, diagnostikovaná ACOS (Asthma – *COPD overlap syndrome*). Momentálne negatívne psychicky ladená, so sťaženou komunikáciou pre dyspnoe, prítomné piskoty na hrudníku, vykašliavanie belavého spúta. Uvedomuje si, že jej stav sa stále zhoršuje, pociťuje úzkosť zo vzniknutej situácie.

2. *Výživa / metabolizmus* – posledný mesiac trpí nechutenstvom s úbytkom hmotnosti 3 kg. Snaží sa prijímať jedlo 5x denne po menších dávkach. Habitus normostenický. Kultúrne/náboženské obmedzenia pri príjme jedla nemá. Podľa MNA-SF® (malé vyšetrenie výživového stavu, krátka verzia – 11 bodov) diagnostikované riziko podvýživy. Na pravom predlaktí má zavedenú periférnu kanylu bez známok infekcie.

3. *Vylučovanie / výmena* – stresová inkontinencia, pacientka odmieta zavedenie PMK.

4. *Aktivita / cvičenie* – v domácom prostredí aj pri chôdzi vyžaduje inhaláciu kyslíka. Využíva mobilný alebo stacionárny kyslíkový koncentrátor. Počas sedenia sa napája oronazálnou maskou na NIV pomocou ventilátora s pozitívnym tlakom, do ktorého si tiež zapája kyslík. V priebehu dňa využíva NIV približne 13 hodín. Pacientka zaujíma ortopnoickú polohu pri pretrvávajúcom dyspnoe s dráždivým kašľom a vykašlávaním bielo-žltého spúta. Schopnosť podieľať sa na denných aktivitách je obmedzená z dôvodu dýchavice, pocitu vyčerpania a únavy. Pri posudzovaní Barthelovej indexu základných aktivít denného života sme zaznamenali strednú závislosť (50 bodov) a pri posudzovaní rizika pádu podľa Morseovej vysoké riziko (70 bodov). V rámci exteriéru (vo vonkajšom prostredí) používa ako kompenzačnú pomôcku invalidný vozík. V súčasnom stave je potrebná prítomnosť opatrujúcej osoby (manžel) v rámci chodu domácnosti i sebaobslužných činností.

5. *Spánok / odpočinok* – v noci prespí najviac 5 hodín, po prebudení sa málokedy cíti vyspatá a oddýchnutá, cez deň spí asi 1 hod. Berie hypnotiká (už 18 mesiacov): Trittico 150 mg o 21 hod., Prothazín tbl. Preferovaná poloha pri zaspávaní je Semi-Fowlerova. Dĺžka a kvalita spánku je nedostačujúca na vynaloženie potrebnej energie počas dňa. Pacientka verbalizuje obavy ešte horšej kvality spánku pri hospitalizácii, z dôvodu rušivých faktorov (celkového ruchu oddelenia – osvetlenie, zvuk, hlučnosť, nepokojný spolupacient, príjem nového pacienta, cudzie prostredie).

6. *Vnímanie / poznávanie* – komunikuje s námahou, pomalšie pre dyspnoe, je adekvátne orientovaná v osobe, čase, priestore, používa dioptrické okuliare, je ďaleko i krátkozraká. Vzhľadom na obmedzený pohyb veľa číta, lúšti krížovky, pletie nové vzory alebo háčkuje.

7. *Sebakoncepcia / sebaúcta* – pacientka si uvedomuje závažnosť ochorenia, obáva sa budúcnosti pri súčasnej progresii ochorenia, verbalizuje obavy o seba i manžela v zmysle ochoty a dostatočného množstva manželovej energie. Niekedy pociťuje úzkosť zo vzniknutej situácie, z postupnej straty vlastnej sebestačnosti.

8. *Rola / medziľudské vzťahy* – uvedomuje si zmenu roly v rodine a odkázanosť na manžela v samoobslužných situáciách. Dcéra žije s vnučkou v Írsku, volajú si takmer každý deň, využívajú hlavne videohovory, pacientka vyjadruje túžbu mať ich doma pri sebe.

9. *Sexualita* – menopauza ako 55-ročná, v reprodukčnom období netrpela žiadnymi pohlavnými chorobami, antikoncepciu nikdy neužívala, má jednu zdravú dcéru. Pravidelne chodí na preventívne prehliadky.

10. *Stres / zvládanie, tolerancia stresu* – stres spôsobuje len jej zhoršujúci zdravotný stav a s nim súvisiaca znížená sebestačnosť. Pacientka sa snaží efektívne zvládať stres s podporou najbližšej rodiny a s pomocou psychiatra.

11. *Viera / životné hodnoty* – pacientka je evanjelického vierovyznania, do kostola toho času nechodí. Najdôležitejšia pre ňu je rodina, manžel, dcéra s vnučkou a udržanie dobrých vzťahov. Jej želaním je dožiť sa ešte aspoň 4 roky, vnučkiných 10 rokov a odísť z tohto sveta zmierená a spokojná.

12. *Bezpečnosť / ochrana* – zavedená periférna venózna kanyla zdravotníkmi RZP (lokálne miesto vpichu bez známok inflamácie – ordinované prepichnutie do 12 hod. od príjmu),

Nortonovej škála na hodnotenie rizika vzniku dekubitov – nízke riziko, vyššie uvádzané vysoké riziko pádu.

13. *Komfort* – pacientka, i keď nemá domáci komfort, napriek tomu v nemocničnom prostredí má pocit istoty a bezpečia, zdravotníci jej pomôžu pri pocite dychovej tiesne a zachránia ju pred smrťou.

Sesterské diagnózy podľa Vyhlášky MZ SR č. 306/ 2005 Z.z (10): D120 Neúčinné dýchanie; D124 Riziko hypoxie; D121 Neúčinné čistenie dýchacích ciest; A110 Intolerancia aktivity; A117 Vyčerpanosť, Únava; P 112 Úzkosť; S 150 Nedostatočná spolupráca pacienta; I 121 Riziko vzniku infekcie.

Priebeh hospitalizácie

1. deň hospitalizácie

Laboratórne parametre: Na: 138 mmol/l, K: 4,4 mmol/l, Cl: 94 mmol/l, CRP: 18,1 mg/l, paO_2 7,73 kPa, $paCO_2$ 8,21 kPa, pH 7,422, BE 11,9 mmol/l, HCO_3^- 39,2 mmol/l, O_2 89,9 %.

Pacientke bol po príjme na oddelenie kontinuálne podávaný kyslík (1,5 – 2 l/min podľa aktuálnych hodnôt paO_2 a $paCO_2$) s prepájaním na NIV v časovom harmonograme v čase 9 – 11 hod., 13 – 16 hod., 22 – 06 hod. s kontrolou tesnosti oronazálnej masky Amara View, veľkosť M. Bola poskytovaná neinvazívna ventilácia – BIPAP (*Bi-level Positive Airway Pressure*, bifázická ventilácia pozitívnym pretlakom) s nastavením tlaku v inspíriu (IPAP) 14 cmH_2O a v exspíriu (EPAP) 4 cmH_2O, dychová frekvencia 8/min, v režime S/T (spontánny, časový), ktorý umožňoval pacientke spontánne dýchať, ale zároveň bola zabezpečená časová podpora. Počas ventilácie bol kyslík titrovaný na 1,5 – 2 l/min cez okruh prístroja, aby bola dosiahnutá SpO_2 okolo 90 %. Monitorovali sa vitálne funkcie: TK, P, TT, SpO_2 a dýchanie – dyspnoe, hĺbka dýchania, kašeľ, farba kože so zameraním na výskyt cyanózy, množstvo sekrétu. Pacientka bola polohovaná do Fowlerovej polohy na lôžku alebo vysadzovaná do kresla, počas spánku v semi-Fowlerovej polohe. Pacientke sa poskytli informácie a bola edukovaná o význame terapeutickej úľavovej polohy. Pri asistencii presunu na lôžko bola realizovaná perkusia, nabádaná na podporu kontroly kašľa – dlhý pomalý nádych, zadržanie dychu a následné 2 – 3 razy odkašľanie. Okrem chronickej liečby bol podaný Ventolin sol. 1 ml + 3 ml F1/1 cez nebulizátor každých 8 hod., F1/1 250 ml + 200 mg Hydrokortizonu + 1 amp Syntophylinu každých 12 hodín. Cez deň a na noc boli podané anxiolitiká, zabezpečovaný pokoj na lôžku bez fyzickej záťaže a nerušený spánok. Pacientka vyžadovala pomoc pri takmer všetkých sebaobslužných činnostiach.

2. deň hospitalizácie

Laboratórne parametre: paO_2 7,76 kPa, $paCO_2$ 8,54 kPa, pH 7,381, BE 9,3 mmol/l, HCO_3^- 37,1 mmol/l, O_2 88,9 %.

Menené ventilačné tlaky v NIV – v inspíru (IPAP) 11,5 cmH_2O a v exspíriu (EPAP) 5 cmH_2O, prítomné normopnoe, s verbalizáciou ústupu dýchavice, úpravou teploty a sfarbenia akrálnych častí tela. Ďalej monitorované SpO_2, množstvo a viskozita spúta. Bola znížená dávka Hydrokortizonu na 100 mg v infúznej terapii so Syntophylinom 1 amp. každých 12 hodín. Bolo ordinované podávanie expektoransu s mukolytickým účinkom Ambrobene 7,5 mg/ml 2-2-0 ml.

Ordinovaná dychová rehabilitácia a podpora vykašliavania pomocou kašľového asistenta. Cieľom bolo zlepšiť čistenie dýchacích ciest a tým aj výmenu plynov. V iniciálnej fáze počas používania kašľacieho asistenta sestra monitorovala SpO_2, TK a P. Nastavené parametre kašľového asistenta: doba nádychu (*insuflation time* – čas potrebný na dosiahnutie stanoveného inspiračného tlaku): 2,0 sekundy, čas výdychu (*exsuflation time* – čas potrebný na dosiahnutie vopred stanoveného maximálneho negatívneho tlaku): 2,0 sekundy, pauza (*pause between cycles* – podľa potrieb pacienta): 3,0 sekundy. Exhalačný tlak -35 cmH_2O, inhalačný tlak +35 cmH_2O. Parametre kašľového asistenta boli upravované podľa stavu pacientky. Viac ako 4 sekvencie pacientka nezvládala. Súčasne sledované zapájanie pomocných dýchacích svalov a využívanie bránice.

3. deň hospitalizácie

Laboratórne parametre: Na: 141 mmol/l, K: 3,3 mmol/l, Cl: 100 mmol/l, CRP: 5,7 mg/l, paO_2 7,45 kPa, $paCO_2$ 7,52 kPa, pH 7,449, BE 11,7 mmol/l, HCO_3^- 38,2 mmol/l, O_2 89,7 %.

Pacientka bola polohovaná podľa priania a tolerancie do Fowlerovej/semi-Fowlerovej polohy. V pravidelných intervaloch merané vitálne funkcie a SpO_2, pravidelne sa izba vetrala a udržiavala sa optimálna vlhkosť a teplota izby 20 °C. Počas dňa prepájaná na NIV s O_2 terapiou bez zmenených ventilačných parametrov, kontrolovaná tesnosť a doliehanie masky. Pokračovalo sa v podávaní bronchodilatačnej terapie vo forme aerosólu, čo je súčasťou chronickej terapie pacientky (Berodual 4 x 2 inh., Trimbow 2 x 2 inh.), nebulizačne (Ventolin sol. 1 ml + 3 ml F1/1 každých 8 hod.) a venózne (F1/1 250 ml + 100 mg Hydrokortizonu + 1 amp Syntophylinu každých 12 hodín). Pre hypokalémiu podané 7,45 % Kalium chlorid v dávke 15 ml vo F1/1 500 ml infúznou pumpou, následne podávaný KCL 3 x 1 tbl. Bola zintenzívnená diuretická liečba (Furon 40 mg i. v.). Pri rannej toalete viac sebestačnejšia ako pri príjme, avšak pri výmene osobnej bielizne potrebuje pomoc. Sledované PVT, zabezpečovaná dostatočná hydratácia podľa aktuálnych hodnôt bilancie tekutín. Realizovaná poklepová drenáž. Pacientka edukovaná o príznakoch exacerbácie (zmeny v spúte, horúčka, prehĺbené dyspnoe), negatívnych rizikových faktoroch prostredia (dym, smog, chladné a teplé počasie, peľ v ovzduší a pod.), starostlivosti o duševnú pohodu, nerušený spánok a o dodržiavaní hygienicko-bezpečnostných predpisov a zásad pri manipulácii s kyslíkom v domácom prostredí. Tretí deň sa primerane rozložili bežné denné aktivity pacienta. Indikovaná fyzioterapia, individuálny rehabilitačný plán, ktorej cieľom bolo zlepšiť toleranciu aktivity, v našom prípade udržať v maximálnom možnom funkčnom stave.

6. deň hospitalizácie

Laboratórne parametre: Na: 143 mmol/l, K: 3,7 mmol/l, Cl: 100 mmol/l, Mg: 0,69 mmol/l, CRP: 5,7 mg/l, paO_2 9,22 kPa, $paCO_2$ 6,45 kPa, pH 7,453, BE 7,7 mmol/l, HCO_3^- 33,0 mmol/l, O_2 94,4%, celkové bielkoviny v sére 54,9 g/l.

Bola zmenená podávaná bronchodilatačná terapia formou nebulizácie na Ventolin 0,5 ml + 3 ml 10 %

$MgSO_4$ každých 8 hodín, zintenzívnená diuretická terapia Furon 40 mg i. v. pokračuje, dnes doordinovaný i na obed. Doordinované hypotenzívum s diuretikom Noliprel A 1 tbl R, zvýšená frekvencia merania TK – 3 x denne, substitúcia kália pokračuje perorálne v liekovej forme 3 x 1 tbl. V pravidelných intervaloch merané vitálne funkcie a SpO_2. Počas dňa prepájaná na NIV s O2 terapiou, kontrola tesnosti a doliehania masky, opakovane edukovaná o dodržiavaní hygienicko-bezpečnostných predpisov a zásad pri manipulácii s O2 i v domácom prostredí. Jednorazovo bol podaný Albumín 20 % i. v. PVT sledované, zaznamenávané, zabezpečovaná dostatočná hydratácia podľa aktuálnych hodnôt bilancie tekutín. Realizovaná poklepová drenáž. Pokračovala edukácia. Po troch dňoch aplikácie pozitívneho a negatívneho tlaku v dýchacích cestách kašľovým asistentom na podporu vykašliavania bola táto liečba zrušená, pacientka necítila jej efekt a nie je rozhodnutá pre jej pokračovanie. Nebola indikovaná domáca terapia kašľovým asistentom.

Vyhodnotenie 1. deň až 11. deň hospitalizácie

Pri prijatí pacientka objektívne dýchavičná, schvátená, úzkostlivá, unavená, cyanotická so zníženou saturáciou kyslíka, prítomný kašeľ s expektoráciou hlienu. Pacientka nebola schopná vykonávať sebaobslužné činnosti denných aktivít, prítomná celková slabosť a únava. Z laboratórnych výsledkov hypoxémia, hyperkapnia, respiračná infekcia, hypokalémia, hypoproteinémia. Pacientke bol podávaný kyslík (1,5 – 2 l/min podľa aktuálnych hodnôt paO_2 a $paCO_2$) s prepájaním na NIV v pravidelnom časovom harmonograme. Bola podávaná neinvazívna ventilácia – BIPAP. Liečba aj za pomoci kašľového asistenta, ale bez efektu. Podávané venózne bronchodilatanciá, kortikoidy, úprava hypokalémie, diuretická liečba, inhlalačne bronchodilatanciá, mukolytiká a ostatná perorálna chronická liečba s doplnením anxiolytík. Od 3. dňa demonštrované dýchacie (dychová rehabilitácia) a relaxačné techniky (aromaterapia, muzikoterapia) na zvyšovanie kontroly reakcií tela na stres a jeho redukciu. Pacientka verbalizovala na 4. deň zmiernenie úzkosti, prejavovala nižšiu mieru nepokoja a podráždenosti. Počas hospitalizácie pravidelne chatovala a telefonovala s príbuznými, hlavne s dcérou a vnučkou zo zahraničia, čo malo významný pozitívny efekt na jej celkový zdravotný stav. Pacientka a manžel boli reedukovaní o domácej oxygenoterapii a NIV liečbe, o dychovej rehabilitácii.

Stav po 18 mesiacoch

Progresia ochorenia, pacientka s emfyzémom pľúc, s chronickými fibrotickými a atelektatickými pozápalovými zmenami pľúc s významne redukovanou ich funkčnou kapacitou. Opakovane bola hospitalizovaná (za posledným 5 mesiacov štyrikrát). Je závislá od NIV (Bipap) a oxygenoterapie. Tlak v inspíriu (IPAP) 9,5 cmH_2O, v exspíriu (EPAP) 4 cmH_2O, v režime S/T (spontánny, časový), oxygenoterapia 1 l/min cez okruh prístroja v rozpise 9 – 11 hod., 13 – 16 hod., 22 – 06 hod. V prestávkach medzi NIV s oxygenoterapiou využíva oxygenoterapiu. Interval, v ktorom je napojená na NIV s oxygenoterapiou sa predlžuje. Cieľ saturácie je nad 88 %.

Laboratórne parametre: Na: 141 mmol/l, K: 3,1 mmol/l, Cl: 96mmol/l, CRP: 2,7 mg/l, paO_2 7,26 kPa, $paCO_2$ 7,62 kPa, pH 7,438, BE 11,1 mmol/l, HCO_3^- 37,7 mmol/l, O_2 88,6%.

Pre nízke zápalové parametre nebola indikovaná antibiotická liečba, dlhodobo je užívaný Azitromycin 500 mg R (pondelok, streda a piatok). Pre hypokaliémiu boli podávané draslíkové preparáty, následne v kontrolnom odbere už normokaliémia. Do inhalačnej terapie bol pridaný Formovent 12 µg 1-0-1.

Pacientka vyžaduje 24-hodinovú opatrovateľskú starostlivosť a pomoc pri všetkých inštrumentálnych aktivitách denného života. Jej mobilita je významné ovplyvnená dýchavičnosťou a napojením na NIV a oxygenoterapiu. Podávaná kašovitá geriatrická strava, ktorá je vzhľadom na šetriacu úpravu ľahšie tolerovateľná. Možnosti liečby sú vyčerpané, bola navrhnutá hospicová starostlivosť, ktorú pacientka odmieta. Aj napriek maximalizovanej bronchodilatačnej liečbe nedochádza k subjektívnej úľave od príznakov. Preto boli pridané v rámci symptomatickej liečby terminálneho CHOCHP perorálne opiáty (Sevredol 5-5-0 mg). Následne dochádza k zlepšeniu klinického stavu. Pacientka prepúšťaná do domáceho prostredia.

Diskusia

Nežiaducou asociáciou s ochorením CHOCHP je spojitosť s kardiovaskulárnymi ochoreniami, ako akútny infarkt myokardu, srdcové zlyhanie alebo prítomnosť arytmií. Uvedené komorbidity sú kontraindikáciou transplantácie pľúc. Je známe, že prognóza CHOCHP je horšia u pacientov po prekonaní akútneho infarktu myokardu (12). Predkladaná kazuistika prípadu našej pacientky s CHOCHP koreluje s týmito autormi. Pacientka má významne redukovanú funkčnú kapacitu pľúc, preto bola zaradená do transplantačného programu, avšak transplantácia pľúc bola kontraindikovaná pre jej nepriaznivý klinický kardiálny stav.

Pacienti s exacerbovanou CHOCHP a akútnym hyperkapnickým respiračným zlyhaním sú vystavení vysokému riziku readmisie a ďalšími život ohrozujúcimi stavmi až smrťou. Nedávne štúdie naznačili, že riziko readmisie sa môže významne znížiť za pomoci dlhodobej NIV špecificky prispôsobenej pacientovmu „fenotypu“ (13, 14). Výsledky literárneho prehľadu autorov Steindal et al. (2024), ktorí sledovali postoje pacientov s CHOCHP k používaniu NIV v paliatívnej starostlivosti a ich účasť na rozhodovacom procese liečby NIV ukázali, že pacienti vnímajú NIV viac ako „záchranný kruh“, ktorý ich udrží nažive, než ako paliatívne opatrenie. Zdravotnícki pracovníci používajú NIV u týchto pacientov, ale nemusia ju považovať za paliatívne opatrenie, čo naznačuje, že NIV môže byť zavedená skôr s kuratívnym alebo obnovovacím zámerom než s paliatívnym (15). Podľa systematického review od Almagro et al. (2017) rozhodovanie o paliatívnej starostlivosti pri CHOCHP by malo byť založené na prítomnosti symptómov refraktérnych na konvenčnú liečbu, spolu s preferenciami pacientov. Paliatívna starostlivosť zahŕňa okrem iného aj komunikáciu pri plánovaní starostlivosti, rozhodnutia o konci života, obmedzenie agresívnej liečby (prijatie na JIS, mechanická ventilácia a kardiopulmonálna resuscitácia) a symptomatickú

liečbu, pričom sa vždy majú zohľadniť fyzické, psychosociálne a duchovné aspekty a preferencie pacientov. Žiaľ, paliatívna starostlivosť sa často mylne považuje zúžene na terminálnu starostlivosť, pričom sa ukázalo, že je použiteľná a hodnotná v iných štádiách CHOCHP. Nie je to upustenie od iných terapií, aj ako je to uvedené v našej kazuistike, keď NIV, ktorú pacientka môže využívať aj v domácom prostredí, zaisťuje najvyššiu možnú kvalitu ostávajúceho života (16).

Symptómy CHOCHP majú značný vplyv na aktivity denného života, celkový zdravotný stav a kvalitu života, čo je mnohokrát dôvodom, aby pacient vyhľadal lekársku pomoc. Najmä dyspnoe je zodpovedné za veľkú časť úzkosti a invalidity u pacientov. Nárast depresií, úzkostí, izolácie pacientov a straty záujmu o akékoľvek činnosti v dennodenných aktivitách sú veľmi časté. Na základe priebehu viacerých štúdií vieme, že kvalita života súvisiaca so zdravím je u pacientov s ochorením CHOCHP významne znížená. Jednotlivé aspekty, ako vek, pohlavie, BMI, fajčenie v porovnaní s ochorením CHOCHP ostávajú neustále predmetom skúmania. Ukazuje sa, že vplyv veku na kvalitu života u pacientov s ochorením CHOCHP má negatívnu tendenciu. Prevažne u starších pacientov v piatej a šiestej dekáde dochádza k výraznému zníženiu kvality života. Príčinou môže byť ochorenie CHOCHP, ale aj iné komorbidity a život ohrozujúce stavy (17). Uvádza sa, že u ľudí trpiacich obezitou a u ľudí s nižším socioekonomickým statusom prebieha zápalová reakcia intenzívnejšie, čo má za následok väčšiu deštrukciu pľúcneho parenchýmu (12).

Chronické príznaky svojím progresívnym správaním spôsobujú pacientom v každodennom živote i vo všetkých oblastiach prežívania výrazné zníženie kvality života, nehovoriac o množstve vynaložených finančných, materiálových či personálnych zdrojov. CHOCHP je sprevádzaná množstvom problémov a obmedzení, ktoré nie vždy sú ovplyvniteľné. Záťaž, ktorú ochorenie spôsobuje, si vyžaduje hľadanie nových možností a prístupov aj v oblasti ošetrovateľskej starostlivosti. Zvýšenú pozornosť treba venovať témam týkajúcich sa komunikácie s pacientom, edukácii, významu dychovej rehabilitácie, výživy, stravovania a liečbe perorálnymi opiátmi. Samozrejme, s ohľadom na individuálne možnosti, potreby a očakávania pacienta.

Paliatívna starostlivosť sa zameriava nielen na obťažujúce symptómy CHOCHP, čo vedie k zvýšeniu kvality života, ale môže tiež znížiť používanie invazívnych postupov, zvýšiť psychosociálnu podporu a prežívanie ochorenia. Paliatívna starostlivosť by mala nastúpiť ešte pred objavením závažných príznakov (18). Dôležité je pripraviť individuálny ošetrovateľský a terapeutický plán v rámci multidisciplinárneho tímu, ktorého súčasťou by mal byť paliatívny tím. Rodina a opatrovatelia môžu byť veľmi nápomocní pri monitorovaní liečebného plánu pacientov s CHOCHP tým, že zabezpečia, aby pacient užíval svoje lieky, rozpoznával príznaky exacerbácie a pomáhali aplikovať NIV, oxygenoterapiu a iné. U pacientov s pokročilou CHOCHP pomáhajú pri zabezpečovaní všetkých denných aktivít sebaopatery a inštrumentálnych denných činností.

Záver

Terapia pokročilej CHOCHP prináša miernu úľavu od symptómov, čím týchto pacientov robí zraniteľnými a podstatne znižuje kvalitu života. Závažnosť zvládania stavu pacientov s ochorením CHOCHP v domácom prostredí si vyžaduje prepojenie medzi klinickým manažmentom a možnosťami implementácie princípov paliatívnej starostlivosti. Pacienti s NIV vrátane našej pacientky sa zdajú byť spokojní s liečbou NIV a vnímajú ju ako spôsob, ako môžu ostať nažive, predĺžiť si život a zmierniť príznaky. Táto preferencia a postoj k NIV môže byť spôsobená nedostatkom vedomostí pacientov o diagnóze, prognóze a liečbe, ako aj absenciou komunikácie so zdravotníkmi. Pacienti sa bránia rozhovorom o konci života a sú viac ochotní podstúpiť život zachraňujúcu liečbu napriek nepohodliu. NIV sa používa na zmiernenie dyspnoe a poskytuje pacientovi komfort na zlepšenie kvality ostávajúceho života.

Autori článku čestne vyhlasujú, že nemajú žiadny potenciálny konflikt záujmov.

Literatúra

1. Halpin DMG. Palliative Care for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Signs of Progress, but Still a Long Way to Go. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2018; 198(11):1356-1358.
2. Bóriková I. Dýchavica. In: Kurucová R, Žiaková K, Nemcová J. Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivsoti. Osveta: Martin; 2015:157-166.
3. Mercadante S, Giarratano A, Cortegiani A, et al. Application of palliative ventilation: potential and clinical evidence in palliative care. Supportive Care Cancer. 2017; 25: 2035-2039.
4. Kolek V, et al. Doporučené postupy v pneumológii. 2. vyd. Praha: Maxdorf; 2016. 564 s.
5. Kapounová G. Ošetřovatelství v intenzivní péči. 2. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishng, a. s.; 2020: 388.
6. Dostál P, et al. Základy umělé plicní ventilace. 4. vyd. Praha: Maxdorf, s.r.o; 2018: 437.
7. Firment J, Maruniak M. Neinvazívna ventilácia pľúc [online]. In: Novinky v anestéziológii, algeziológii a intenzívnej medicíne 2015. 1. postgraduálny kurz CEEA. Prešov: Pavol Šidelský – Akcent print; 2015:217-226 [citované 2025-05-30]. Dostupné na internete: https://www.google.com/url?q=http://www.lf.upjs.sk/ceea/doc1/15%2520NIV%2520Firment%2520CEEA%25202015%2520225.pdf&usg=AOvVaw1wNAvBO_jvNL0Fn6alu7QQ.
8. Högman M, Sulku J, Ställberg B, et al. 2017 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease reclassifies half of COPD subjects to lower risk group. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2018;13:165-173.
9. Odborné stanovisko Slovenskej pneumologickej a ftizeologickej spoločnosti. Indikácie dlhodobej domácej liečby pomocou mechanickej insuflácie-exsuflácie s využitím prístroja CoughAssist [online]. 2020 [citované 2025-05-30]. Dostupné na internete: https://www.spfs.sk/images/oznamy2020/odborne_stanovisko_spfs_caugh_assist_ho_07062020.pdf.
10. Vyhláška MZ SR č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz.
11. Yin KR. Case Study Research Design and Methods. 5. vyd. Thousand Oaks, CA: Sage; 2014: 282 p.
12. Mathioudakis AG, Vanfleteren L, Lahousse L, et al. Current developments and future directions in COPD. European Respiratory review. 2020;29(158):12.
13. Roberts M, Lopez-Campos JL, Pozo-Rodriguez F, et al. European hospital adherence to GOLD recommendations for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbation admissions. Thorax. 2013;68:1169-1171.
14. Raveling T, Vonk J, Struik FM, et al. Chronic non-invasive ventilation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Systematic Review. 2021;8(8):CD002878.
15. Steindal SA, Hofsø K, Aaagaard H, et al. Non-invasive ventilation in the care of patients with chronic obstructive pulmonary disease with palliative care needs: a scoping review. BMC Palliative Care. 2024;23(27):25-26.
16. Almagro P, Yun S, Sangil A, et al. Palliative care and prognosis in COPD: a systematic review with a validation cohort. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2017;12:1721-1729.
17. Vogelmeier CF, Román-Rodríguez M, Singh D, et al. Goals of COPD treatment: Focus on symptoms and exacerbations. Respiratory Medicine. 2020;166:105938.
18. Tavares N, Hunt KJ, Jarrett N, et al. The preferences of patients with chronic obstructive pulmonary disease are to discuss palliative care plans with familiar respiratory clinicians, but to delay conversations until their condition deteriorates: A study guided by interpretative phenomenological analysis. Palliative Medicine. 2020;34:1361-1373.

Mgr. Edita Hlinková, PhD.
Jesseniova lekárska fakulta v Martine
Ústav ošetrovateľstva
Malá Hora 5, 036 01 Martin
edita.hlinkova@uniba.sk

Bratislavské onkologické dni

LXII. ročník

a **XXVII. kongres SLS**

1. – 3. október 2025, Hotel Saffron, Bratislava

Hlavná téma
Nádory pľúc

Vedľajšie témy
Imunoterapia
Zriedkavé nádory

Paralelná sekcia

B.O.D.

Podujatie je ohodnotené CME kreditmi.

Organizačné zabezpečenie: SOLEN, s. r. o., Ambrova 5, 831 01 Bratislava, kongres@solen.sk

Kontakt pre vystavovateľov: Monika Horáková, tel.: +421 903 452 654, horakova@solen.sk

Registrácia a ubytovanie: kongres@solen.sk

www.solen.sk
mudr.online

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Sekcia sestier pracujúcich v onkológii Slovenskej spoločnosti sestier a pôrodných asistentiek Slovenskej lekárskej spoločnosti

XXXV. celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v onkológii

v rámci Bratislavských onkologických dní, 62. ročníka

1. október 2025, Hotel Saffron, Bratislava

B.O.D.

Podujatie je ohodnotené CME kreditmi.

Organizačné zabezpečenie: SOLEN, s. r. o., Ambrova 5, 831 01 Bratislava, kongres@solen.sk

Kontakt pre vystavovateľov: Monika Horáková, tel.: +421 903 452 654, horakova@solen.sk

Registrácia a ubytovanie: kongres@solen.sk

www.solen.sk
mudr.online

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Predstavujeme PLAMIENOK n.o. – detská paliatívna starostlivosť, smútková terapia a psychologické poradenstvo pre rodiny, vzdelávanie odborníkov aj laikov

MUDr. Mária Jasenková
PLAMIENOK n.o., Bratislava

Paliat. med. liec. boles., 2025;18(1e):24-27

PLAMIENOK n.o. je nezisková organizácia, ktorá ako zdravotnícke zariadenie od roku 2003 poskytuje domácu paliatívnu liečbu a starostlivosť deťom s život limitujúcimi a ohrozujúcimi chorobami a ich rodinám v oblasti 2 hodín jazdy autom od Bratislavy. Okrem toho od roku 2011 ponúka v Centre smútkovej terapie odborné psychologické poradenstvo a terapiu rodinám s deťmi, kde rodič alebo dieťa je nevyliečiteľne chorý, ako aj smútiacim rodinám s deťmi alebo po strate dieťaťa. PLAMIENOK zároveň vzdeláva študentov, odborníkov aj laickú verejnosť v oblasti paliatívnej medicíny a komunikácie v náročných životných situáciách.

Zriaďovateľom PLAMIENKA je Bratislavský samosprávny kraj. PLAMIENOK poskytuje domácu paliatívnu liečbu a starostlivosť formou mobilného hospicu, ako aj psychologické poradenstvo a terapiu – od svojho vzniku pre rodiny bezplatne. Organizácia nie je zazmluvnená so zdravotnými poisťovňami, preto svoje financovanie zabezpečuje prostredníctvom 2 % z dane, grantov a darov od fyzických a právnických osôb.

Detská domáca paliatívna liečba a starostlivosť

V súvislosti s pokrokom medicíny v posledných 20 rokoch sa významne zmenilo spektrum detských pacientov v domácej paliatívnej starostlivosti. Viac ako 85 % detí v starostlivosti PLAMIENKA tvoria pacienti so život limitujúcimi alebo ohrozujúcimi chorobami nenádorovej etiológie – najmä s genetickými syndrómami a vrodenými vývojovými chybami (napr. Edwardsov syndróm, závažné neoperovateľné srdcové chyby a pod.) a neurodegeneratívnymi chorobami, hypoxickou perinatálnou encefalopatiou a pod. Počet detí s neliečiteľnou formou nádorových ochorení v starostlivosti Plamienka významne klesol.

Sestričky chystajú materiál na domácu návštevu



Smerom na výjazd



Chystanie liekov pre dieťa



Lekárka Monika vyšetruje dieťa doma



PLAMIENOK n.o. poskytuje deťom a rodinám 24/7 starostlivosť formou domácich návštev a telefonických konzultácií. Odborníci paliatívneho tímu vykonajú počas jedného týždňa 6 až 10 domácich návštev detských pacientov. Priemerný počet detí v tejto forme starostlivosti v jednom období je 10 až 12. Od svojho vzniku do roku 2025 poskytol PLAMIENOK starostlivosť viac než 500 deťom.

Vzhľadom na pokles end-of-life starostlivosti v detskej paliatívnej starostlivosti a potrebu prechodnej špecializovanej domácej paliatívnej starostlivosti zaviedol PLAMIENOK v roku 2023

Vzdelávanie tímu



Terapeutický workshop počas terapeutického tábora



Terapeutická skupina detí



Terapeutická skupina rodičov



tzv. monitoring formu starostlivosti. Ide o naplánované online konzultácie s lekárom pre rodičov stabilizovaných detských pacientov so život limitujúcimi a/alebo ohrozujúcimi chorobami. Ich cieľom je včas zachytiť potrebu prechodu na 24/7 špecializovanú domácu paliatívnu starostlivosť. Ak sa zdravotný stav dieťaťa ďalej zlepšuje, lekár môže indikovať aj ukončenie monitoringu.

Konzultácie s lekárom poskytuje PLAMIENOK aj jednorazovo – na žiadosť rodiča cez webový formulár, a to z akejkoľvek oblasti Slovenska. Priemerný počet týchto konzultácií za rok je približne 30.

Tím odborníkov

Odborným garantom a primárkou je MUDr. Mária Jasenková, pediatrička, klinická onkologička a paliatologička. V tíme pôsobí 5 lekárov s celkovým úväzkom 2,8, ktorí zabezpečujú služby 24/7 – počas noci a víkendov sú vždy k dispozícii dvaja odborníci, starší a mladší lekár alebo lekár a zdravotná sestra. Dve lekárky sú atestované špecialistky v odbore paliatívna medicína a poskytujú aj odborné konzultácie – rodičom a spolupracujúcim inštitúciám (nemocničným aj ambulantným lekárom), ktorí o ňu cez webovú stránku požiadajú.

Ošetrovateľskú starostlivosť poskytujú 4 zdravotné sestry s celkovým úväzkom 1,4, ktoré taktiež slúžia pohotovostné služby.

Podpornú psychologickú starostlivosť a sprevádzanie detí a rodín poskytujú lekári a zdravotné sestry. Špecializovanú psychologickú starostlivosť zabezpečujú štyri psychologičky Centra smútkovej terapie formou osobných návštev v domácnosti, stretnutí s rodičmi v centre alebo prostredníctvom videohovorov. V roku 2025 PLAMIENOK nezamestnával sociálneho pracovníka. Duchovné potreby pacientov a rodín sú riešené individuálne – v prípade záujmu rodiny PLAMIENOK sprostredkuje kontakt s miestnym duchovným alebo zástupcom iného náboženstva. Zároveň odborný domáci tím poskytuje spirituálne sprevádzanie deťom a rodinám so zameraním na existenciálne témy, bez dôrazu na religiozitu. PLAMIENOK nezamestnáva opatrovateľov.

Smútkové poradenstvo a terapia pre smútiace rodiny

Centrum smútkovej terapie PLAMIENOK n.o. poskytuje bezplatnú odbornú psychologickú podporu deťom, tínedžerom a ich rodinám, ktoré sa vyrovnávajú so stratou blízkej osoby – vrátane rodín po strate dieťaťa. Odbornú psychologickú podporu ponúka aj deťom a rodičom, ak je jeden z rodičov nevyliečiteľne chorý na nádorové alebo nenádorové ochorenie.

Centrum ponúka bezplatné konzultácie s psychológom pre rodičov aj pedagógov, individuálne a rodinné terapeutické stretnutia, skupinové terapie pre deti, tínedžerov a rodičov, ako aj letný terapeutický tábor pre deti a tínedžerov. Špeciálnou formou podpory sú terapeutické víkendy pre rodiny, ktoré umožňujú rodinám po strate blízkeho

Letný terapeutický tábor



získať oporu v komunite ľudí s podobnou skúsenosťou.

Terapeutická práca je zameraná na podporu procesu smútenia, adaptácie detí a rodičov na závažnú životnú zmenu a hľadanie zdrojov na zvládanie náročnej situácie. Prístup centra je holistický a kreatívny – vychádza z potreby pracovať nielen s dieťaťom, ale aj so zvyškom rodiny. Deti sú podporované prostredníctvom hry, tvorivých aktivít a bezpečných rozhovorov, rodičia dostávajú odbornú podporu formou individuálnych stretnutí. Psychológovia centra poskytujú aj bezplatné konzultácie pre pedagógov, ktorí pracujú s deťmi po strate blízkeho v školách a škôlkach.

Štyria psychológovia pôsobia v Centre pomoci smútiacim deťom a ich rodinám a podľa potreby sa zapájajú aj do výjazdov a domácich návštev nevyliečiteľne chorých detí. V roku 2024 využilo možnosť konzultovať psychológa 165 rodičov, 56 dospelých a 38 detí absolvovalo pravidelné individuálne terapeutické stretnutia. Letného terapeutického tábora sa zúčastnilo 43 detí.

V Centre smútkovej terapie pôsobia aj školení dobrovoľníci, ktorí absolvovali polročný vzdelávací kurz „Ako komunikovať v náročných chvíľach“ (72 hodín). Pod vedením terapeutov sa zapájajú do práce s deťmi a rodinami ako facilitátori počas terapeutických skupín, terapeutického tábora a víkendov pre rodiny. V roku 2024 tvorilo dobrovoľnícky tím 10 vyškolených dobrovoľníkov.

Fundraising a vzdelávanie

Financovanie PLAMIENKA je možné vďaka aktivitám trojčlenného fundraisingového tímu, ktorý pripravuje a podáva grantové žiadosti, oslovuje darcov a počas obdobia asignácie 2 % z dane aktívne komunikuje s verejnosťou.

Významnou súčasťou činnosti PLAMIENKA je aj vzdelávanie. Organizácia ponúka dva vzdelávacie kurzy – online kurz Čo nás deti a rodiny naučili, určený pre študentov, odborníkov aj laickú verejnosť, a prezenčný kurz Ako komunikovať s deťmi a dospelými v náročných chvíľach, ktorý rozvíja komunikačné zručnosti potrebné pri práci s pacientmi a ich rodinami a zároveň pripravuje budúcich dobrovoľníkov na ich pôsobenie v Centre smútkovej terapie.

V oblasti paliatívnej starostlivosti a smútkového poradenstva sa PLAMIENOK snaží pomáhať aj prostredníctvom článkov na blogu a podcastov, ktoré sú dostupné na webovej stránke organizácie a na sociálnych sieťach. Cieľom týchto aktivít je podporovať nielen rodiny, ale aj širokú laickú verejnosť, šíriť osvetu a odborne aj citlivo otvárať často tabuizované témy spojené s nevyliečiteľnou chorobou, zomieraním a smútením.

Príbehy, ktoré menia životy

V PLAMIENKU vnímame paliatívnu starostlivosť ako službu nevyliečiteľne chorým deťom a ich rodinám, ktorá presahuje hranice medicíny – a neraz aj hranice nášho pracovného života. Našou odbornou pomocou, ale aj našou ľudskou prítomnosťou, spoluvytvárame priestor, ktorý deti a ich rodičia môžu naplniť spolupatričnosťou, láskou a blízkosťou. Počas domácich návštev aj my, ktorí v PLAMIENKU pracujeme, môžeme prispieť svojou kvapkou a tieto chvíle s rodinami zdieľať.

Práve toto vzájomné obohacovanie nám dodáva silu pokračovať ďalej a prekonávať aj náročné obdobia. Ďakujeme všetkým deťom a rodinám, ktoré sme navštevovali, liečili, ošetrovali a sprevádzali, za ich dôveru.

Na záver prinášame slová rodičov trojročného Miška s diseminovaným neuroblastómom, ktorého sme mali možnosť doma liečiť a sprevádzať. Ich svedectvo ukazuje hlboký zmysel detskej paliatívnej starostlivosti – a ten je hlavným dôvodom, prečo túto prácu robíme.

Dobrý večer milý PLAMIENOK,

dnes je Michala, a s naším Miškom by sme dnes spolu doma oslavovali meniny – ale Miško je už v nebi. S manželom, Miškovým tatinom Michalom, sme mali taký zvyk – odkedy sa Miško narodil, na meniny som im obom vždy kúpila do manželovej zbierky kovových traktorčekov nový kúsok. Táto zbierka mala raz prejsť na Miška, mal ju zdediť.

Manžel mal veľkú slabosť pre tieto kovové traktorčeky a všetky komponenty okolo nich. Vždy sme si z toho robili žarty, že Miško sa až do svojich osemnástich narodenín tejto zbierky nesmie ani dotknúť.

Dodnes si presne pamätám ten okamih, keď mu manžel všetko povyťahoval z krabíc, ako sa spolu hrali, a aj ten pocit – keď som vedela, že možno o pár mesiacov sa blíži koniec. Miško bol veľmi šťastný. Aj za ten krátky čas stihol traktorček aj so všetkými komponentmi dostať do havarijného stavu.

A za tento čas sa Vám chcem z celého srdca poďakovať – za to, že ste. Pretože ste anjelmi na tejto zemi.

Pamätám si, ako som si počas posledného odchodu z onkologického oddelenia dookola čítala v správe Vaše číslo – že máme kontaktovať PLAMIENOK – a stále som tomu nedokázala uveriť. Pamätám si ten obrovský strach z toho, čo nás čaká, ten trasúci sa hlas, keď som prvýkrát vytočila číslo do PLAMIENKA. Ale s každou návštevou ten strach postupne ustupoval, a ja

Miško z príbehu





som začala cítiť pokoj a vďačnosť, že sme vo Vašich rukách. V tej celej beznádejnej situácii ste pre nás doslova svietili ako svetlo – ako plamienok na konci tunela.

Chcem sa Vám všetkým poďakovať za Váš čas a za všetky Vaše upokojujúce slová v tých najťažších chvíľach. Pamätám si, ako som vám raz večer volala – a pani doktorka bola práve na hudobnom vystúpení – a napriek tomu mi hneď zdvihla, poradila mi, upokojila ma. A ešte mi povedala, nech Vám kedykoľvek zavolám, ak budem potrebovať.

Veľmi sa Vám chcem, aj teraz, s odstupom času ospravedlniť, pani dr. Jasenková, že som Vám volala aj mimo Vašej služby. Mrzí ma to, že som Vás vyrušovala. Neviem to celkom vysvetliť – možno len tým, že Váš hlas bol pre mňa v tom momente ako balzam na dušu. Veľké ďakujem patrí celému Vášmu tímu – všetkým pani doktorkám, sestričkám, ktoré boli úžasné. Hlavne pani doktorke Mikeskovej Tibenskej, ktorá nad nami bdela doslova ako anjel strážny – od dennej kliniky až po samotný koniec, keď nás Miško opustil.

Ďakujeme, že sme vďaka Vám mohli posledné mesiace ostať spolu doma.

Eliška, Miškova sestrička, aj keď bola maličká, si Miška veľmi užila a stále naňho spomína. Ďakujeme – pretože BYŤ SPOLU DOMA JE NAJVIAC.

Manželia Kováčoví,
rodičia malého Miška

MUDr. Mária Jasenková
PLAMIENOK n.o.
Zadunajská cesta 3685,
851 01 Bratislava
jasenkova@plamienok.sk



Predstavujeme Detský mobilný hospic SVETIELKO NÁDEJE

Mgr. Dária Deržáková
Detský mobilný hospic Svetielko nádeje, Banská Bystrica

Paliat. med. liec. boles., 2025;18(1e):28-31

Detský mobilný hospic Svetielko nádeje pôsobí ako jeden z projektov o. z. Svetielko nádeje, ktoré vzniklo v roku 2002 v Banskej Bystrici. Sprevádzanie detí na ich poslednej ceste v domácom prostredí sa stalo poslaním nášho tímu v roku 2013, keď vznikol Detský mobilný hospic Svetielko nádeje. Služby sú poskytované formou návštev v domácnosti na strednom Slovensku, najmä v Banskobystrickom a Žilinskom kraji.

Starostlivosť poskytujeme deťom od narodenia do 19. roku života, s nevyliečiteľným ochorením a rizikom blízkeho úmrtia. Podľa aktuálnej kapacity poskytujeme tiež krátkodobú podpornú službu deťom s významne zmeneným zdravotným stavom a s novovzniknutými špeciálnymi potrebami.

Detský mobilný hospic tvorí tím profesionálov, ktorí vedia zabezpečiť zdravotné, psychologické, sociálne potreby detí a rodín. Je to hlavne tím ľudí, pre ktorých je táto práca skôr poslanie alebo dar pomáhať ľuďom v tej najťažšej životnej situácii a tou je umieranie dieťaťa. Ľudský prístup, empatia, schopnosť vypočuť trápenie a obavy, ale aj pohladenie, podpora, blízkosť a objatie sú neodmysliteľnou súčasťou našej práce v detskom mobilnom hospici. Potrebné je zžiť sa s osudom mnohých rodín, ktoré majú to posledné svetielko nádeje práve v nás. Cieľom je zabezpečiť čo najvyšší komfort a kvalitu života dieťaťa a jeho rodiny, kontrolovať symptómy dieťaťa, predchádzať ich zhoršovaniu, tlmiť bolesť. Našou úlohou je čo najlepšie zabezpečiť starostlivosť a byť tou najlepšou oporou rodinám. To, že sa majú o koho oprieť v tej najťažšej životnej chvíli, keď im umiera pred vlastnými očami to jediné a najcennejšie čo majú, ich dieťa.





Financovanie

Svetielko nádeje je občianske združenie, ktoré poskytuje svoje služby bezplatne. Financovanie hospicu je zabezpečované kombináciou zmluvných platieb poisťovní, grantov, darov, aktívneho fundraisingu a asignácie 2 % z dane. Máme uzatvorené zmluvy so všetkými zdravotnými poisťovňami (VŠZP, Dôvera z. p., Union z. p.). Starostlivosť o pacientov je vykazovaná mesačne podľa počtu návštev a ich charakteru. Návštevy sú bodované podľa platnej legislatívy. Výška úhrady za jednu návštevu v čase od 7.00 – 19.00 hod. je 95 €. V prípade návštevy v čase od 19.00 – 7.00 hod. je to 110 €. Maximálny počet preplácaných návštev u jedného pacienta je osem za rok. V prípade VŠZP je možné pokračovať v plnej úhrade aj nad rámec stanovaného počtu návštev prostredníctvom posudzovanej žiadosti, ktorá sa zasiela každý mesiac na schválenie. Po prekročení limitu poisťovne Dôvera a Union hradia už len symbolické čiastky. Platby od zdravotných poisťovní zabezpečujú iba do 5 % celkových nákladov na realizáciu projektu.

Intenzita a počet výjazdov v priebehu týždňa

Návštevy v Detskom mobilnom hospici SN sú realizované počas týždňa. Cez víkendy a sviatky nie je pohotovostná služba dostupná – to znamená od soboty





7.00 hod. až do pondelka rána 7.00 hod. Cez sviatok od 7.00 do 7.00 hod. rána nasledujúceho pracovného dňa je služba nedostupná.

Frekvencia výjazdov tímu je vždy prispôsobená individuálne, a to podľa zdravotného stavu, potrieb a požiadaviek dieťaťa a jeho rodiny. Ak je zdravotný stav dieťaťa stabilizovaný, výjazdy prebiehajú zvyčajne raz mesačne. V prípade zhoršenia zdravotného stavu, najmä v terminálnom štádiu, navštevujeme rodinu aj niekoľkokrát týždenne, v prípade potreby aj každý deň. Dôležitou súčasťou našej starostlivosti sú aj pravidelné telefonáty rodinám. S rodinou sme v neustálom kontakte, čo pomáha budovať vzťah a dôveru, ktoré sú nesmierne dôležité pre poskytovanie plnohodnotnej starostlivosti. Pravidelným kontaktovaním rodiny môžeme včas rozpoznať nežiaduce symptómy, ktoré môže rodina prehliadnuť, a tým predísť vzniku komplikácií so zabezpečením najvyššieho komfortu pre dieťa a jeho rodinu.

Počet pacientov

V roku 2024 sme mali v starostlivosti 14 detských pacientov. Za celé obdobie fungovania bolo v starostlivosti spolu 90 detí.

Lekári

Hlavným lekárom a odborným garantom Detského mobilného hospicu Svetielko nádeje je MUDr. Pavel Bician, PhD., špecialista v odbore pediatria a pediatrická onkológia. V rámci svojej praxe pôsobí aj ako prednosta Kliniky pediatrickej onkológie a hematológie Detskej fakultnej nemocnice v Banskej Bystrici.

Priame poskytovanie zdravotnej starostlivosti zabezpečuje šesť ďalších lekárov, z ktorých MUDr. Anna Svitková pracuje pre hospic na polovičný pracovný úväzok. Ostatní lekári pracujú formou dohody popri svojich hlavných zamestnaniach na detských oddeleniach v nemocnici. Lekársky tím sa podieľa na pohotovostných službách a telefonických konzultáciách počas pracovných dní.

Sestry

Mgr. Jolana Snopková je vedúcou sestrou Detského mobilného hospicu SN. Zároveň pôsobí ako zdravotná sestra na Klinike pediatrickej onkológie a hematológie Detskej fakultnej nemocnice v Banskej Bystrici. V tíme aktuálne pôsobia ďalšie štyri zdravotné sestry, z ktorých jedna na plný úväzok, ostatné zdravotné sestry pôsobia v nemocničných zariadeniach a s hospicom spolupracujú formou dohôd. Sestry zabezpečujú odbornú ošetrovateľskú starostlivosť, asistenciu lekárovi počas odborných výkonov, pripravujú potrebné pomôcky na výjazd.



Ostatné služby poskytované v rámci starostlivosti

Sociálne služby

Sociálne služby v rámci Detského mobilného hospicu Svetielko nádeje poskytuje sociálna poradkyňa Mgr. Ivana Konôpková, s ukončeným vzdelaním v odbore sociálny pracovník. V súčasnosti pôsobí aj na KPOH BB. Rodinám poskytuje komplexné sociálne poradenstvo počas trvania hospicovej starostlivosti, ako aj podporu v období po úmrtí dieťaťa. Informuje rodinu o možnostiach preplácania liekov a zdravotníckych pomôcok. Poskytuje sociálne poradenstvo v oblasti štátnej pomoci (napr. ÚPSVaR, nemocenské dávky, dlhodobé ošetrovné). Podľa potreby pomáha pri komunikácii so zamestnávateľom, školou či úradmi. Poskytuje poradenstvo telefonicky alebo osobne, podľa individuálnej potreby rodiny.

Služby psychológa

Psychologickú starostlivosť zabezpečuje Mgr. Kristína Mydlová, PhD., s ukončeným vzdelaním v odbore psychológ. V súčasnosti pôsobí aj na KPOH BB. Jej úlohou je podpora psychického zdravia dieťaťa, rodiny a súrodencov.



Poskytuje pomoc pri zvládaní emócií vzniknutých v súvislosti s ochorením dieťaťa. Zabezpečuje tiež individuálne poradenstvo a bazálnu psychoterapiu. Zúčastňuje sa na stretnutiach rodín, ktorým zomrelo dieťa.

Liečebná pedagogička

Liečebno-pedagogickú starostlivosť zabezpečuje Mgr. Juliana Holosová, liečebná pedagogička, ktorá zároveň pôsobí na KOPH BB. Zameriava sa na podporu stimulácie dieťaťa. Jej úlohou je podporovať rozvoj alebo udržiavanie kognitívnych, motorických, emočných a senzorických schopností dieťaťa. Hľadá spôsoby ako spoločne s dieťaťom a rodičmi pokračovať v záujmovej činnosti alebo s prispôsobením na zdravotný stav dieťaťa. Ponúka možnosti neverbálneho vyjadrenia prežívania a neverbálnych foriem komunikácie s dieťaťom. Zaúča rodičov do konceptu bazálnej stimulácie v spolupráci so zdravotnou sestrou.

Duchovné sprevádzanie

Momentálne nemáme v tíme duchovného. V prípade záujmu zo strany rodiny však vieme sprostredkovať kontakt s kňazom alebo iným duchovným zástupcom podľa vierovyznania.

Dobrovoľnícka služba

Dobrovoľnícka služba nie je zatiaľ súčasťou výjazdovej činnosti Detského mobilného hospicu, keďže ide



o špecifickú a citlivú formu starostlivosti. V rámci o. z. Svetielko nádeje však funguje aktívna dobrovoľnícka činnosť, ktorá sa poskytuje najmä v nemocnici na KPOH BB. Prebieha prostredníctvom návštev detí na oddelení, odšťavovaním čerstvých ovocných štiav pre deti. Dobrovoľníci pomáhajú na rôznych podujatiach Svetielka nádeje, výletoch pre deti. Zúčastňujú sa aj stretnutí rodín, ktorým umrelo dieťa. Podpora dobrovoľníkov je veľmi dôležitá a nesmierne si vážime každého, kto nezištne venuje svoj čas a energiu pre pomoc druhým.

Fundraising

Finančné pokrytie Detského mobilného hospicu Svetielko nádeje je z veľkej časti zabezpečené aj vďaka aktívnemu fundraisingu, ktorý realizuje o. z. Svetielko nádeje. V tíme pôsobia štyria fundraiseri v spolupráci s ďalšími externými pracovníkmi, ktorých úsilie je zamerané na získavanie zdrojov nevyhnutných pre poskytovanie komplexnej a bezplatnej starostlivosti deťom a ich rodinám. Menšia časť nákladov je hradená zo zdravotného poistenia. Významná časť nákladov vrátane personálnych výdavkov, pomôcok, liekov, výjazdov je pokrývaná z darov, grantov, asignácie 2 % z dane a príspevkov od individuálnych a firemných darcov. Organizácia sa venuje viacerým formám podpory od pravidelného darcovstva, verejných zbierok, kampaní na sociálnych sieťach až po benefičné podujatia a spoluprácu s firmami.

Vzdelávanie

Vzdelávanie a šírenie povedomia o paliatívnej starostlivosti sú dôležitou súčasťou našej práce. Kvalitná starostlivosť si vyžaduje získavanie nových poznatkov, skúseností z praxe, ale aj spätnú väzbu od našich pacientov a ich rodín a hlavne otvorenosť, odvahu pozerať sa na ťažké témy s ľudskosťou a citlivým vnímaním. Členovia nášho tímu sa pravidelne zúčastňujú odborných kurzov, seminárov, konferencií. Zúčastňujeme sa vzdelávania na Slovensku, ale aj v zahraničí, ako napríklad Úvod a pokročilý kurz detskej paliatívnej starostlivosti, kurzy bazálnej stimulácie, ESPERO (komunikačný kurz). Dvakrát ročne spoločne s ostatnými detskými mobilnými hospicmi organizujeme stretnutie, v čom vidíme veľký prínos pre vymieňanie cenných skúseností, ale aj pre vytváranie lepšej spolupráce a lepšej budúcnosti v oblasti poskytovania detskej paliatívnej starostlivosti. Zapájame sa aj do odborných podujatí, konferencií ako prednášajúci. Tvoríme informačné materiály, brožúry pre zdravotníkov, rodičov, ale aj verejnosť.

Požičovňa pomôcok

V rámci detského mobilného hospicu zabezpečujeme požičiavanie pomôcok potrebných v starostlivosti o dieťa v paliatívnej starostlivosti. Je naším zámerom, aby dieťa prežilo posledné chvíle v kruhu najbližších v domácom prostredí a preto zabezpečenie rodiny potrebnými pomôckami je nesmierne dôležité. Zabezpečujeme požičanie pomôcok ako napríklad zdravotné kočíky, invalidné vozíky, elektrické polohovateľné postele, pomôcky na hygienu, enterálna pumpa, kyslíkový koncentrátor, odsávačka, pulzný oxymeter a iné.

Ambulancia

Detský mobilný hospic Svetielko nádeje v súčasnosti neprevádzkuje špeciálnu, detskú ambulanciu paliatívnej medicíny. Rodinám však vieme zabezpečiť konzultácie a vyšetrenia v rámci spolupráce so špecialistami pre daný odbor.

Plány do budúcnosti

Naša každodenná práca nás učí, že detská paliatívna starostlivosť nie je iba o smrti. Je o dôstojnosti, láskavosti a prítomnosti v najcennejších okamihoch. Preto sa snažíme posúvať neustále dopredu, aby sme mohli tieto hodnoty napĺňať. Vnímame akútny nedostatok zdravotných sestier a lekárov v tíme. V dôsledku nedostatku personálu sme museli našu službu zredukovať cez víkendy

a sviatky. Choroba si však nevyberá deň ani hodinu aj preto nás nesmierne mrzí, ak tie najťažšie chvíle prídu práve vtedy. Jednou z našich najväčších ambícií do budúcna je vybudovanie detského kamenného hospicu s respitnou časťou pre deti a ich rodiny. Vnímame aj potrebu vybudovania paliatívnych oddelení, pretože v nemocniciach často chýbajú kapacity na hospitalizáciu nevyliečiteľne chorých detí.

V rámci zlepšenia systému fungovania detských mobilných hospicov vnímame aj širšie potreby, ako rozšírenie siete detských mobilných hospicov, zvýšenie informovanosti o možnostiach detskej paliatívnej starostlivosti, zlepšenie financovania detských hospicov, zavedenie finančnej podpory pre rodiny starajúce sa o deti v paliatívnej starostlivosti.

Významná kazuistika

Príbeh každého dieťaťa a rodiny je pre mňa nezabudnuteľný a vždy zanechá stopu v mojom srdci. Všetky príbehy sú veľmi silné a sú príkladom odvahy, nádeje a lásky. Vybrala som si dva príbehy, o ktoré by som sa chcela podeliť.

Do starostlivosti sme dostali jedného výnimočného chlapčeka (9 r.), ktorého stav bol po návrate z nemocnice veľmi vážny (status epilepticus). Rodičov pripravili na to najhoršie, lekári predpokladali, že nezvládne bojovať ďalej. Napriek tomu sa rodičia rozhodli stráviť posledné chvíle doma, v kruhu najbližších. Naša spolupráca sa začala ešte počas hospitalizácie v nemocnici. Vďaka koordinácii zdravotníckeho tímu, zapojeniu špecialistov a každodennej komunikácii sa postupne začal diať zázrak. Chlapček po niekoľkých týždňoch otvoril oči, začal vnímať, hýbať rúčkami, nôžkami. Začal znovu žiť.

Jeho mamina nám napísala krásne slová, ktoré dajú pocítiť, že táto práca má neskutočný význam. „*A viete prečo sa toto všetko podarilo? Pretože máme tých najúžasnejších anjelov strážnych – vás. Ešte nie sme síce „za vodou“, všetko sa môže zmeniť, no dnes tu je. Dýcha, hýbe sa, žije. Nikdy nezabudneme na to, čo ste pre nás urobili.*“

Hoci jeho stav je naďalej vážny a vývoj neistý, chlapček je stále s nami a každý ďalší deň v kruhu rodiny má veľkú hodnotu.

Ďalší príbeh, malá princezná (4 r.), ktorú sme mali v starostlivosti takmer rok, trpela zriedkavým ochorením Niemann-Pick. Napriek svojej ťažkej chorobe možno potvrdiť, že to bola veľká bojovníčka, ktorá nám aj napriek ťažkým chvíľam prinášala radosť, úsmev a svetlo. Odišla tíško, v kruhu najbližších. A my sme radi, že sme mali možnosť ich spoznať, ako mamina sama povedala, sme už ako jej rodina. Dodnes si občas napíšeme, stretneme sa. Tento príbeh je dôkazom toho, že paliatívna starostlivosť nekončí odchodom dieťatka, ale pokračuje v spojení, kde zostáva silné puto.

Tieto príbehy nám ukazujú, že naša práca nie je jednoduchá, ale je nesmierne výnimočná, krásna a prináša hlboký zmysel.

Mgr. Dária Deržáková
Detský mobilný hospic Svetielko nádeje, Banská Bystrica
d.derzakova@svetielkonadeje.sk

Predstavujeme Detský mobilný hospic SVETIELKO POMOCI, Košice

Miroslava Hunčíková
SVETIELKO POMOCI, n. o., Košice

Paliat. med. liec. boles., 2025;18(1e):32-33

Detský mobilný hospic

Koncom roka 2012 sme získali povolenie na prevádzkovanie mobilného hospicu pre Košický kraj, následne sme v roku 2015 doplnili povolenie aj pre Prešovský kraj.

Detský mobilný hospic SVETIELKO POMOCI je jedinečné zariadenie svojho druhu na východnom Slovensku, ktoré sa zameriava na poskytovanie paliatívnej a hospicovej starostlivosti nevyliečiteľne chorým deťom v domácom prostredí. Zriaďovateľom aj prevádzkovateľom je nezisková organizácia SVETIELKO POMOCI, n. o. so sídlom v Košiciach. Mobilný hospic vznikol v roku 2012 ako odpoveď na potrebu humánnej, odbornej a láskavej starostlivosti pre detských pacientov, ktorým už medicína nedokáže ponúknuť vyliečenie. Stále je tu však možnosť prežiť dni, ktoré deťom ostávajú – s láskou, dôstojne, bez bolesti a obklopení svojimi blízkymi.

Zazmluvnené poisťovne

Nemáme zmluvu so žiadnou zdravotnou poisťovňou. Napriek tomu sú naše služby pre rodinu chorého dieťaťa bezplatné. Nehradí ich rodič dieťaťa, sú financované z našich interných financií, alebo iných zdrojov, akými sú granty, dotácie, príspevky od darcov či podpora verejnosti.

Tento model nám umožňuje poskytovať dostupnú pomoc tým, ktorí ju potrebujú, bez ohľadu na ich sociálnu alebo zdravotnú situáciu. Zároveň nám dáva možnosť prispôsobiť sa individuálnym potrebám rodiny detského pacienta v terminálnom štádiu bez obmedzení zo strany zdravotných poisťovní.

Financovanie

Činnosť mobilného hospicu je závislá od viaczdrojového financovania, vďaka ktorému môžeme ďalej napĺňať naše poslanie a rozširovať pôsobenie. Každý jeden dobrovoľný príspevok, bez ohľadu na jeho výšku či formu, prispieva k napĺňaniu nášho poslania.

Naši individuálni darcovia a priaznivci sú neoddeliteľnou súčasťou nášho fungovania. Ich pravidelné aj jednorazové príspevky nám umožňujú pokrývať bežné náklady a zabezpečovať chod našich projektov. Každý dar je prejavom dôvery, ktorú si nesmierne vážime.

Spolupracujeme aj s firmami a organizáciami, ktoré zdieľajú naše hodnoty a chcú podporiť zmysluplné aktivity. Právnické osoby nám môžu prispievať formou finančných darov, charitatívnej reklamy, či iných foriem partnerstiev. Vítame dlhodobú spoluprácu, ako aj jednorazové podporné aktivity. Dôležitou súčasťou financovania mobilného hospicu sú 2 % z daní fyzických aj právnických osôb.

Výjazdy hospicového tímu

Ako mobilný hospic nemá naše zariadenie klasické lôžkové kapacity. Starostlivosť poskytujeme priamo v domácnosti detského pacienta, čo umožňuje deťom prežiť posledné obdobie života v známom a bezpečnom prostredí, s rodinou. Tím vykonáva niekoľko výjazdov týždenne podľa aktuálnej potreby. Priemerný počet výjazdov za deťmi v domácej hospicovej starostlivosti v regióne východného Slovenska za mesiace január – apríl 2025 činil 33 výjazdov, čo sú v priemere 2 výjazdy týždenne. Pacienti nám pribúdajú, predpokladáme v budúcnosti zvýšenie frekvencie výjazdov k pacientom.

Naši pacienti

V uplynulom roku 2024 sme sa starali o 4 deti s onkologickou alebo inou závažnou diagnózou, pričom od začiatku nášho pôsobenia do apríla 2025 sme pomohli už viac ako 50 detským pacientom. V tomto roku od 1. januára sme mali v starostlivosti postupne 8 pacientov, k 22. 5. 2025 je ich aktuálne 6.



Interdisciplinárny tím

V súčasnosti je odborným garantom mobilného hospicu od 28. 12.2012 MUDr. Ladislav Deák, skúsený lekár, pediater a klinický onkológ. Vedie tím lekárov a sestier, ktorý sa stará o deti v domácom prostredí.

Náš lekársky tím tvoria štyria odborníci dostupní prezenčne alebo na telefóne medzi 8.00 až 20.00 hod. Ošetrovateľský tím tvoria tri skúsené zdravotné sestry, pričom v krátkom čase očakávame posily v podobe ďalších dvoch kvalifikovaných sestier. Opatrovateľov v tíme nemáme.

Dôležitou súčasťou starostlivosti sú aj psychológovia, ktorí pracujú nielen s pacientmi a ich rodinami, ale aj s celým tímom, ktorý čelí emocionálne náročným situáciám. Sociálny pracovník pomáha pri vybavovaní rôznych dávok, tiež ponúkame špecializované sociálne poradenstvo a podporu pre pozostalých. V prípade potreby sprostredkujeme aj duchovné sprevádzanie podľa vierovyznania rodiny.

Požičovňa pomôcok

Organizácia prevádzkuje požičovňu zdravotníckych pomôcok, ktoré sú určené pre deti v aktívnej liečbe alebo v starostlivosti mobilného hospicu. Cieľom požičovne je sprístupniť potrebné pomôcky tým, ktorí si ich nemôžu dovoliť zakúpiť, alebo ich potrebujú iba dočasne.

V ponuke sa nachádzajú rôzne druhy pomôcok pre detského pacienta – napríklad invalidné vozíky, kyslíkové koncentrátory, chodítka, polohovacie postele, toaletné stoličky, antidekubitné matrace a iné. Požičanie pomôcok je bezplatné. Táto služba výrazne uľahčuje rodinám každodenný život, šetrí im náklady a zvyšuje kvalitu domácej starostlivosti.

Ambulancia

Naša ambulancia funguje ako dispečing služieb, kde sa posudzujú potreby chorého dieťaťa a jeho rodiny a následne sa zabezpečuje prepojenie na ďalšie formy pomoci. Ambulancia tak slúži ako vstupný bod do siete starostlivosti. Medzi hlavné funkcie patrí: vyhodnotenie potrieb, individuálny plán podpory, prepojenie na sociálne služby, spolupráca s terénnymi pracovníkmi, inštitúciami a rodinou, sledovanie priebehu starostlivosti. Vďaka tomuto prístupu sa z ambulancie stáva koordinované miesto prvého kontaktu.

Plány do budúcnosti

Plánujeme rozšíriť tím o nových zamestnancov, lekárov aj sestry, pretože nám stúpa počet pacientov, o ktorých sa staráme. Všetky deti, o ktoré sa staráme, si zaslúžia stráviť posledné chvíle svojho života doma s rodinou.

Miroslava Hunčíková
SVETIELKO POMOCI, n. o.
Pražská 541/8, 040 11 Košice-Západ
www.detskyhospic.sk

Správa z 8. konferencie Slovenskej spoločnosti paliatívnej medicíny

MUDr. Barbora Slabá
Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava

Dňa 8. novembra 2024 sa v Senci uskutočnila v poradí 8. konferencia Slovenskej spoločnosti paliatívnej medicíny. Táto odborná konferencia venovaná paliatívnej medicíne sa od svojho vzniku v roku 2016 stala významným vzdelávacím podujatím pre odborníkov z oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Podujatie sa stretlo s mimoriadnym záujmom odbornej verejnosti, zúčastnilo sa ho viac než 300 účastníkov z celého Slovenska – 91 lekárov, 164 zdravotných sestier a 54 pracovníkov nezdravotníckych profesií a študentov. Konferencia ponúkla program rozdelený do piatich tematických blokov a 17 prednášok, v ktorých prednášajúci zo Slovenska a Českej republiky zdieľali svoje skúsenosti a poznatky z oblasti paliatívnej starostlivosti o dospelých. Samostatný blok bol venovaný špecifikám pediatrickej paliatívnej starostlivosti.

Paliat. med. liec. boles., 2025;18(1e):34-37

Barbora Dvořáková Hatráková pri prezentácii svojej novej knihy



Doc. MUDr. Jozef Firment, PhD.



Úvod

Paliatívna medicína je jedinečná tým, že sa zdravotná starostlivosť o pacientov so závažným ochorením vykonáva v multidisciplinárnych tímoch, v ktorých má každý člen tímu dôležitú úlohu. Konferencia vytvorila priestor na to, aby sa na spoločnom podujatí stretli, vzdelávali sa, zdieľali skúsenosti a nadväzovali nové kontakty zdravotné sestry, lekári, sociálni pracovníci, psychológovia a ďalší pracovníci z oblasti pomáhajúcich profesií.

Mimoriadnou hosťkou konferencie bola novinárka **Barbora Dvořáková Hatráková**, ktorá predstavila svoju novú knihu *Aby to tak nebolelo*. V nej prináša silné a autentické príbehy pacientov a ich blízkych, ktorých život zmenila ťažká choroba a tiež príbehy zdravotníkov z komunity paliatívnej starostlivosti na Slovensku, ktorí im v ťažkom období pomáhali a sprevádzali ich.

Aktuálne témy paliatívnej medicíny

Konferenciu otvoril blok **Aktuálne témy paliatívnej medicíny**, ktorý sa tento rok zameral na prepojenie paliatívnej medicíny s inými medicínskymi špecializáciami – s intenzívnou medicínou, geriatriou a klinickou onkológiou.

Prvá prednáška s názvom **Paliatívna problematika v intenzívnej medicíne – v čom si vieme pomôcť?** priniesla pohľad na spoločné prieniky intenzívnej a paliatívnej starostlivosti, na ktoré upriamil pozornosť **doc. MUDr. Jozef Firment, PhD.**, hlavný odborník MZ SR pre odbor Anestéziológia a intenzívna medicína, viceprezident Slovenskej spoločnosti anestéziológie a intenzívnej medicíny a emeritný prednosta I. KAIM UNLP a UPJŠ v Košiciach. V prednáške sa venoval vysvetleniu dôležitých pojmov a doposiaľ publikovaným slovenským a zahraničným usmerneniam pri medicínsko-etickom rozhodovaní o postupe starostlivosti u pacientov na konci života v prostredí jednotiek intenzívnej starostlivosti. Zdôraznil potrebu multidisciplinárneho rozhodovania, dôležitosť dobre vedenej komunikácie zdravotníkov s rodinnými príslušníkmi kriticky chorých a tiež podpory príbuzných. Na základe svojich dlhoročných skúseností pomenoval výzvy a problémy v rozhodovaní o ukončení alebo

MUDr. Ladislav Kabelka, PhD.



MUDr. Andrea Škripeková, PhD.



MUDr. Ondřej Sláma, PhD. počas diskusie



nepredlžovaní intenzívnej liečby, akými sú chýbajúce prognostické plánovanie, nedostupnosť paliatívnych lekárov a absencia legislatívneho ukotvenia vopred vyjadrených prianí pacienta.

MUDr. Ladislav Kabelka, PhD., geriater a paliatológ pôsobiaci v Juhomoravskom kraji Českej republiky, činorodý a aktívny v pregraduálnom aj postgraduálnom vzdelávaní, legislatíve aj klinickej praxi v oblasti paliatívnej medicíny, predniesol príspevok s názvom **Advokacie a koncepční organizace péče v End of Life Care – role paliativní medicíny.** V inšpiratívnej prednáške sa venoval vymenovaniu paliatívne relevantných ochorení a ich charakteristikám z pohľadu následných koncepčných krokov. Opísal model organizácie paliatívnej starostlivosti v Čechách, vysvetlil úlohu paliatívnej medicíny v kontexte zdravotne-sociálneho pomedzia v súvislosti so starnutím populácie. MUDr. Kabelka zdôraznil, že na dosiahnutie efektívnej dlhodobej a paliatívnej starostlivosti je nevyhnutná medziodborová spolupráca a prepojenie zdravotnej a sociálnej sféry, otvorená komunikácia a spoločné plánovanie liečby. Pripomenul tiež dôležitosť osobných postojov zdravotníkov, schopnosti empatie, práce s emóciami, potreby supervízie a podpory tímu.

Prednášku na stále aktuálnejšiu tému **Včasná integrácia paliatívnej starostlivosti do onkológie** prezentoval **MUDr. Miroslav Žiaran**, ktorý pracuje ako klinický onkológ a paliatológ v Pardubiciach a Náchode. V príspevku najprv opísal súčasnú situáciu v liečbe onkologických pacientov – nedostatky najmä v oblasti komunikácie, tvorby plánu starostlivosti, nedostatočnej symptómovej liečby, tiež spomenul prekážky včasnej integrácie paliatívneho prístupu do starostlivosti o pacientov. Publikovanými dátami aj vlastnými skúsenosťami zdôvodnil, že integrácia paliatívnej starostlivosti už v skorých fázach onkologickej liečby je v mnohých aspektoch prínosná nielen pre pacientov a ich blízkych, ale aj pre nemocnice a zdravotníkov.

Paliatívna starostlivosť v nemocniciach

V druhom bloku s názvom **Paliatívna starostlivosť v nemocniciach** odzneli príspevky týkajúce sa uplatňovania paliatívneho prístupu v nemocničnom prostredí.

Prvý príspevok **30 rokov paliatívneho oddelenia v NOÚ Bratislava** predniesla **MUDr. Andrea Škripeková, PhD.**, primárka Oddelenia paliatívnej medicíny NOÚ Klenová, hlavná odborníčka MZ SR pre paliatívnu medicínu a vedúca Katedry paliatívnej medicíny SZU. Vo svojej prednáške zhrnula 30-ročnú históriu paliatívneho oddelenia v NOÚ Bratislava založeného v roku 1995 MUDr. Kristinou Križanovou a jej spolupracovníkmi. Slovami aj fotografiami pripomenula nielen všetky dôležité udalosti a kľúčové osobnosti tohto výnimočného oddelenia, ale tiež významné míľniky v novodobej histórii paliatívnej medicíny na Slovensku.

MUDr. Ondřej Sláma, PhD., onkológ a paliatológ, vedúci lekár Centra paliativní péče v Masarykovom onkologickom ústave v Brne a podpredseda Českej spoločnosti paliatívnej medicíny, vystúpil s prednáškou **Nemocniční konziliární týmy paliativní péče v ČR.** MUDr. Sláma predstavil súčasné modely konziliárnych tímov paliatívnej starostlivosti v českých nemocniciach – proces ich fungovania, financovania, výsledky ich činnosti. Doterajšia prax ukázala, že nemocničné konziliárne tímy majú veľmi priaznivý vplyv na to, ako sa uskutočňuje starostlivosť o pacientov v závere života. Súčasne zdôraznil potrebu dostupnosti a spolupráce s ďalšími formami paliatívnej starostlivosti v komunite a tiež so všeobecnými lekármi.

MUDr. Lucia Dzurillová, lekárka z Oddelenia paliatívnej medicíny NOÚ Klenová, predniesla príspevok s názvom **10 rokov programu domácej parenterálnej výživy pre paliatívnych onkologických pacientov v NOÚ Bratislava**. V prednáške prezentovala výsledky podávania parenterálnej výživy na Oddelení paliatívnej medicíny NOÚ Klenová v rokoch 2014 – 2023, zhrnula indikácie a kontraindikácie podávania parenterálnej výživy u paliatívnych onkologických pacientov, podmienky podávania tejto liečby a nástroje na určovanie prognózy jej prínosu pre pacienta. Prezentovala postup pri zaraďovaní pacienta do programu domácej parenterálnej výživy a tiež pri ukončovaní tejto liečby s dôrazom na komunikáciu s pacientom a jeho rodinou.

MUDr. Regina Slámová, MHA



Mgr. Markéta Fuchsová



Poslednú prednášku bloku s názvom **Ako sa má zdravotník postarať o seba a udržať si ľudský prístup k pacientovi** predniesla **PhDr. Andrea Križanová, PhD.**, klinická psychologička, ktorá pracuje v Lige proti rakovine a v OÚSA v Bratislave. Poskytla pohľad skúseného psychológa z nemocničného prostredia na to, čo prežíva zdravotník pri svojej náročnej a zodpovednej práci. Dotkla sa tém vlastných hraníc, klímy a vzťahov na pracovisku, práce s emóciami. V prednáške zdôrazňovala, ako je nevyhnutné, aby sa ľudia pracujúci v zdravotníctve zaoberali témou duševnej hygieny.

Lôžkové a mobilné hospice

Blok **Lôžkové a mobilné hospice** predstavil skúsenosti z prostredia mobilnej hospicovej starostlivosti v Českej republike a prípady z praxe z lôžkového a mobilného hospicu na Slovensku.

MUDr. Regina Slámová, MHA, vedúca lekárka Centra paliativní péče v Brne, predniesla príspevok **Český model mobilní specializované paliativní péče – současný stav, limity a vyhlídky.** V prednáške predstavila indikačné kritériá pre prijatie do mobilného hospicu, štruktúru a spôsob fungovania mobilných hospicových tímov, spôsob financovania a praktické informácie o úskaliach a výzvach tejto zdravotnej starostlivosti. Prezentovala údaje z Českej republiky, ktoré dokumentovali, ako sa po úspešnom pilotnom projekte Mobilnej špecializovanej paliatívnej starostlivosti, od roku 2018 postupne zlepšuje dostupnosť mobilnej paliatívnej starostlivosti v Čechách.

Kazuistiku s názvom **Doma až do posledného dychu** prezentovala **PhDr. Renáta Vaníková** z Mobilného hospicu sv. Lujzy v Banskej Bystrici. Priblížila prípad onkologického pacienta s komplexnými zdravotnými potrebami, ktorý sa zároveň nachádzal v zložitej psychickej, vzťahovej a sociálnej situácii. Tím mobilného hospicu si svojím citlivým a multidisciplinárnym prístupom v priebehu štyroch mesiacov starostlivosti získal dôveru pacienta a jeho rodiny a pacientovi zabezpečil potrebnú ošetrovateľskú starostlivosť, liečbu symptómov, poskytol odbornú a ľudskú podporu pacientovým príbuzným a tiež spirituálnu oporu pacientovi a jeho rodine.

MUDr. Miriam Jarčušková, PhD., lekárka hospicu VŠOÚGL Košice, prezentovala kazuistiku **ALS v paliatívnej starostlivosti** z prostredia lôžkového hospicu. Na prípade pacientky s amyotrofickou laterálnou sklerózou vysvetlila klinický obraz, diagnostiku a komplexnú liečbu symptómov ALS s dôrazom na potrebu multidisciplinárneho prístupu a skorého zapojenia paliatívnej starostlivosti. Uviedla špecifiká liečby symptómov tohto neurodegeneratívneho ochorenia, ako sú napríklad ventilačná podpora, nutričná podpora, liečba psychiatrických symptómov a dyspnoe.

Sestry v paliatívnej starostlivosti

Blok **Sestry v paliatívnej starostlivosti** upriamil pozornosť na nenahraditeľnú úlohu sestier v tíme paliatívnej starostlivosti. Prednášky sa venovali ich kompetenciám, možnostiam ďalšieho vzdelávania a praktickým ošetrovateľským témam.

Mgr. Markéta Fuchsová, koordinátorka paliatívneho tímu a mobilného hospicu nemocnice Pelhřimov, otvorila blok prednáškou **Sestra v domácí paliativní péči**. Na základe svojich dlhoročných skúseností poukázala na špecifiká práce sestry v mobilnom hospici a porovnala ich s pracovnými činnosťami sestier v nemocničnom prostredí. Zároveň priblížila, ako vyzerá typický pracovný deň sestry v mobilnom hospici. Zdôraznila význam komunikačných zručností sestry a vyzdvihla tiež ďalšie silné stránky a hodnoty, ktoré sestry do starostlivosti o pacientov prinášajú, ako sú rozvážnosť, koordinácia, samostatnosť, rešpekt, trpezlivosť, flexibilita a ďalšie.

MUDr. Regina Slámová, prispela na konferencii aj druhou prednáškou na tému **Hodnocení symtomů a zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči pro sestry.** Ponúkla prehľad praktických nástrojov a metód na hodnotenie symptómov pacientov z pohľadu sestier, predstavila praktické využitie škál a dotazníkov. V prednáške sa venovala aj dôležitým kompetenciám sestier v rámci multidisciplinárneho paliatívneho tímu a téme hodnotenia potrieb pacientov na konci života a ich blízkych osôb.

Praktickú prednášku na ošetrovateľskú tému **Čo áno a čo nie pri starostlivosti o perkutánnu endoskopickú gastrostómiu** predniesla **Mgr. Emília Olekšáková, PhD.**, ktorá pôsobí na dvoch gastroenterologických pracoviskách v Trnave a na Trnavskej univerzite. Predstavila konkrétne odporúčania týkajúce sa používania a starostlivosti o PEG so zameraním na prevenciu možných komplikácií. Venovala sa aj najčastejším problémom spojeným so zavedenou PEG a opísala postupy, ako tieto problémy riešiť.

Blok uzavrel **MUDr. Yaroslav Shlyakhta**, ktorý pracuje ako klinický onkológ v nemocnici v Komárne,

MUDr. Daniela Džubinská



MUDr. Mária Jasenková



prednáškou na tému **PICC a midline katétre – komplikácie pri používaní katétrov a ich riešenie**. Vo svojom príspevku prezentoval klinické skúsenosti s centrálnymi žilovými katétrami a praktické postupy pri riešení najčastejších problémov spojených so zavedenými centrálnymi žilovými vstupmi.

Deti a paliatívna starostlivosť

Záverečný blok **Deti a paliatívna starostlivosť** priniesol dôležité témy špecifické pre pediatrickú paliatívnu starostlivosť.

Prvú prednášku pod názvom **Detské domáce hospice na Slovensku**, na ktorej spolupracovali zástupkyne slovenských detských mobilných hospicov, predniesla **MUDr. Daniela Džubinská** z detského mobilného hospicu Svetielko pomoci v Košiciach. V prednáške priblížila súčasný stav všetkých štyroch detských mobilných hospicov – Plamienok (Bratislava), Pod krídlami Dominiky (Lužianky pri Nitre), Svetielko nádeje (Banská Bystrica) a Svetielko pomoci (Košice). Na záver svojej prezentácie MUDr. Džubinská poukázala na aktuálne výzvy v oblasti detskej paliatívnej starostlivosti, medzi ktoré patrí nedostatok kvalifikovaného personálu, potreba vytvorenia koncepcie rozvoja pre jednotlivé regióny, zlepšenie spolupráce medzi nemocnicami a mobilnými hospicmi, ako aj vzdelávanie odbornej aj laickej verejnosti.

MUDr. Veronika Jandová z mobilného hospicu Plamienok vystúpila s prednáškou **Dá sa bolesť detí liečiť bezbolestne?** Vo svojej prednáške sa zamerala na osobitosti analgetickej liečby u najmenších detí a priblížila bezbolestnú metódu podávania liekov proti bolesti u malých detí – bukálne podávanie analgetík.

Odborný program konferencie uzavrela **MUDr. Mária Jasenková** z neziskovej organizácie Plamienok prednáškou na tému **Keď dieťa stráca nevyliečiteľne chorého rodiča.** Lekárka s dlhoročnými skúsenosťami so sprevádzaním detí so závažným ochorením, ako aj detí prežívajúcich chorobu blízkeho, predstavila kľúčové princípy komunikácie s deťmi v týchto náročných situáciách a priblížila formy pomoci, ktoré poskytuje Plamienok, n. o. Hlavným odkazom jej prednášky bolo, že postupná, otvorená a pravdivá komunikácia o ochorení rodiča pomáha zmierniť emočné zaťaženie dieťaťa a prispieva k dlhodobému zlepšeniu kvality jeho života.

Záver

Program konferencie obohatila praktická ukážka starostlivosti o perkutánnu endoskopickú gastrostómiu (PEG), počas ktorej mali účastníci možnosť klásť otázky a získať odpovede na konkrétne situácie z praxe. Súčasťou odborného programu bol aj workshop zameraný na využitie POCUS v paliatívnej medicíne a praktickú ukážku práce s bezdrôtovou, prenosnou ultrazvukovou sondou.

Účastníkom boli k dispozícii informačné materiály z Ligy proti rakovine a z Centra paliativní péče z Českej republiky, ktoré poskytli inšpirácie pre ich každodennú prax.

Po skončení odborného programu sa uskutočnilo valné zhromaždenie členov Slovenskej spoločnosti paliatívnej medicíny, ktoré viedol MUDr. Patrik Jakubek.

Organizátori vyjadrujú poďakovanie všetkým partnerom a sponzorom, ktorí finančne alebo materiálne podporili toto podujatie. Osobitné poďakovanie patrí spoločnosti Eventix za profesionálne technické zabezpečenie a plynulý priebeh konferencie, ako aj hotelu Senec za vysokú úroveň poskytovaných služieb.

Konferencia opäť potvrdila svoj význam ako platforma na odborné vzdelávanie, výmenu skúseností a prehlbovanie medziodborovej spolupráce. Okrem kvalitného odborného obsahu poskytla aj priestor na neformálne stretnutia a upevňovanie vzťahov medzi zdravotníkmi a odborníkmi z rôznych oblastí, ktorých spája spoločný záujem – poskytovanie dôstojnej a odbornej paliatívnej starostlivosti. Záujemcovia o túto tému sa už teraz môžu tešiť na 9. ročník konferencie paliatívnej medicíny, ktorý sa uskutoční 7. novembra 2025 v Senci.

MUDr. Barbora Slabá
Onkologický ústav sv. Alžbety
Heydukova 10, 812 50 Bratislava
barbora.slaba@ousa.sk

Reflektovanie paliatívnej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb – správa z konferencie

Mgr. Anna Menkynová, MBA, Mgr. Zuzana Záhoráková, PhDr. Erika Štangová, PhD.
Zariadenie pre seniorov, Trnava

Paliat. med. liec. boles., 2025;18(1e):38-40

Dňa 26. 05. 2025 sa v Trnave uskutočnila konferencia s názvom „*Reflektovanie paliatívnej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb*“. Konferenciu organizovalo Zariadenie pre seniorov v Trnave v spolupráci s Katedrou sociálnej práce FZaSP TU a mestom Trnava. Téma konferencie je mimoriadne dôležitá, pretože kvalita záverečnej fázy života každého jedného človeka je zrkadlom našej ľudskosti, odbornosti a medziodborovej spolupráce. Cieľom konferencie nebolo iba vytvoriť priestor na výmenu praktických skúseností, odborných a vedeckých poznatkov, ale predovšetkým prehĺbenie povedomia o význame paliatívnej starostlivosti vo všetkých jej rozmeroch – zdravotnom, psychologickom, sociálnom i spirituálnom. Práve pre dôležitosť všetkých týchto oblastí bola konferencia rozdelená do štyroch častí, pričom každá obsahovala plenárnu prednášku a odbornú sekciu.

Zo skúseností, ktoré máme, vyplýva, že väčšina ľudí si želá zomrieť doma, v prítomnosti svojich najbližších. V súčasnosti je však náročné a nie vždy možné umierajúcim umožniť zomrieť doma, v ich prirodzenom prostredí. Spôsobené je to najmä nedostatočnou dostupnosťou mobilných hospicov a paliatívnej starostlivosti. Z tohto dôvodu je mnoho umierajúcich ľudí odkázaných na pomoc zdravotníckych zariadení – nemocníc alebo hospicov. Ďalšou skupinou sú ľudia, ktorí sú prijímateľmi sociálnej služby a zariadenie sociálnej služby sa stalo ich domovom, čiže ich prirodzeným prostredím. V určitom štádiu ich života sa zaoberáme závažnou otázkou prechodu z kuratívnej starostlivosti na paliatívnu. V tomto okamihu sa zariadenia sociálnych služieb často stretávajú s bariérou, že nevedia poskytnúť adekvátnu paliatívnu starostlivosť, z dôvodu

Organizátori ZpS a TRUNI



Prednáška prof. Dobríkovej



MUDr. Iglovská a K. Habláková



MUDr. Hajster Vozárová



Mgr. Menkynová



Doc. Bottek, TU



Mgr. Schwarz, PhD



nedostatku zdravotníckeho personálu. S lekárkou mobilného hospicu Most domov, o. z. MUDr. Zuzanou Hajster Vozárovou sme sa bližšie zaoberali práve spomínanými bariérami a tým, čo všetko vyžaduje spolupráca mobilného hospicu so zariadeniami sociálnych služieb.

Z pohľadu geriatričky MUDr. Niny Iglovskej je cieľom paliatívnej starostlivosti zachovať kvalitu života v terminálnom štádiu ochorení, zmierniť utrpenie pacienta a snaha o dôstojný odchod zo života, s ohľadom na želania pacienta, ideálne v spolupráci s jeho rodinou a zvládnutie tohto náročného procesu nielen doma, ale aj v zariadení sociálnych služieb.

V poslednom štádiu choroby sú symptómy veľmi výrazné (napr. kognitívne a mnestické poruchy, afázie, agitovanosť, halucinácie, poruchy spánku a pod.) a ich zvládnutie vyžaduje vysokú erudíciu personálu. Tejto náročnej téme sa vo svojej prednáške s názvom „Špecifiká paliatívnej starostlivosti o klientov s poškodením mozgu“ venovala prof. PhDr. Mgr. Patricia Dobríková, PhD. et. PhD.

O utrpení a využití logoterapie pri práci s klientmi v terminálnom štádiu ochorenia a ich príbuznými nám porozprával Mgr. Mário Schwarz, PhD., lebo nie to, že trpíme, ale ako trpíme, je skutočnou otázkou.

K téme paliatívnej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb neoddeliteľne patrí aj oblasť kompetencií sociálneho pracovníka v paliatívnej starostlivosti, práca s emóciami, fázami smútenia, najmä s plačom u klientov, ale aj ich najbližších. Práca sociálneho pracovníka nekončí smrťou klienta, ale pokračuje smútkovým poradenstvom pre rodinu a blízkych, čomu sa venovala PhDr. Margaréta Kilianová, PhD. vo svojom príspevku.

Praktickými skúsenosťami pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb obohatila konferenciu Mgr. Viera Kazimírová, ktorá okrem iného poznamenala, že opatrovatelia nemajú dostatok teoretických ani praktických vedomostí a zručností o paliatívnej starostlivosti. Považuje za nevyhnutné zvýšiť vzdelanostnú úroveň všetkých zamestnancov v zariadeniach sociálnych služieb.

V terminálnom štádiu života je neoddeliteľnou súčasťou aj naplnenie duchovnej potreby pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti náboženským alebo spirituálnym sprevádzaním. Oblasť religiozity zabezpečujú najčastejšie kňazi a duchovní a vychádza zo životného presvedčenia zomierajúceho. Túto oblasť na konferencii priblížil rímskokatolícky kňaz ThLic. Václav Tomiczek, Ph.D.

Jana Gorst sprevádza ľudí procesom zomierania ako dula duše, ktorá vedie zomierajúcich ľudí k poznaniu samého seba, k poznaniu vlastných limitov a vnímania svojich potrieb, bez ohľadu na ich vierovyznanie, či presvedčenie.

Považujeme za potrebné uviesť aj bezprostrednú spätnú väzbu od účastníka konferencie: *„Smrť – slovo, ktoré sa nám nechce vyslovovať. Téma, ktorá bolí, znepokojuje, ale zároveň spája. Konferencia venovaná reflexii paliatívnej starostlivosti v zariadeniach soci-*

álnych služieb, ktorú 26. mája v Trnave organizovalo Zariadenie pre seniorov v spolupráci s Fakultou zdravotníctva a sociálnej práce TU, nebola len odborným podujatím. Bola výkrikom. A zároveň pohladením...

...Sme spoločnosť, ktorá oslavuje začiatky. Pôrody, krstiny, promócie. Ale zvládneme aj sprevádzanie koncov? Lebo spôsob, akým dovolíme človeku odísť, je rovnakým zrkadlom našej civilizovanosti ako spôsob, akým vítame nový život.

Preto patrí vďaka Zariadenue pre seniorov, mestu Trnava a Trnavskej univerzite, že otvorili túto tému. Že pozvali odborníkov, praktikujúcich, sprevádzajúcich, ale aj tých, ktorí len chcú lepšie pochopiť. Smrť nie je výlučne lekárska téma. Je to celospoločenská výzva. A tí, ktorí sa neboja hovoriť o nej, nesú veľký kus svetla do tmy, ktorú sa iní boja pomenovať.

Paliatívna starostlivosť nie je len medicína. Je to postoj, filozofia, gesto úcty. Nie všetci vieme liečiť. Ale všetci môžeme byť s niekým, kto sa lúči. Nemusíme byť lekári, psychológovia, duchovní. Ale môžeme byť prítomní, vedomí, láskaví. A to nie je málo. To je možno najviac.“ (Mgr. V. Gyürke – riaditeľ programu Včasná intervencia, TENENET, o.z.)

Mgr. Anna Menkynová, MBA
Zariadenie pre seniorov, Trnava
anna.menkynova@zps.trnava.sk

knižná edícia
MEDUCA

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Prečo vydať knihu v spoločnosti SOLEN?

Ponúkame a zabezpečíme:

- redakčné a editorské spracovanie textu (komunikácia s autormi a recenzentmi, recenzie, jazykovo-štylistické a autorské korektúry)
- grafické spracovanie (grafické návrhy, sadzba, príprava na tlač a tlač)
- zorganizovanie krstu vydanej knihy na odborných podujatiach
- propagáciu knihy v časopisoch, cez web-stránku, na kongresoch spoločnosti SOLEN i na iných odborných podujatiach
- propagáciu a e-predaj na www.solen.sk v sekcii knihy

Ďalšie výhody spolupráce:

- propagácia knihy prostredníctvom mailinglistu a iných komunikačných kanálov
- súťaže o vašu knihu medzi predplatiteľmi a niekoľkotisícovou základňou lekárov a zdravotných sestier

Pre viac informácií kontaktujte: redakcia@solen.sk
SOLEN, s. r. o., Ambrova 5, 831 01 Bratislava, www.solen.sk



Správy zo zahraničných odborných podujatí

MUDr. Leona Šóthová
Hospic – Dom pokoja a zmieru u Bernadetky v Nitre

Paliat. med. liec. boles., 2025;18(1e):41-42

XXXI. Pařízkovy dny a VI. Ostravská konferencia paliativní péče

Dňa 14. marca 2025 sa v ostravskom kongresovom hoteli Clarion v sále Platinum uskutočnila VI. konferencia paliatívnej starostlivosti, ktorá bola súčasťou XXXI. Pařízkových dní, ktoré sa konali 12. – 14. marca 2025. Konferencia prebehla v úžasnej atmosfére, ako aj s veľmi kvalitne zostaveným odborným programom. O kvalite odborného programu, ako aj erudícii prednášajúcich svedčila zaplnená kapacita prednáškovej sály od začiatku až do konca konferencie, živé diskusie počas odborného programu a skupinky neformálne diskutujúcich cez prestávky.

Súbežne s programom prednášok v sále Platinum išli 2 paralelné workshopy v salónku Silver s formátom, ktorý nie je zatiaľ pre našu krajinu bežný. A to rozprávky. Rozprávky pre smútiacich a rozprávky pro poradcov pre pozostalých. Obidva workshopy viedol Dr. Henrich Dickerhoff, teológ, historik, rozprávač a v rokoch 2002 až 2012 predseda Európskej spoločnosti pre rozprávky. Dúfajme, že aj na Slovensku si rozprávkový formát nájde svojich priaznivcov a obohatí možnosti starostlivosti o pozostalých, ale aj o tých, ktorí s pozostalými systematicky pracujú.

V sále Platinum sme sa mohli zúčastniť piatich blokov odborných prednášok, ktoré boli prierezom celého spektra tém týkajúcich sa paliatívnej starostlivosti. U našich západných susedov je bežné a veľmi sympatické, odborne a morálne vyspelé, že sa na takýchto fórach verejne otvárajú, prednášajú, kultivovane a odborne diskutujú problematické, zle zvládnuté a nesprávne pochopené témy bez škandalizácie a odsudzovania.

A tak si účastníci konferencie paliatívnej starostlivosti v Ostrave mohli vypočuť veľmi peknú prednášku týkajúcej sa závislostí u zdravotníckych pracovníkov. Inak problematika aktuálna aj u pracovníkov na Slovensku podľa nedávnych informácií mimo špecializácie paliatívnej starostlivosti. Zdravotníci všeobecne sú rizikovou skupinou pre vznik závislostí akéhokoľvek druhu, máme veľmi dobrú dostupnosť liečiv s návykovým efektom, veľmi dlho a veľmi dobre vieme naše závislosti zakrývať. Zdravotnícka odborná verejnosť vie, že požiadať o pomoc nie je hanba, ale máme sa na koho obrátiť? Predsedajúci ukončil diskusiu k prednáške otázkou: „Pozrite sa, čo máte v kabelke, v kapse saka, v taške od notebooku, na nočnom stolíku... nie je tam neurol, lexaurin a podobne?“

Téma a hlavne obsah prednášky „Zlé zaobchádzanie so seniormi v komunite a v inštitucionálnej starostlivosti“ dlho rezonovala v pléne. U našich západných susedov v poslednom čase v mediálnom priestore bolo prezentovaných niekoľko nepríjemných káuz, prezentovaná prednáška vyštruktúrovala hlavné body mnohovrstevného problému, riešením ktorého sa odborná spoločnosť začína zaoberať.

Tretí blok prednášok otvoril problematiku komunikácie a liečby intímnych problémov v paliatívnej medicíne a paliatívnu starostlivosť v prostredí LGBTQ+. Obidve prednášky boli pre prítomných veľmi zaujímavo spracované.

Štvrtý blok prednášok priniesol aj prednášku „Mimo hranice tradice.“ Ako sa menia spôsoby pochovávania? Neviem, či viete alebo neviete, Česká republika je krajinou, v ktorej spopolnenie tela zosnulého je najbežnejší spôsob nakladania s telom po úmrtí. Na Slovensku kremácia nie je taká rozšírená ako u našich susedov, u nás prevláda pochovávanie do zeme. Vo svete sa už objavujú aj iné spôsoby nakladania s telom zosnulého, a to aquamace a teramace. Obidva menované postupy sú zatiaľ minimálne rozšírené, narážajú na legislatívne a kultúrno-spoločenské prekážky. A zatiaľ sú aj finančné výrazne náročnejšie.

PaliaSEN Otrokovice 2025

Stredomoravské mesto Otrokovice sa stalo na 2 dni hostiteľom paliatívnej rodiny na konferencii PaliaSEN, ktorá sa konala v dňoch 20. – 21. marca 2025. Konferenciu usporiadala organizácia Senior Otrokovice k 30. výročiu založenia organizácie, ktorá vo svojich pobytových zariadeniach sociálnych služieb aktívne zavádza paliatívny prístup k svojim klientom.

Prvý deň konferencie bol vyhradený pre odborný program v konferenčných priestoroch Otrokovickej Besedy. Medzi prednášajúcimi nechýbali MUDr. Ladislav Kabelka, PhD., ktorý svojou prehľadnou prednáškou o roli paliatívnej medicíny na hranici medzi zdravotnou a sociálnou starostlivosťou otvoril odborný program.

MUDr. Martin Gřiva, PhD. spojil tému paliatívnej starostlivosti v kardiológii so svojimi profesionálnymi skúsenosťami v Rakúsku, doc. MUDr. Jiří Knor, PhD., lekár s dlhoročnými skúsenosťami z urgentnej medicíny – konkrétne záchrannej zdravotnej služby, vo svojej prednáške poukázal na plusy, mínusy a sivé miesta stávajúceho systému záchrannej zdravotnej služby, ktorá mimo iného poskytuje zdravotnú starostlivosť aj pacientom v závere života.

MUDr. Regina Slámová, MHA sa vo svojej prednáške venovala možnostiam spolupráce ambulancie paliatívnej medicíny a mobilného hospicu s domovom pre seniorov.

Spolupráca zdravotných a sociálnych služieb bola téma aj ďalších prednášok. Prednášky sa týkali zavedenia paliatívnych služieb v sociálnych zariadeniach, dôstojnosti konca života v sociálnych zariadeniach, spolupráce nemocníc a sociálnych zariadení.

Nezabudnuteľná prednáška o spiritualite nenáboženského človeka v podaní autora Vítezslava Vursta B. Th., premietanie filmu Jednotka intenzívneho

života s následnou besedou, bola bodkou za odborným programom prvého dňa konferencie.

Druhý deň konferencie bol spojený s prehliadkou pobytových zariadení Senioru Otrokovice s workshopom Poslední veci človeka alebo s okrúhlym stolom o zdieľaní dobrej praxe so zavádzaním paliatívnej starostlivosti v sociálnych zariadeniach.

Senior Otrokovice plánuje vo svojich konferenčných aktivitách pokračovať aj budúci rok. Vrelo odporúčam túto akciu, ktorá obohatí naše vedomosti a prinesie praktické poznatky z praxe.

Konferencia paliativní péče Kroměříž

Dňa 13. 5. 2025 sa v Kroměříži konala konferencia paliatívnej starostlivosti, ktorej hlavnou témou bola paliatívna starostlivosť na rozhraní zdravotných a sociálnych služieb. Usporiadateľom konferencie bolo mesto Kroměříž prostredníctvom správy sociálnych služieb mesta. Nakoľko hostiteľské mesto je jedným z partnerských miest nášho krajského mesta Nitra, na základe žiadosti organizátorov MUDr. Leona Šóthová v prezentácii zoznámila účastníkov konferencie o minulosti a súčasnosti hospicu Dom pokoja a zmieru u Bernadetky v Nitre.

Počas prednášok sa konferenčnou sálou šírila príjemná vôňa Pallia care fresh určená pre paliatívnu starostlivosť a bola praktickou ukážkou možnosti aromaterapie v našich zariadeniach.

Vypočuli sme si zaujímavé prednášky na tému starostlivosti o zamestnancov v mobilnom hospici, prepojení záchranného systému s poskytovateľmi paliatívnej starostlivosti, práce s umelou inteligenciou, využitia lekárskeho konope u pacientov v hospicovej starostlivosti. Zoznámili sme sa s postupom pri formovaní nemocničného paliatívneho tímu v miestnej nemocnici. Rodák mesta Kroměříž, PhDr. Martin Loučka, PhD. odprezentoval možnosti práce s pozostalými so zameraním na patologické smútenie.

Konferencia je definitívne za nami a už teraz sa tešíme z rozvoja spolupráce v oblasti paliatívnej medicíny medzi partnerskými mestami. Najbližšie je naplánovaná návšteva predstaviteľom mesta Kroměříž v hospici v Nitre na začiatku letných prázdnin. Na návštevu sa veľmi tešíme.

MUDr. Leona Šóthová
Hospic – Dom pokoja a zmieru u Bernadetky v Nitre
Chrenovská 22 B, 949 01 Nitra
lea.soth@gmail.com

COFFEEIN

SLOVENSKÁ PRAŽIAREŇ KÁVY

KVALITNÁ KÁVA NA NÁROČNÉ DNI



teraz so špeciálnou 10% zľavou s kódom

zdravie10

Objavte chuť čerstvo praženej kávy na

www.coffeein.sk

*kód zdravie10 si môžete uplatniť v 1. kroku nákupného košíka
Platnosť zľavového kódu trvá do 31. 12. 2025

