Ročník XVIII ISSN 1339-4193 www.solen.sk

Paliatívna medicína a liečba bolesti

2025 e2

Prehľadové články / Review articles

» **Multimodálna liečba bolesti. Integrácia algeziologických postupov do paliatívnej starostlivosti**
Multimodal pain management. Integration of algesiological procedures into palliative care

» **Liečba chronických rán v paliatívnej starostlivosti**
Treatment of chronic wounds in palliative care

» **Ošetrovanie pacienta s pergamenovou kožou**
Caring for a patient with parchment skin

Pôvodné články / Original articles

» **Keď sa prognóza, ktorú sme vyslovili, nenaplní**
When the prognosis we have made does not come true

Odborné podujatia / Events

» **IX. Slovenská konferencia paliatívnej medicíny – Senec, 7. november 2025**

Časopis je indexovaný v Bibliographia medica Slovaca (BMS)

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

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 30. 6. 2026

Spolupráca ako základ kvalitnej starostlivosti



Spolupráca sa tiahne celým hospicovým hnutím. Týka sa paliatívnych tímov, ambulancií...

Toto slovo sa implicitne vyskytuje aj v každom článku tohto časopisu. Či už ide o interdisciplinárnu spoluprácu v rámci tímov alebo o multidisciplinárnu spoluprácu s odborníkmi príbuzných špecializácií a profesií.

Okrem toho, obzvlášť v tejto dobe musíme myslieť aj na spoluprácu medzi jednotlivými zariadeniami – či už ide o paliatívne oddelenia, ambulancie, hospice, či mobilné hospice. Nikto nemá monopol na múdrosť a je potrebné, aby sme si vzhľadom k rýchlo sa meniacej legislatíve dokázali navzájom pomáhať, vymieňať si skúsenosti a odovzdávať informácie dobrej praxe.

Veľká vďaka patrí všetkým autorom, ktorí zdieľajú svoje odborné a vedecké poznatky, prípadne informácie o svojich zariadeniach, konferenciách, zaujímavých publikáciách... Spolupracovať a pomáhať si môžeme aj takouto formou.

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

Obsah

Content

Úvodné slovo *Editorial*

47 Prof. PhDr. Mgr. Patricia Dobríková, PhD. et PhD.
Spolupráca ako základ kvalitnej starostlivosti

Prehľadové články *Review articles*

50 MUDr. Miroslav Ferenčík, MBA, Mgr. Ľuboš Mazúr, MPH, MBA
Multimodálna liečba bolesti. Integrácia algeziologických postupov do paliatívnej starostlivosti
Multimodal pain management. Integration of algesiological procedures into palliative care

55 MUDr. Tomáš Jankovič, PhD., MPH, doc. MUDr. Marián Bakoš, PhD., MPH
Liečba chronických rán v paliatívnej starostlivosti
Treatment of chronic wounds in palliative care

58 Mgr. Edita Hlinková, PhD., Mgr. Mariana Ďzubáková, PhDr. Jana Nemcová, PhD.
Ošetrovanie pacienta s pergamenovou kožou
Caring for a patient with parchment skin

Pôvodné články *Original articles*

64 MUDr. Veronika Jandová, MUDr. Mária Jasenková
Keď sa prognóza, ktorú sme vyslovili, nenaplní
When the prognosis we have made does not come true

PALIATÍVNA MEDICÍNA A LIEČBA BOLESTI

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

Ročník 18, 2025, číslo 2e, vychádza 2-krát ročne
Dátum vydania: január 2026

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

67 ThDr. PaedDr. Bohumír Živčák, PhD.
Predstavujeme Hospic sv. Alžbety v Ľubici

69 Mgr. Kamila Maxinová, PhDr. Bohuš Čepiga, PhD.
Predstavujeme Hospic Matky Terezy v Bardejovskej Novej Vsi

72 MUDr. Alena Kollárová
Predstavujeme Hospic sv. Františka z Assisi v Palárikove

74 MUDr. Leona Šóthová
Predstavujeme Hospic – dom pokoja a zmieru u Bernadetky v Nitre

76 Mgr. Henrieta Žilková – sr. Noemi
Predstavujeme Hospic Milosrdných sestier v Trenčíne

Odborné podujatia
Events

78 MUDr. Andrea Škripeková, PhD.
IX. Slovenská konferencia paliatívnej medicíny – Senec, 7. november 2025

Informácie a komentáre
Information & comments

81 MUDr. Mária Jasenková
Ako hovoriť s deťmi a tínedžermi o vážnej chorobe rodiča



Multimodálna liečba bolesti. Integrácia algeziologických postupov do paliatívnej starostlivosti

MUDr. Miroslav Ferenčík, MBA[1,2,3,4], Mgr. Ľuboš Mazúr, MPH, MBA[2,5]
[1]Algeziologická klinika SZU a FNsP F. D. Roosevelta, Banská Bystrica
[2]x – pain clinic, Bojnice
[3]Sv. Lujza – mobilný hospic pre dospelých, Prievidza
[4]Bratislavská záchranná, Ambulancia rýchlej lekárskej pomoci, Bojnice
[5]x – pain clinic relax, Bojnice

Multimodálny prístup v liečbe bolesti je v modernej medicíne už imperatívom, nie liečbou či metódou voľby. Bolesť, hlavne chronickú, koncipujeme do bio-psycho-sociálno-spirituálneho rámca, a práve kvôli tejto komplexnosti, unimodálna liečebná stratégia je takmer vždy spojená so suboptimálnou kontrolou bolesti.
Nasledujúci článok poskytuje pohľad na problematiku implementácie multimodálneho modelu liečby bolesti jednak u pacientov s onkologickým ochorením (nádorová bolesť), jednak u pacientov neonkologických (nenádorová bolesť), s rôznymi ochoreniami: chronické srdcové zlyhávanie, CHOCHP, intersticiálne pľúcne ochorenia, neurodegeneratívne choroby (napr. ALS, Parkinsonova choroba, SM), demencia, renálna či hepatálna insuficiencia.
Multimodálny prístup v liečbe bolesti sa stáva súčasťou medzinárodne platných odporúčaných postupov v liečbe bolesti (IASP, EFIC) a pozostáva z viacerých pilierov: farmakologické a nefarmakologické postupy, postupy intervenčnej algeziológie, psychologická a spirituálna podpora, edukácia, rehabilitácia, ako aj postupy komplementárnej či alternatívnej medicíny.
Tak ako v algeziológii, aj v paliatívnej medicíne optimálne výsledky v liečbe bolesti prináša individualizovaná a zároveň dynamicky titrovaná multimodálna liečebná stratégia, ktorá ovplyvňuje všetky dimenzie bolesti, rešpektuje psychologické a sociálne determinanty jedinca, zohľadňuje spirituálne potreby pacienta a jeho rodiny, a to nielen v kontexte s jeho diagnózou, ale aj v kontexte s jeho krehkosťou.

Kľúčové slová: paliatívna medicína, algeziológia, liečba bolesti, multimodálna liečba, interdisciplinárna starostlivosť, paliatívna starostlivosť

Multimodal pain management. Integration of algesiological procedures into palliative care

A multimodal approach to the treatment of pain is now an imperative in modern medicine, not a treatment or method of choice. Pain, especially chronic pain, is conceptualized in a bio-psycho-social-spiritual framework, and precisely because of this complexity, a unimodal treatment strategy is almost always associated with suboptimal pain control.
The following article provides an insight into the issue of implementing a multimodal model of pain treatment in patients with oncological disease (cancer pain) and in non-oncological patients (non-cancer pain), with various diseases: chronic heart failure, COPD, interstitial lung diseases, neurodegenerative diseases (e.g. ALS, Parkinson's disease, MS), dementia, renal or hepatic insufficiency.
The multimodal approach to the treatment of pain is becoming part of internationally valid recommended procedures in the treatment of pain (IASP, EFIC) and consists of several pillars: pharmacological and non-pharmacological procedures, interventional algesiology procedures. psychological and spiritual support, education, rehabilitation, as well as complementary or alternative medicine procedures.
As in pain medicine, so in palliative medicine, optimal results in pain treatment are achieved by an individualized and dynamically titrated multimodal treatment strategy that affects all dimensions of pain, respects the psychological and social determinants of the individual, and takes into account the spiritual needs of patients and their family, not only in the context of their diagnosis, but also in the context of their fragility.

Key words: palliative medicine, pain medicine, pain treatment, multimodal pain treatment, interdisciplinary care, palliative care

Paliat. med. liec. boles., 2025;18(2e):50-53

Skratky:

ALS – amyotrofická laterálna skleróza
CNS – centrálny nervový systém
EAPC – Európska asociácia paliatívnej starostlivosti
EFIC – Európska federácia pre liečbu bolesti
IASP – Svetová spoločnosť pre štúdium a liečbu bolesti
CHOCHP – chronická obštrukčná choroba pľúc
NSA – nesteroidné antiflogistiká
SM – sclerosis multiplex
TENS – transkutánna elektrická nervová stimulácia
WHO – Svetová zdravotnícka organizácia

Úvod

Bolesť je komplexný a subjektívny pocit, je to nepríjemný emocionálny zážitok, ktorého intenzita nemusí korelovať s mierou aktivácie nociceptorov. Nemožno ju vnímať iba ako jednoduchý elektrický signál putujúci z miesta tkanivového poškodenia, z generátora bolesti do centrálneho nervového systému. Nepredstavuje iba informáciu o lokalizácii a povahe podnetu. Je to komplexný vnem vznikajúci na viacerých úrovniach rozvetvenej neuronálnej siete mozgu (1).

Liečba bolesti má svoje pravidlá, so zreteľom na to, aký typ bolesti liečime: akútnu, chronickú, pooperačnú,

incidentálnu, nádorovú či nenádorovú. Diagnostika a liečba bolesti má svoje úskalia, ktoré musíme poznať a vyhodnocovať pri každom pacientovi individuálne.

V paliatívnej medicíne, u nevyliečiteľne chorých pacientov, bolesť alebo iné symptómy základného ochorenia nedokážeme úplne odstrániť, ale môžeme znížiť ich dosah na zostávajúci život jedinca (2).

Bio-psycho-sociálny model bolesti je starý už štyridsať rokov, ale stále je neprekonateľný v tom, ako komplexne opisuje a zdôrazňuje interakciu biologických, psychologických a sociálnych faktorov jedinca pri vzniku bolesti a pri jej chronifikácii (3).

Bolesť nie je jednorozmerná. Je to dynamický fenomén, ktorý sa u nevyliečiteľne chorého jedinca stupňuje s progresiou základného ochorenia. Zároveň sú tu aj iné, rôznorodé faktory, ktoré výslednú emóciu bolesti modifikujú (prostredie, rodinné zázemie, smútok, depresia, strach, obavy, a pod.).

Pre pacienta s nevyliečiteľným ochorením je drahocenný najmä čas. Preto imperatívom v liečbe bolesti u tejto skupiny pacientov musí byť účinná, bezpečná a racionálna integrácia algeziologických liečebných postupov. Táto plánovaná a individualizovaná liečebná stratégia bolesti musí zároveň zohľadňovať krehkosť umierajúceho. Nesmie viesť k zníženiu kvality jeho života (napr. nežiaduce účinky opioidov alebo nepriaznivý pomer risk/benefit pri indikácii intervenčných postupov) a má byť vhodne implementovaná do celkového plánu paliatívnej starostlivosti.

Čas je pre umierajúcich pacientov, ako aj pre ich blízkych, najvzácnejšia komodita, a práve preto racionálne postupy v prevencii bolesti a jej liečba by mali byť promptné a založené na multimodálnom princípe. V tomto smere by preto pomerne široké spektrum nefarmakologických a intervenčných algeziologických postupov nemalo byť zvažované a indikované až po zlyhaní konvenčnej farmakologickej liečby bolesti, ale malo by byť implementované do komplexnej paliatívnej starostlivosti včas.

Paliatívna medicína svojím celostným prístupom je schopná obsiahnuť všetky dimenzie bolesti. Koncept „*Total Symptom Burden*“ u onkologického pacienta (celková záťaž symptómami) si všíma celý komplex nežiaducich symptómov. „*Existential Pain*“ (existenciálna bolesť), má rozmer naviac, je to filozofický rozmer bolesti, ktorý presahuje „*total pain*,“ pretože sa zameriava aj na také, ako strata zmyslu, na strach zo smrti alebo na pocit viny (4).

Tabuľka 1. Revidovaná definícia bolesti, šesť kľúčových poznámok o bolesti a etymologický výklad slova „bolesť“ podľa IASP (Zdroj: 5)

Definícia bolesti	Bolesť je „nepríjemný zmyslový a emocionálny zážitok spojený so skutočným alebo potenciálnym poškodením tkaniva alebo pripomínajúci zážitok spojený s týmto poškodením.“
Kľúčové poznámky o bolesti, ktoré sú pevnou súčasťou revidovanej definície bolesti	1) bolesť je vždy osobná skúsenosť, ktorá je do rôznej miery ovplyvnená biologickými, psychologickými a sociálnymi faktormi 2) bolesť a nocicepcia sú dva rôzne javy a bolesť nemožno odvodiť výlučne z aktivity nociceptorov 3) jednotlivec sa učí konceptu bolesti prostredníctvom svojich skúseností 4) ak jedinec deklaruje zážitok bolesti, musíme ho rešpektovať 5) hoci bolesť slúži zvyčajne ako adaptačná funkcia, môže mať nepriaznivé účinky na fungovanie a sociálnu či psychickú pohodu 6) slovný opis, verbalizácia, je len jedným z niekoľkých spôsobov správania, ktorými jedinec deklaruje a vyjadruje bolesť, neschopnosť komunikovať nevylučuje možnosť, že človek alebo zviera (non-human animal) prežíva bolesť
Etymológia slova „bolesť“	• anglicky, anglo-francúzsky: peine (bolesť, utrpenie) • latinsky: poena (trest, pokuta) • grécky: poinē (platba, pokuta)

Definícia bolesti

Svetová spoločnosť pre štúdium a liečbu bolesti (IASP) v roku 2020 zrevidovala definíciu bolesti. Po prvýkrát od roku 1979 (rok vzniku prvej oficiálnej definície bolesti) IASP zmenil štandard vnímania bolesti, ktorý bol dovtedy celosvetovo rešpektovaný.

Revidovaná definícia bolesti, vypracovaná medzinárodnou multidisciplinárnou pracovnou skupinou (zahŕňajúcou klinikov, vedcov a výskumníkov, zdravotné sestry, opatrovateľov, ako aj zástupcov pacientov a pacientske organizácie) zdôrazňuje, že bolesť nemožno redukovať na signál šíriaci sa nervovým systémom v dôsledku tkanivového poškodenia. Predstavuje komplexný fenomén presahujúci jednoduchú nociceptívnu transmisiu.

Šesť kľúčových poznámok o bolesti, vrátane jej definície a etymologického výkladu slova „bolesť“ sú uvedené v tabuľke 1.

Epidemiológia bolesti

Podľa najnovšej štúdie z roku 2022 sa prevalencia chronickej bolesti, štandardizovaná podľa veku a pohlavia v 52 krajinách sveta, pohybuje na úrovni 27,5 % (6).

Prevalencia nádorovej bolesti počas aktívnej onkologickej liečby sa pohybuje v rozmedzí 50 až 55 %, u pacientov s pokročilým alebo metastatickým ochorením sa prevalencia bolesti odhaduje na 60 až 66 %, zatiaľ čo po kuratívnej liečbe onkologického ochorenia bolesť pretrváva približne u 30 až 35 % vyliečených pacientov (7, 8). Prevalencia nádorovej bolesti závisí aj od lokalizácie primárneho nádoru; vyššie riziko perzistujúcej a intenzívnej bolesti je typické pri nádoroch hlavy a krku, pankreasu, urogenitálneho traktu a pri kostných metastázach (9).

Porovnanie prevalencie bolesti medzi pacientmi s malígnymi a nemalígnymi ochoreniami ukazuje výrazné rozdiely. V poslednom týždni života je bolesť prítomná častejšie u pacientov s malígnym ochorením (81 %) než u osôb s demenciou (69 %), so srdcovým zlyhávaním (68 %) alebo s CHOCHP (57 %). Zároveň sa vysoká intenzita bolesti vyskytuje častejšie u onkologických pacientov (35 %) v porovnaní s neonkologickými skupinami (17 – 21 %) (10).

Multimodálna liečba bolesti koncipovaná na základe bio-psycho-sociálneho modelu bolesti

Multimodálna liečba bolesti znamená súbežnú aplikáciu terapeutických intervencií, ktoré pôsobia rôznymi mechanizmami účinku.

Tabuľka 2. Modality multimodálneho liečebného prístupu v liečbe bolesti (Zdroj: www.europeanfederationofpain.org (2023))

Modalita	Opis
Doplnková a alternatívna medicína	Liečba, ktorá dopĺňa hlavný prúd medicíny *Napr.: akupunktúra, bylinky, probiotiká, doplnky stravy*
Elektroliečba	Rôzne druhy elektrickej stimulácie a elektromagnetického žiarenia *Napr.: transkutánna elektrická nervová stimulácia (TENS)*
Cvičenie	Rôznorodý súbor aktivít, ktorý zahŕňa vykonávanie konkrétnych činností, pozícií alebo pohybov *Napr.: aeróbne cvičenie, strečing a posilňovanie svalov*
Intervenčná liečba bolesti	Implementácia intervenčných techník v liečbe bolesti *Napr.: infiltrácie, periférne nervové blokády, intraartikulárne a neuroxiálne injekcie, elektrická stimulácia, ablatívne techniky, chemické, elektrické/tepelné, neuromodulácia, stimulácia miechy*
Manuálna terapia	Pasívne pohyby kĺbov a mäkkých tkanív *Napr.: masáž, manipulácia, mobilizácia*
Podpora aktívneho prístupu k životu	Zaradenie sa do každodenného života, práce, starostlivosť o seba, produktivita, voľný čas
Edukácia	Rady, edukácia alebo informácie poskytnuté zdravotníckym pracovníkom pacientovi na zlepšenie pochopenia príčin bolesti a ako s ňou bojovať
Farmakoterapia	Akékoľvek analgetikum podávané akoukoľvek cestou a dávkou, vrátane adjuvantnej liečby Spôsoby účinku: 1. Ovplyvnenie transmisie bolestivého signálu, 2. Ovplyvnenie centrálnej senzitizácie, 3. Modulácia zostupných inhibičných dráh Aby sa farmakoterapia považovala za multimodálnu, musíme kombinovať farmaká s rôznym mechanizmom účinku
Psychoterapia a psychologická terapia	Psychologická alebo psychoterapeutická liečba, ktorá poskytuje rozpoznateľný psychologický obsah na zmenu myšlienok, emócií, správania a telesných procesov *Napr.: kognitívno-behaviorálna terapia, behaviorálna terapia, terapia prijatia a záväzku*
Chirurgické techniky	Použitie chirurgických techník na ovplyvnenie generátora bolesti
Termoterapia	Aplikácia tepla alebo chladu na miesto bolesti

Multimodálny prístup k liečbe bolesti je oficiálne definovaný ako koordinovaná, simultánna aplikácia minimálne dvoch terapeutických modalít pochádzajúcich aspoň z dvoch domén bio-psycho-sociálneho modelu bolesti u osoby žijúcej s bolesťou.

Tento model liečby bolesti zahŕňa využitie samostatných terapeutických intervencií, s rôznymi mechanizmami účinku, ktoré sú zamerané na rôzne mechanizmy bolesti (11).

Pod pojmom modalita chápeme samostatný terapeutický zásah s určitým konkrétnym cieľom. Rozoznávame 11 kategórií modalít: Doplnková a alternatívna medicína, Elektroliečba, Cvičenie, Intervenčná liečba bolesti, Manuálna terapia, Terapia zameraná na zvýšenie spolupráce pacienta na liečebnom pláne, Edukácia pacientov, Farmakoterapia, Psychologická terapia, Chirurgická liečba, Termoterapia.

Terapeutická intervencia je taká činnosť, ktorá je zameraná na zmiernenie bolesti, redukuje tieseň súvisiacu s bolesťou alebo pozitívne ovplyvňuje fungovanie jedinca trpiaceho bolesťou. Zložky multimodálneho modelu liečby chronickej bolesti opisuje tabuľka 2.

Integrácia multimodálneho konceptu liečby bolesti do paliatívnej starostlivosti

Včasný multimodálny prístup liečby bolesti u pacienta v paliatívnej starostlivosti nie je luxus, ale mal by byť povinný štandard. Základným rámcom ostáva bio-psycho-sociálno-spirituálny model bolesti.

Farmakologická liečba bolesti je nevyhnutná, ale aj tá má svoje limity – najmä u polymorbidných, krehkých pacientov s orgánovými dysfunkciami. Multimodalita, ktorá individuálne kombinuje jednotlivé farmakologické, nefarmakologické, psychologické, sociálne a spirituálne intervencie, tak pomáha znížiť dávky analgetík (predovšetkým opioidov), rozšíriť terapeutický rozsah a zlepšiť toleranciu a podporiť funkčné ciele pacienta.

Kedy integrovať algeziologické techniky do paliatívnej starostlivosti? Podľa fázy ochorenia.

1. **Raná fáza ochorenia** (paliatívna starostlivosť popri kuratívnej, chorobu modifikujúcej liečbe)
   - **Ciele:** kontrola symptómov, zachovanie funkcie a participácie pacienta na liečbe, prevencia chronifikácie bolesti
   - **Ako integrovať:**
     - precízna diagnostika mechanizmov vzniku bolesti a iniciácia bazálnej multimodality (paracetamol ± NSA podľa rizika a komorbidít, nízke dávky opioidov podľa potreby, koanalgetiká pri neuropatickej zložke, nefarmakologické intervencie: polohovanie, fyzioterapia s mikrocieľmi, TENS, spánková hygiena)
     - edukácia pacienta a rodiny o rescue stratégii a premedikácii pri predvídateľnej záťaži (presun, hygienické úkony)
     - včasné zváženie intervenčných postupov pri jasnej viscerálnej alebo lokalizovanej somatickej zložke (napr. celiakálny blok pri pankreatickej bolesti, fascial plane bloky pri torakálnej bolesti) s cieľom znížiť systémovú opioidovú záťaž
     - interdisciplinárny prístup (onkológ, kardiológ, pneumológ, neurológ, paliatológ, algeziológ), aby bol analgetický plán kompatibilný s prebiehajúcou liečbou a plánovanými zákrokmi
2. **Pokročilá fáza nevyliečiteľného ochorenia** (progresia symptómov, rastúca krehkosť)
   - **Ciele**: stabilná analgézia s čo najmenším kognitívnym a vegetatívnym zaťažením, podpora mobility a spánku; minimalizácia hospitalizácií
   - **Ako integrovať:**
     - zjednodušenie dávkovacích režimov analgetík (intervaly 12 – 24 hod), analgetická rescue schéma; pravidelné prehod-

nocovanie analgetickej liečby s pripraveným plánom redukcie neefektívnych liečebných postupov
- rotácia opioidov pri intolerancii alebo pri orgánovej dysfunkcii (renálna/hepatálna), prechod na transdermálnu aplikáciu opioidov pri poruche prehĺtania
- posilnenie nefarmakologických pilierov a psychologickej podpory (kognitívno behaviorálna terapia, relaxácia) – redukujú potrebu eskalácie dávok
- cielené intervenčné techniky liečby bolesti pri refraktérnej bolesti alebo pri intolerancii systémovej liečby (epidurálna a intratekálna aplikácia, neurolýza) – selekcia podľa prognózy a cieľov

3. **Terminálna fáza nevyliečiteľného ochorenia** (posledné dni až týždne)
   - **Ciele**: komfort pacienta a jeho príbuzných v maximálnej možnej miere
   - **Ako integrovať:**
     - preferencia subkutánnych kontinuálnych infúzií s jednoduchým protokolom, jednoznačný analgetický domáci plán pre príbuzných pacienta
     - dôraz na nefarmakologické opatrenia s vysokým komfortom (polohovanie, dotyk, dychové techniky), spirituálnu a psychosociálnu podporu
     - jasná komunikácia o cieľoch a hraniciach liečby

Záver

Optimálne výsledky v liečbe bolesti prináša len taká liečebná stratégia, ktorá je individualizovaná a personalizovaná na konkrétneho pacienta. Dynamicky titrovaná multimodálna liečebná stratégia by mala ovplyvniť nielen nociceptívne či neuropatické mechanizmy bolesti, ale musí ovplyvniť aj komponenty centrálnej senzitizácie, psychologické a sociálne determinanty jedinca. Zároveň zohľadňuje spirituálne potreby pacienta a jeho blízkych, a to v kontexte konkrétnej diagnózy, v kontexte krehkosti pacienta a v kontexte cieľov starostlivosti o paliatívneho pacienta.

Multimodálny prístup v liečbe bolesti je vopred premyslená integrácia viacerých liečebných postupov do jedného realizovateľného plánu, ktorého hlavná myšlienka je, že efektívny manažment bolesti nemôže byť redukovaný len na jeden typ terapeutického zásahu.

Vďaka tomu postupu vieme ovplyvniť generátor bolesti (farmakoterapia bolesti, regionálne a spinálne techniky pri refraktérnej bolesti), vieme ovplyvniť psychologické faktory jedinca (psychoedukácia, relaxačné techniky, farmakoterapia anxiózno-depresívnych stavov) a dokážeme stabilizovať sociálne prostredie či integrovať spirituálnu starostlivosť chorého.

Takýto model liečby bolesti v konečnom dôsledku neznamená pre pacienta „*viac liekov*," ale je to pre neho a pre jeho blízkych spôsob, ako bolesti stanoviť určité hranice a prinavrátiť kontrolu, autonómiu a dôstojnosť v čase, kedy je to najviac potrebné.

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

Literatúra

1. Martuliak I. Patofyziológia bolesti pre klinickú prax – 2. doplnené vydanie. Banská Bystrica: Martimed s r. o., 2020. 344 s.
2. Sláma O, et al. Paliatívní medicína pro praxi – třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2022. 352 s.
3. Nicholas MK. The biopsychosocial model of pain 40 years on: time for a reappraisal? Pain. 2022;163. Dostupné na: https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002654
4. Otrubová Z. Úľavové faktory malígnej bolesti – kazuistika z domácej hospicovej starostlivosti. Paliat. med. liec. boles., 2025;18(1e):13-16.
5. Raja S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020;161(9). Dostupné na: https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939
6. Zimmer Z, et al. A global study of pain prevalence across 52 countries: examining the role of country-level contextual factors. Pain. 2022;163:1740-1750. Dostupné na: https://doi:10.1097/j.pain.0000000000002557.
7. Everdingen, et al. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review. Ann Oncol. 2007;18(9):1437-1449.
8. Snijders R, et al. Update on prevalence of pain in patients with cancer 2022: A systematic literature review and meta-analysis. Cancers (Basel). 2023;15(3):591.
9. Russo M, Sundaramurthi T. An overview of cancer pain: epidemiology and pathophysiology. Semin Oncol Nurs. 2019;35(3):223-228.
10. Hedman C, et al. Pain prevalence and pain relief in end-of-life care – a national registry study. BMC Palliat Care. 2024;23:171. Dostupné na: https://doi.org/10.1186/s12904-024-01497-1
11. Idowu M, et al. A multimodal approach to chronic pain management: current practices and future directions. International medical science research journal. 2025;5(1). Dostupné online: https://doi.org/10.51594/imsrj.v5i1.1811

MUDr. Miroslav Ferenčík, MBA
Algeziologická klinika SZU
a FNsP F. D. Roosevelta
Nám. gen. Svobodu 1,
975 17 Banská Bystrica
miroferencik@pain.sk



Bratislavské onkologické dni

LXIII. ročník

30. 9. – 2. 10. 2026
Radisson Blu Carlton Hotel, Bratislava



Podujatie je ohodnotené CME kreditmi.
Organizačné zabezpečenie: SOLEN, s. r. o.,
Ambrova 5, 831 01 Bratislava, kongres@solen.sk

www.solen.sk
mudr.online

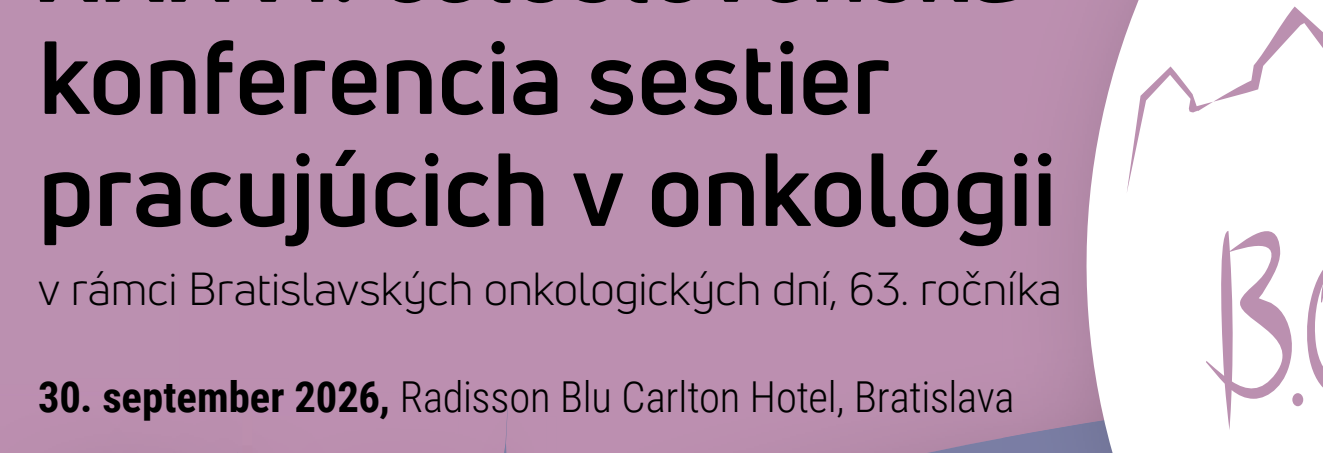
SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Organizátor:
Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
Sekcia sestier pracujúcich v onkológii
Slovenská onkologická spoločnosť SLS

XXXVI. celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v onkológii

v rámci Bratislavských onkologických dní, 63. ročníka

30. september 2026, Radisson Blu Carlton Hotel, Bratislava



Podujatie je ohodnotené CME kreditmi.
Organizačné zabezpečenie: SOLEN, s. r. o.,
Ambrova 5, 831 01 Bratislava, kongres@solen.sk

www.solen.sk
mudr.online

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Liečba chronických rán v paliatívnej starostlivosti

MUDr. Tomáš Jankovič, PhD., MPH, doc. MUDr. Marián Bakoš, PhD., MPH
Chirurgická klinika FN Nitra

Paliatívna starostlivosť je špecifický prístup v zdravotnej starostlivosti, ktorý sa zameriava na zlepšenie kvality života pacientov trpiacich nevyliečiteľnými, chronickými alebo terminálnymi ochoreniami. Jej hlavným cieľom je zmierniť utrpenie pacienta a poskytovať podporu nielen jemu, ale aj jeho rodine. Chronické rany u pacientov v paliatívnej starostlivosti môžu viesť k rôznym komplikáciám, ktoré môžu významne ovplyvniť ich kvalitu života. Tieto komplikácie môžu mať vážne dôsledky na zdravie pacienta a môžu zhoršiť jeho fyzický, emocionálny a psychologický stav. Úplné zhojenie chronickej rany u pacienta v paliatívnej starostlivosti nie je vždy možné. V paliatívnej starostlivosti je dôležité kombinovať pravidelnú starostlivosť o rany s opatreniami na zabezpečenie komfortu pacienta a prevenciu ďalších komplikácií. Pokiaľ je hojenie rany nepravdepodobné, starostlivosť sa zameriava na minimalizáciu bolesti, infekcie a udržanie čo najvyššej kvality života.

Kľúčové slová: paliatívna starostlivosť, chronická rana, kvalita života

Treatment of chronic wounds in palliative care

Palliative care is a specific approach in healthcare that focuses on improving the quality of life for patients suffering from incurable, chronic, or terminal illnesses. Its main goal is to alleviate the patient's suffering and provide support not only to the individual but also to their family. Chronic wounds in palliative care patients can lead to various complications that may significantly impact their quality of life. Such complications can have serious consequences for the patient's health and may worsen their physical, emotional, and psychological condition. Complete healing of chronic wounds in palliative care patients is not always possible. In palliative care, it is important to combine regular wound care with measures to ensure the patient's comfort and prevent further complications. When wound healing is unlikely, care focuses on minimizing pain, infection, and maintaining the highest possible quality of life.

Key words: palliative care, chronic wound, quality of life

Paliat. med. liec. boles., 2025;18(2e):55-57

Paliatívna starostlivosť je špecifický prístup v zdravotnej starostlivosti, ktorý sa zameriava na zlepšenie kvality života pacientov trpiacich nevyliečiteľnými, chronickými alebo terminálnymi ochoreniami. Jej hlavným cieľom je zmierniť utrpenie pacienta a poskytovať podporu nielen jemu, ale aj jeho rodine.

Základné princípy paliatívnej starostlivosti

Paliatívna starostlivosť sa zameriava najmä na úľavu od bolesti a symptómov, psychosociálnu podporu a zlepšenie kvality života pacienta. Paliatívna starostlivosť sa nezameriava len na starších pacientov. Môže byť veľmi dôležitá aj u detí a mladších dospelých. Paliatívna starostlivosť pre deti a mladších ľudí má špecifické výzvy a prístupy, ktoré sa líšia od starostlivosti poskytovanej dospelým, ale jej základný cieľ – zmiernenie utrpenia a zlepšenie kvality života – zostáva rovnaký. Paliatívnu starostlivosť poskytuje multidisciplinárny tím odborníkov, ktorý pracuje spoločne na zlepšení kvality života pacienta a na zmiernení symptómov. Títo odborníci spolupracujú nielen na fyzickom zdraví pacienta, ale aj na jeho psychickej, emocionálnej a sociálnej pohode.

Chronické rany u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia

Chronické rany u pacientov v paliatívnej starostlivosti predstavujú vážny problém, ktorý môže výrazne ovplyvniť kvalitu života pacienta. Tieto rany sú časté u pacientov v pokročilých štádiách ochorenia, ktorí môžu mať zhoršený stav imunity, zníženú pohyblivosť, a často aj obmedzenú schopnosť sa o seba starať (obrázok 1). Najbežnejšie typy chronických rán u pacientov v paliatívnej starostlivosti sú:

1. dekubity
2. diabetické rany
3. rany spôsobené nádormi
4. arteriálne a venózne vredy
5. rany po operáciách a úrazoch

Pacienti s pokročilým základným ochorením majú výrazne zhoršenú schopnosť hojenia chronických rán. Medzi hlavné príčiny neúspechu liečby chronickej rany patria:

Obrázok 1. Chronická rana – metastáza karcinómu prsníka (vlastný klinický materiál)



- znížená schopnosť hojenia: oslabený imunitný systém, malnutrícia, dehydratácia
- bolesť a diskomfort: chronické rany môžu byť veľmi bolestivé a môžu výrazne zhoršiť kvalitu života pacienta – nemožnosť ošetrenia, nízka adherencia k liečbe
- riziko infekcie: otvorené chronické rany sú veľmi náchylné na infekciu, čo môže viesť k závažným komplikáciám, ako je sepsa, ktorá môže ohroziť život pacienta

Obrázok 2. Chirurgický debridement rany (vlastný klinický materiál)



Tabuľka 1. Prehľad krytí učených na liečbu chronických rán (upravené podľa 3)

Algináty	majú autolytický účinok, vytvárajú gél, ľahko hemostatické
Hydrovlákna	absorpcia exsudátu, účinná ochrana pred maceráciou okrajov rany
Hydrokoloidy	pôsobia hydroaktívne a okluzívne, kontraindikované pre infikované rany
Superabsorbenty	používajú sa na rany s veľmi silnou exsudáciou
Medicínsky med	udržiavanie vlhkého prostredia rany, pôsobí bakteriostaticky až baktericídne
Hydrogély	rehydratujú suché nekrózy a povlaky ako súčasť autolytického debridementu, môžu mať zložku antiseptickú, absorpčnú a pod.
Krytia s obsahom striebra	elementárne, nanokryštalické alebo iónové striebro, účinkuje antibakteriálne, fungicídne a čiastočne neutralizuje zápach
Krytia s aktívnym uhlím	viažu pachy, používajú sa na silne zapáchajúce, infikované a povlečené rany
Penové obväzy	absorpcia exsudátu z rany
Hydropolyméry	absorpcia exsudátu, pre citlivú pokožku je k dispozícii aj ako jemne priľnavá pena
Krytia so silikónovou vrstvou	znižujú mechanické poškodenie rany – atraumatický preväz, hypoalergénne

Komplikácie chronických rán u pacientov v paliatívnej starostlivosti

Chronické rany u pacientov v paliatívnej starostlivosti môžu viesť k rôznym komplikáciám, ktoré môžu významne ovplyvniť kvalitu života pacienta. Tieto komplikácie môžu mať vážne dôsledky na zdravie pacienta a môžu zhoršiť jeho fyzický, emocionálny a psychický stav. Správna starostlivosť o chronické rany, ako aj ich včasná diagnostika a liečba, sú kľúčové na minimalizáciu týchto problémov. Najčastejšie komplikácie chronických rán u pacientov v paliatívnej starostlivosti sú:

1. Infekcia – najčastejšia a najzávažnejšia komplikácia chronických rán (lokálna, systémová – sepsa)
2. Bolesť a diskomfort – bolesti v rane, ošetrovacie postupy (nocebo efekt), nízka tolerancia liekov, problémy so správnym užívaním liekov
3. Množstvo a šírenie rán – tkanivové deštrukcie, krvácanie, šok alebo zlyhanie orgánov
4. Riziko krvácania – priame poškodenie ciev (napr. nádorový proces), zhoršená zrážanlivosti krvi (antikoagulačná liečba)
5. Psychologický dosah – emocionálna záťaž, úzkosť, stres, depresia, sociálna izolácia
6. Malnutrícia – strata bielkovín, tekutín, minerálov z rany
7. Zhoršenie mobility a funkcie – bolesť, rany v oblasti kĺbov

Prístup k liečbe chronických rán v paliatívnej starostlivosti

Koncept S.P.E.C.I.A.L. v hojení rán v rámci paliatívnej starostlivosti predstavuje praktickú pomôcku, ktorá pomáha zdravotníkom cielene pristupovať k starostlivosti o chronické rany u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia. Tento koncept kladie dôraz predovšetkým na kvalitu života, nielen na samotné zhojenie rany, čo je zásadné v paliatívnej starostlivosti. Každé písmeno označuje konkrétny aspekt starostlivosti:

- **S** – Stabilizácia rany (Stabilising the wound): zameriava sa na vytvorenie čo najstabilnejšieho prostredia pre ranu, aby sa zabránilo jej zhoršeniu a minimalizovalo ďalšie poškodenie tkaniva.
- **P** – Prevencia nových rán (Preventing new wounds): dôraz sa kladie na prevenciu vzniku ďalších rán prostredníctvom správneho polohovania, výživy, hygieny a starostlivosti o pokožku.
- **E** – Eliminácia zápachu (Eliminate odour): rany sú zdrojom nepríjemného zápachu, čo negatívne ovplyvňuje kvalitu života pacienta aj okolia. Používajú sa špeciálne obväzy alebo prípravky na odstránenie zápachu.
- **C** – Kontrola bolesti (Control pain): dôležitou súčasťou je efektívna analgézia a výber vhodných postupov pri ošetrovaní rán, aby sa minimalizovala bolesť pri manipulácii s ranou (atraumatický preväz).
- **I** – Prevencia infekcie (Infection prophylaxis): znižovanie rizika infekcie pomocou hygieny, antiseptík a pri potrebe aj lokálnej alebo systémovej antimikrobiálnej liečby.
- **A** – Pokročilé, moderné obväzy (krytia) (Advanced, absorbent wound dressings): výber moderných typov krytia, ktoré manažujú exsudát, chránia tkanivo a zlepšujú komfort pacienta (superabsorbenty).
- **L** – Zníženie frekvencie výmeny obväzov (Lessen dressing changes): minimalizácia potreby častého prevázu, čo znižuje bolesť, stres a zvyšuje kvalitu života.

Lokálne ošetrovanie chronických rán

Správna hygiena a prevencia chronických rán sú kľúčové pre minimalizovanie rizika infekcií, zlepšenie hojenia a zníženie bolesti u pacientov v paliatívnej starostlivosti. Starostlivosť o chronické rany vyžaduje systematický prístup, ktorý zahŕňa dôkladnú hygienu, používanie vhodných ošetrovateľských pomôcok, zníženie rizika vzniku ďalších poranení a zlepšenie celkového zdravotného stavu pacienta. Takýto prístup je v zásade pomerne „jednoduchý“ a pozostáva zo štyroch základných krokov: očistenie rany, debridement rany, úprava okrajov rany a aplikácia vhodného krytia. V každom kroku je možné postupovať rôznymi metódami, ktoré vychádzajú so skúseností a možností ošetrujúceho lekára.

Základom očisty rany je použitie moderného a účinného oplachového (obkladového) roztoku. Roztoky sú indikované v liečbe ranovej infekcie, podpore autolytického/mechanického debridementu povlečených a nekrotických rán, v liečbe venóznych ulcerácií, v liečbe rán u pacientov s DM a v liečbe rán, ktoré vyžadujú vyššiu frekvenciu prevázov.

Cieľom debridementu rany je „oživenie rany“ t. j. odstránenie nekrotického a cudzieho materiálu z rany a z okolitej kože, vytvorenie zdravé-

ho, čistého lôžka rany a tým podporiť a urýchliť hojenie. V klinickej praxi existuje niekoľko metód debridementu – autolytický, enzymatický, mechanický, chirurgický a biologický (obrázok 2).

Dnes máme k dispozícii pomerne veľké množstvo moderných, účinných a bezpečných krytí na ošetrovanie chronických rán (tabuľka 1). Pre použitie konkrétneho produktu sa rozhodujeme podľa prítomnosti biofilmu resp. infekcie v rane, množstva exsudátu, rozsahu a lokalizácie rany. Moderné krytia dovoľujú atraumatický preväz, čo zlepšuje spoluprácu s pacientom. Frekvencia prevädzov závisí od viacerých faktorov – lokalizácia rany, množstvo exsudátu, prítomnosť infekcie v rane. Čoraz viac sa v klinickej praxi využíva metóda podtlakovej ranovej terapie (NPWT) a jej modifikácie.

Prevencia preležanín a iných chronických rán je zásadným momentom v manažmente chronických rán. Základom je pravidelná zmena polohy, používanie špeciálnych matracov a vankúšov. Starostlivosť o okolité tkanivá je súčasťou ošetrenia rany. Cieľom je nielen očista okolia rany, ale aj hydratácia pokožky (hydratačné krémy, emolienty). Pomocou špeciálnych krémov, pást a krytí vytvárame ochrannú bariéru.

V paliatívnej starostlivosti je liečba chronických rán komplexným procesom, ktorý si vyžaduje rôzne typy krytia na podporu hojenia, zníženie bolesti a prevenciu infekcií. Výber krytia závisí od viacerých faktorov, ako je typ rany, stav pacienta, výtok z rany, riziko infekcie a požiadavky na komfort pacienta. V prípade paliatívnej starostlivosti sa často kladie dôraz na minimalizáciu bolesti a zabezpečenie pohodlia pacienta, čo ovplyvňuje aj voľbu krytia.

Úplné zhojenie chronickej rany u pacienta v paliatívnej starostlivosti nie je vždy možné v tradičnom zmysle slova. V paliatívnej starostlivosti je hlavný dôraz kladený na zlepšenie kvality života, zmiernenie bolesti a poskytovanie podpory pacientovi a jeho rodine.

Autori čestne vyhlasujú, že nemajú žiadny konflikt záujmov.

Literatúra

1. Alvarez OM, Kalinski C, Nusbaum J, et al. Incorporating wound healing strategies to improve palliation (symptom management) in patients with chronic wounds. J Palliat Med 2007;10(5):1161-89.
2. Gethin G, Kottner J, Lamza A, et al. Palliative wound care - Recommendations for the management of wound-related symptoms. J Wound Management, 2025;26(1 Sup1):S1-S40. DOI 10.35279/jowm2025.26.01.sup01
3. https://www.health.gov.sk/Manazment-ran.pdf
4. Chrisman CHA. Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients. Int Wound J. 2010 May 28;7(4):214-235.
5. Tippett AW. Wounds at the end of life. Wounds. 2005;17(4):91-98.
6. Wendelken ME, Markowitz L, Alvarez OA. Case Studies In Palliative Wound Care. https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/podiatry/case-studies-in-palliative-wound-care

MUDr. Tomáš Jankovič, PhD., MPH
Chirurgická klinika FN Nitra
Špitálska 6, 949 01 Nitra
tomaskojankovic@gmail.com

Ošetrovanie pacienta s pergamenovou kožou

Mgr. Edita Hlinková, PhD.[1], Mgr. Mariana Ďzubáková[2], PhDr. Jana Nemcová, PhD.[1]
[1]Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva
[2]Univerzitná nemocnica v Martine, Klinika všeobecnej, viscerálnej a transplantačnej chirurgie, Septická jednotka intenzívnej starostlivosti

V dôsledku fyziologických zmien starnutia má koža seniora pergamenový charakter. Koža je vnímavejšia a citlivejšia voči vonkajším podnetom a stáva sa rizikovou pre vznik kožných trhlín (*anglicky skin tears*). Kožné trhliny definuje Medzinárodný poradný panel pre kožné trhliny (*International Skin Tear Advisory Panel* – ISTAP) ako akútne, traumatické rany, ktoré sú spôsobené mechanickým vplyvom (pádom, tupým zranením, trením, ale aj ťahom za kožu, napríklad pri odstraňovaní náplastí, ktoré vedú k oddeleniu kožných vrstiev). Závažnosť sa môže líšiť v závislosti od hĺbky. ISTAP klasifikuje kožné trhliny na tri typy. Prvý typ bez straty kože s možnosťou zreponovať kožný lalok, pri druhom type dochádza k čiastočnému úbytku povrchovej vrstvy kože a pri treťom type je prítomná celková strata vrchnej časti kože, ktorá obnažuje celú spodinu rany. Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je minimalizácia rizika poranení pergamenovej kože a vhodne zvolený preventívny postup ošetrovateľskej starostlivosti. Prevencia začína rozpoznaním rizikových pacientov (vysoký vek, nedostatočná výživa a hydratácia, farmakoterapia, vystavenie UV žiareniu, poruchy pohyblivosti a mechanická sila), zostavením a dodržiavaním individuálneho ošetrovateľského plánu starostlivosti. Na zníženie rizika vzniku kožných trhlín je vhodné používať ochranné návleky, pančuchy, filmové krytia a pod. Prevencia kožných trhlín vyžaduje spoluprácu na úrovni multidisciplinárneho tímu (sestry, lekári, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, nutriční terapeuti). Pre správne hojenie kožnej trhliny je dôležitý výber obväzového materiálu a označenie smeru odstraňovania priloženého obväzu. Súčasťou manažmentu ošetrovania kožných trhlín je dokumentácia so záznamom priebehu hojenia rany.

Kľúčové slová: pergamenová koža, kožné trhliny, klasifikácia kožných trhlín, ošetrovanie kožných trhlín

Caring for a patient with parchment skin

Due to physiological changes of aging, seniors´ skin has a parchment character. The skin is more receptive and sensitive to external stimuli and becomes at risk for the development of skin tears. Skin tears are defined by the International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP) as acute, traumatic wounds that are caused by mechanical impact (fall, blunt trauma, friction, but also pulling on the skin, for example when removing plasters, which leads to the separation of skin layers). The severity can vary depending on the depth. ISTAP classifies skin tears into three types. The first type is without skin loss with the possibility of reattaching the skin flap, the second type is a partial loss of the surface layer of the skin, and the third type is a total loss of the upper part of the skin, exposing the entire bottom of the wound. The aim of nursing care is to minimise the risk of parchment skin injuries and to select an appropriately selected preventive nursing care procedure. Prevention begins with the identification of patients at risk (old age, inadequate nutrition and hydration, pharmacotherapy, exposure to UV radiation, mobility impairments and mechanical strength), and the development and implementation of an individual nursing care plan. To reduce the risk of skin tears, it is appropriate to use protective sleeves, stockings, film coverings, etc. Prevention of skin tears requires cooperation at the level of a multidisciplinary team (nurses, doctors, physiotherapists, occupational therapists, nutritional therapists). For proper healing of a skin tears, the selection of dressing material and the marking of the direction of removal of the applied dressing are important. Documentation recording the course of wound healing is part of the management of skin tears.

Key words: parchment skin, skin tears, classification of skin tears, treatment of skin tears

Paliat. med. liec. boles., 2025;18(2e):58-62

Úvod

Koža seniorov prechádza fyziologickými zmenami starnutia, medzi ktoré patrí napríklad znížená odolnosť voči vonkajším faktorom alebo oslabenie regeneračnej schopnosti (1). Znížená je funkcia vylučovania mazových a potných žliaz, čo prispieva k suchosti kože a tým sa zvyšuje jej zraniteľnosť. Zmeny v cievnom systéme vedú k následnému poklesu prietoku krvi končatinami a k zníženej cirkulácii v pokožke. V pokročilom veku dochádza k stratám podkožného tuku, ku krvácavým prejavom (senilná purpura), atrofii (najmä na koži tváre, chrbta rúk, predkolení a chodidiel) a k úbytku elasticity kože. V dôsledku týchto viacerých zmien má koža pergamenový charakter, je ľahko zraniteľná aj pri bežných úkonoch ako je napríklad náraz. K najviac ohrozeným skupinám patria osoby staršie ako 75 rokov. Koža je vnímavejšia a citlivejšia voči vonkajším podnetom a stáva sa rizikovou pre vznik kožných trhlín. Prejavy pergamenovej kože sa vyskytujú častejšie ako dekubity alebo popáleniny (2, 3). Odhaduje sa, že prevalencia sa pohybuje od 1,1 % do 41,2 % v závislosti od prostredia starostlivosti, pričom najvyššia hlásená prevalencia kožných trhlín je v zariadeniach dlhodobej starostlivosti (4). Ukázalo sa, že v klinickom prostredí je tento typ rán nedostatočne rozpoznaný a hlásený, čo môže viesť k ich nesprávnej diagnostike a oneskorenej či nesprávnej liečbe (5, 6).

Okrem seniorov rizikovou skupinou pre vznik kožných trhlín sú aj novorodenci, najmä predčasne narodení a nezrelí novorodenci v súvislosti s extrémnou krehkosťou ich pokožky. Predčasne narodené deti majú minimál-

nu stratum corneum a ich pokožka má červený, vráskavý, priesvitný vzhľad. Majú tiež menej podkožného tkaniva, čo znamená, že dermis leží priamo nad svalom. Narušenie akýchkoľvek vrstiev neonatálnej stratum corneum počas procesu odstraňovania náplastí môže ďalej znížiť bariérovú funkciu pokožky, čo významne narúša rovnováhu tekutín a homeostázu a zvyšuje priepustnosť pokožky. Tieto narušenia môžu viesť k toxicite a podráždeniu z lokálne aplikovaných látok, ako aj zvýšenému riziku infekcie. S menším množstvom podkožného tkaniva sú detskí pacienti vystavení oveľa vyššiemu riziku natrhnutia kože spôsobeného odstránením náplastí (7). Zvýšenému riziku kožných trhlín sú vystavené aj deti do troch rokov trpiace akútnymi a chronickými ochoreniami (8).

Použitím vhodných a často jednoduchých preventívnych opatrení sa týmto poraneniam kože dá do značnej miery predísť. Kožné trhliny predstavujú významný problém pre pacientov aj pre ošetrujúci personál. Pre pacienta sú zdrojom bolesti a úzkosti, sú spojené s predĺženou hospitalizáciou, zvýšenými nákladmi na zdravotnú starostlivosť a nepriaznivými vplyvmi na kvalitu života pacientov. Preto by mali byť rýchlo rozpoznané, zdokumentované a liečené. Je významné zamerať sa na zvyšovanie povedomia a zlepšenie poskytovania preventívnych a liečebných stratégií založených na dôkazoch, aby sa zabezpečilo, že všetci pacienti s poraneniami kože dostanú správnu starostlivosť v správnom čase.

Ciele

Cieľom nášho príspevku je definovať pojmy pergamenová koža, kožné trhliny, kožný lalok, predstaviť klasifikačný nástroj podľa ISTAP (*International Skin Tear Advisory Panel*), vymenovať rizikové faktory vzniku kožných trhlín a opísať ich prevenciu. Následne predstaviť možnosti liečby kožných trhlín podľa najnovších odporúčaní EBP (*Evidence Based Practice*) a EBN (*Evidence Based Nursing*).

Pergamenovú kožu definujeme ako tenkú a citlivú kožu, ktorá je riziková na poranenie. Názov získala podľa svojej krehkosti a vzhľadu, ktorá pripomína pergamenový papier, preto sa s ňou môžeme stretnúť aj pod názvom

Obrázok 1 a 2. Kožná trhlina u 80-ročnej pacientky. ISTAP klasifikácia – typ 2 (Zdroj: archív autoriek)



„papierová koža“. Môžeme ju identifikovať už jednoduchou aspekciou. Všímame si stav kože, jej suchosť, šupinatosť, ide o kožu s lesklým povrchom, modrastým zafarbením, prítomná môže byť nadmerná tvorba hematómov alebo presvitajúce cievy. Palpačným vyšetrením môžeme zistiť pacientovu citlivosť a bolestivosť, všímame si zmeny turgoru kože, prípadný pruritus (4). Rany vzniknuté na pergamenovej koži nazývame ***kožné trhliny*** (*anglicky skin tears*) (9). Kožné trhliny definuje Medzinárodný poradný panel pre kožné trhliny (*International Skin TearAdvisory Panel* – ISTAP) ako akútne, traumatické rany, ktoré sú spôsobené mechanickým vplyvom. Zahŕňajú úrazy spôsobené nárazmi, ako sú pády alebo tupé zranenia, trenie, alebo pôsobenie ťahu za kožu, napríklad pri odstraňovaní náplastí, ktoré vedú k oddeleniu kožných vrstiev. Závažnosť sa môže líšiť v závislosti od hĺbky. ISTAP klasifikuje kožné trhliny na tri typy (10). Prvý typ je definovaný ako žiadna strata kože, vďaka čomu môžeme realizovať reponáciu kožného laloka späť na miesto. Pri druhom type dochádza k čiastočnému úbytku povrchovej vrstvy kože, ktorú už nemožno zreponovať tak, aby pokryla celú spodinu rany (obrázok 1 a 2). Pri treťom type je prítomná celková strata vrchnej časti kože, ktorá obnažuje celú spodinu rany (10). V rámci klasifikácie kožných trhlín sa často stretávame s termínom ***kožný lalok***. „Lalok pri kožných trhlinách je definovaný ako časť kože (epidermis/dermis), ktorá je neúmyselne oddelená (čiastočne alebo úplne) od svojho pôvodného miesta v dôsledku strihu, trenia a/alebo tupého nárazu. Tento pojem sa nesmie zamieňať s tkanivom, ktoré je úmyselne oddelené od svojho pôvodného miesta na terapeutické účely, napr. chirurgický kožný transplantát“ (11). Klasifikačný nástroj kožných trhlín podľa ISTAP sa vyznačuje širokou použiteľnosťou v klinickej praxi a je preložený do viacerých jazykov, čo uľahčuje jeho aplikáciu v medzinárodnom kontexte (12).

Rizikové faktory pre vznik kožných trhlín

Hlavné rizikové faktory, ktoré môžu prispieť k vzniku kožnej trhliny, zahŕňajú „extrémny vek“ (vysoký vek alebo naopak nezrelí novorodenci), nedostatočná výživa a hydratácia, farmakoterapia, vystavenie UV žiareniu, poruchy pohyblivosti a mechanická sila (9). Jedným z týchto rizikových faktorov je ***malnutrícia.*** Výživa zohráva zásadnú úlohu nielen v prevencii kožných trhlín, ale aj v ich liečbe (13). Správne vyvážená strava podporuje hojenie všetkých typov rán, preto je nevyhnutý optimálny nutričný príjem (14). Pozitívny účinok má užívanie arginínu, zinku, vitamínu C a E, ktoré majú vplyv na regeneračné procesy tkanív. Pre dobré hojenie rán sú významné aj vitamíny A, B, D, K, z minerálov je železo, horčík, meď, vápnik, selén (15). Kožné zmeny môžu vznikať následkom nadmernej straty tekutín, keďže dochádza k ***dehydratácii*** (16). Znížený objem telesných tekutín vzniká nadmernou stratou telesných tekutín v prípade zvracania, hnačky, nedostatočnou funkciou obličiek, krvácaním a pod. Pri nedostatoč-

nej hydratácii dochádza k negatívnemu pôsobeniu na stav kože a jej ochranných schopností. Zmeny na koži môžu nastať ***pri užívaní niektorých liekov***. Medzi takéto lieky zaraďujeme napríklad nesteroidné antiflogistiká, kortikoidy, cytostatiká, imunosupresíva a antikoagulanciá. Užívanie antikoagulancií vedie k tvorbe ekchymóz a následne k zvýšenej krehkosti kože (2). Pri kortikosteroidoch a ich dlhodobom užívaní sa vyskytujú nežiaduce účinky v podobe spomalenia syntézy kolagénu (17). V prípade, že pacient užíva viac ako štyri druhy rôznych liekov, môže dochádzať k stavom zmätenosti, následne k neúmyselnému poraneniu v podobe pádu, nárazu a pod. (9). Ďalším rizikovým faktorom je ***pôsobenie UV žiarenia***, ktoré postupne narúša štruktúru kože, mení jej vzhľad, elasticitu, stenčenie (18). Horné končatiny sú spoločne s tvárou najviac vystavené UV žiareniu, čo vedie k následnému vyššiemu výskytu citlivosti kože (9). Jeden z významných faktorov pre vznik kožných trhlín je ***mechanická sila***. Pri mechanických vplyvoch sa uplatňuje fyzická sila ako je ťah, tlak, trenie, ktoré môžu viesť k poškodeniu pergamenovej kože.

Prevencia kožných trhlín

Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti o seniora je minimalizácia rizika poranení pergamenovej kože a vhodne zvolený preventívny postup ošetrovateľskej starostlivosti. Prevencia začína rozpoznaním rizikových pacientov, zostavením a dodržiavaním individuálneho ošetrovateľského plánu starostlivosti. Prevencia kožných trhlín vyžaduje spoluprácu na úrovni multidisciplinárneho tímu (sestry, lekári, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, nutriční terapeuti). Prevencia spočíva aj v dôslednej edukácii seniorov s pergamenovou kožou a ich rodinných príslušníkov.

Hygienická starostlivosť o pacienta je závislá od aktuálneho stavu pacienta, jeho sebestačnosti a predstavuje intervencie, ktoré vedú k minimalizácii patogénov na tele pacienta, k odstráneniu nečistôt, zápachu a navodzuje pocit pohody. Pri hygienickej starostlivosti by sme mali používať pH neutrálne mydlá, následne aplikujeme na kožu hydratačné zvlhčovače (krémy, masti, oleje či gély). Tento postup starostlivosti o kožu preukázateľne znižuje výskyt pergamenových rán o 50 % (3). Ďalšou intervenciou v minimalizácii rizika vzniku kožných trhlín je dodržiavanie dostatočného príjmu tekutín a príjem pestrej stravy bohatej na bielkoviny, vitamíny a minerály. Preto je nevyhnutné sledovať u rizikových pacientov príjem tekutín, hodnotiť stav výživy a identifikovať poruchy s príjmom potravy a prehĺtaním. V spolupráci s nutričným terapeutom môžeme pacientovi odporúčať potraviny, ktoré sú významné pre hojenie rán, ako sú mliečne výrobky, mäso, strukoviny, orechy, vajcia a sójové produkty. Odporúčania často zahŕňajú pridanie ďalších bielkovín do dennej stravy alebo doplnkových výživových nápojov. V prípade, že príjem stravy nie je dostatočný a nutrične vyvážený, môžeme podávať nutričné doplnky s vysokým obsahom bielkovín (tzv. sipping), ktoré sú vhodné na podporu hojenia rán. Realizujeme opatrenia na zaistenie bezpečného prostredia a dostatku osvetlenia ako prevenciu nárazov na nábytok či pádov, najmä v noci. Ochranu pred mechanickým poškodením kože môžeme realizovať pomocou nosenia dlhých odevov alebo oblečenia s vypchávkami (dlhé rukávy, chrániče, tubulárne obväzy). Pre zníženie rizika vzniku kožných trhlín je vhodné používať ochranné návleky, pančuchy, filmové krytia a pod. Tieto pomôcky sú pohodlné, vyrábané z rôznych materiálov ako je bavlna, nylon, elastan alebo lycra, dostupné sú v rôznych veľkostiach a farbách. Vyššie spomenuté pomôcky redukujú poranenie, umožňujú osobám s prejavmi pergamenovej kože podieľať sa na bežných denných aktivitách. U imobilných pacientov je potrebné polohovanie v pravidelných intervaloch, zároveň bezpečná a šetrná manipulácia s pacientom, použitie správneho vybavenia pre jeho presun a premiestnenie. Tieto preventívne opatrenia môžu byť zavedené na základe identifikácie rizikových faktorov u konkrétneho pacienta. Už pri prvom kontakte s pacientom by malo dôjsť ku komplexnému posúdeniu jeho celkového stavu, vrátane zhodnotenia stavu kože. Pri každodennom zhodnotení celkového stavu pacienta sestrou by malo byť štandardnou súčasťou tiež cielené vyhľadávanie prítomnosti kožnej lézie. Pri akejkoľvek fyzickej manipulácii s pacientom je potrebné dbať na maximálnu opatrnosť. Dôležité je venovať pozornosť tomu, akým spôsobom pacienta uchopíme, či nie je koža o niečo zachytená, nutná je opatrnosť pri odstraňovaní náplastí a pod. Preto zdravotnícky personál, ktorý prichádza do kontaktu s pacientmi, by mal dbať na správne ošetrovateľské postupy. Dôležitá je bezpečnosť aj z hľadiska svojej osobnej úpravy. Poranenie môžu spôsobiť dlhé a ostré nechty, šperky (náramky, prstene, hodinky). Personál by mal minimalizovať riziko mechanického poškodenia pacienta nevhodnými osobnými doplnkami alebo nechtami (19). Nutné je dbať na zvýšenú opatrnosť pri starostlivosti s invazívnymi vstupmi, intravenóznymi, nazogastrickými a pod. Personál by mal dbať na opatrnosť pri fixácii katétrov, sond, drénov a pod.

Ošetrovanie kožných trhlín

Prvým krokom pri ošetrení kožnej trhliny je kontrola krvácania. Následne by mal byť určený typ kožnej trhliny podľa klasifikácie ISTAP. Hneď ako je kožná trhlina správne priradená do kategórie, je potrebné sa zamerať na samotnú ranu. Ranu musíme vyčistiť, odstrániť zvyšky nečistôt, opatrne odstrániť koagulá a zaschnutú krv. Kožné rany bez nečistôt je možné ošetriť fyziologickým roztokom alebo dostupnou dezinfekciou na rany, v rámci prevencie vzniku infekcie. Odporúčajú sa oktenidín (OCT) dihydrochlorid, polihexanid (PHMB) alebo kombinácia chlórnanu sodného s kyselinou chlórnou (NaOCl/HOCl). Výber lokálneho antiseptika individuálne podľa rizika infekcie alebo podľa prítomnej bakteriálnej kolonizácie (21). Pokiaľ je lalok životaschopný, tak sa jemne očistí spodina rany a lalok sa vráti späť na miesto pomocou vatového aplikátora alebo tampónom. Neodporúča sa reponácia laloku pinzetou alebo prstom. Kožný lalok by mal byť umiestnený tak, aby prekrýval, čo najväčšiu časť spodiny rany. Ak sa s lalokom nedá pracovať, odporúča sa priložiť fyziologickým roztokom navlhčený obklad na 5 – 10 minút, ktorý zabezpečí rehydratáciu laloku, čo pomôže pri repozícii. Hneď ako je kožný lalok zreponovaný, mal by sa prekryť neadherentným krytím. Po ošetrení je vhodné napísať na obväz dátum ďalšieho

Obrázok 3. Označenie smeru odstraňovania priloženého obväzu (Zdroj: archív autoriek)



preväzu, pre minimalizáciu zbytočnej výmeny. Krytie by malo byť označené šípkou, ktorá ukazuje, akým smerom by sa malo krytie odstrániť (obrázok 3).

Pri preväzoch by mali byť sledované zmeny v stave rany, so zápisom do dokumentácie. Kožné trhliny s nekrotickými zvyškami môžu vyžadovať debridement rany, ktorú by mal vykonať špecialista na rany. Dôležité je zhodnotiť aj príčinu poranenia a faktory ovplyvňujúce hojenie rany (9). Starostlivosť o kožné trhliny by mala zahŕňať systematický a celostný prístup k pacientovi. Proces hojenia kožných trhlín v mnohých prípadoch prechádza do chronického štádia. Kožné trhliny môžu vzniknúť kdekoľvek na tele, najviac kožných trhlín nájdeme na končatinách tela. U polymorbídnych pacientov s dehydratáciou, malnutríciou, oslabenou imunitou a pod. môže byť hojenie sprevádzané infekciou v rane (9).

Pre správne hojenie kožnej trhliny je dôležitý výber obväzového materiálu. Liečbu rany môže zlepšiť vlhká terapia, ktorá podporuje rast buniek, chráni spodinu i okolie rany, zvláda exsudát a prípadnú infekciu. Vlhká terapia by mala skracovať čas hojenia, potrebu výmeny krytia a taktiež minimalizovať bolesť pri preväze (tabuľka 1). Zároveň je potrebné uviesť, ktorým z krycích materiálov je vhodné sa vyhnúť. Neodporúča sa použitie klasických náplasťových krytí, fólií, alebo hydrokoloidov, pre ich vysokú priľnavosť, čo môže viesť k poškodeniu kože pri ich odstraňovaní (20).

Súčasťou manažmentu ošetrovania kožných trhlín je **dokumentácia**. Protokol ošetrovania kožných trhlín by mal obsahovať: 1) typ kožnej trhliny (hodnotiaci nástroj ISTAP), 2) príčiny vzniku – a) vonkajšie: počas mobilizácie na lôžku, trauma z tupého nárazu, pád, poranenie náplasťou, nepokojný pacient počas odporu, neznáme a iné; b) vnútorné: senilná purpura, ekchymóza, hematóm, prítomnosť edému, neschopnosť samostatne sa premiestniť, farmakoterapia (lokálne alebo systémové použitie steroidov, antikoagulanciá, chemoterapeutické látky a iné), súbežne existujúci dekubit, inkontinencia (moču, stolice); 3) posúdenie rany/kožnej trhliny: lokalizácia (napr. ruka, rameno, predkolenie, chodidlá; hlava, tvár, brucho, bedro, sedacia časť, hrudník, perineum, chrbát

Tabuľka 1. Odporúčania pre výber terapeutického krytia

Produkt/ kategória*	Indikácie	Typ kožnej trhliny**	Odporúčania
Neadherentné sieťové krytie	suchá alebo exsudatívna rana	1, 2, 3	Pôsobí na povrchu rany s nízkou priľnavosťou, chráni spodinu rany, tvorí ochrannú bariéru medzi ranou a sekundárnym obväzovým materiálom, umožňuje exsudátu preniknúť až do sekundárneho krytia, je potrebný sekundárny krycí obväz, atraumatické odstránenie, znižuje bolesť pri preväze. Kontraindikáciou sú vysoko secernujúce a infikované rany.
Hydrogély	na suché rany	2, 3	Použitie aj v rámci autolytického debridementu rany s nízkym obsahom exsudátu. Svoje uplatnenie nachádzajú najmä z dôvodu rehydratácie spodiny rany. Je potrebný sekundárny krycí obväz. Majú analgetický účinok. Medzi nevýhody hydrogélov patrí výmena krytia – t. j. 72 hodín v závislosti od množstva exsudátu. Môžu sa kombinovať s iným krytím, ako sú algináty, či antiseptické krytia a filmové krytia, ktoré obsahujú transparentnú polyuretánovú, polymérovú či hydropolymérovú membránu.
Polyuretány	neinfikované rany, rany s miernou exsudáciou	2, 3	Obsahujú vysoko absorpčnú polyuretánovú mäkkú penu. Krycia vrstva je pórovitá, odvádzajú exsudát z rany. Niektoré sú so silikónom (silikónové krytia), najmodernejšie z nich sú označené ako hydropolyméry (polyméry s hydrofilným účinkom). Krytie je nepriepustné pre baktérie a vodu, zaisťuje ochranu pred kontamináciou rán. Odporúčaná doba ponechania na rane je 2 – 7 dní v závislosti od množstva exsudátu.
Calcium-alginát	stredný až silný exsudát	1, 2, 3	Obsahujú morské riasy, ktoré majú hemostyptický účinok, využívajú sa najmä v rámci debridementu a podpory granulácie, aplikujú sa pri infikovaných ranách s podminovanými okrajmi. Kontraindikáciou je použitie na suché rany a rany s miernym exsudátom, kvôli priľnutiu k spodine rany a jej následnej traumatizácii. Potrebný je sekundárny obväz.
Hydrofibres	stredný až silný exsudát	2, 3	Technológia hydrovlákna, mäkký, absorpčný materiál, ktorý sa pri kontakte s tekutinou z rany premieňa na gél a tým vytvára optimálne prostredie pre hojenie rán. Môže vysušiť spodinu rany, ak je nedostatočný exsudát. Je potrebný sekundárny obväz.
Špeciálne opatrenia pre infikované kožné trhliny a u pacientov kolonizovaných napr. MRSA, baktériami G+, G-, VRE			
3 % povidon jód, striebro, chlórhexidín, polyhexanid, manukový med	účinný širokospektrálny antimikrobiálny účinok vrátane účinku na organizmy rezistentné na antibiotiká, na rany so suchou spodinou alebo stredne secernujúce rany	1, 2, 3	Kontraindikované u pacientov s alergiou na striebro/jód. Indikované sú pri podozrení alebo potvrdení lokálnej alebo hlbokej infekcie. Dostupné sú rôzne aplikačné formy gély, transparentné fólie, gázové krytia, peny, sieťky.

**Uistite sa u výrobcu, že produkty, ktoré idete aplikovať na ranu boli overené na použitie u detí a dospievajúcich, že produkty nepredstavujú riziko systematickej alebo tkanivovej toxicity pri použití na nezrelej pokožke, že všetky produkty sú pri odstraňovaní atraumatické.*
***podľa ISTPA klasifikácie*

a iné, vpravo/vľavo), veľkosť, dĺžka, šírka, hĺbka, spodina, prítomnosť exsudácie, zápach, okraje a okolie; 4) záznam o ošetrovaní rany; 5) posúdenie priebehu hojenia rany (napr. pomocou modelu TIME.) TIME manažment využívame aj v samotnom manažmente ošetrovania rany. TIME je akronym, ktorý predstavuje štyri hlavné komponenty prípravy spodiny rany. Tieto komponenty sú manažment tkaniva (T = *tissue management*), infekcie a inflamácie (I = *infection and inflammation control*), exsudácie (vlhkosti, M = *moisture balance*) a okrajov rany (E = *epithelial edge advancement*). **Štruktúra TIME zahŕňa komplexné stratégie liečby, maximalizuje potenciál fyziologického procesu hojenia. Účinok TIME manažmentu spočíva v odstránení starých a abnormálnych buniek, redukcii bakteriálnej záťaže, znížení objemu exsudátu, zvýšení tvorby zdravého granulačného tkaniva a podpore a ochrane novovzniknutého tkaniva a epitelu.** TIME manažment je založený na rozpoznaní prekážok v hojení a implementácii plánu liečby tak, aby boli tieto bariéry odstránené a podporilo sa tak hojenie rany (21).

Vedomostná úroveň a vzdelávanie profesionálov

Autori Hanne Van Tiggelen a kol. vytvorili špecifický hodnotiaci nástroj OASES (Skin Tears Knowledge Assessment Instrument), ktorý hodnotí vedomosti sestier o kožných trhlinách. Bol vyvinutý v roku 2020 v spolupráci s odborníkmi z International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP). Dotazník obsahuje 20 položiek, ktoré sú rozdelené do 6 domén: 1) Etiológia (3 položky); 2) Klasifikácia a pozorovanie (4 položky); 3) Hodnotenie rizika (2 položky); 4) Prevencia (6 položiek); 5) Liečba (4 položky); 6) Špecifické skupiny pacientov (1 položka). Každá položka má formulovaných 5 možností odpovede (jedna správna odpoveď, tri alternatívne možnosti odpovede a jedna možnosť odpovede „neviem odpovedať", aby sa respondenti vyhli hádaniu odpovede. Pri testovaní dotazník preukázal dobré psychometrické vlastnosti (n = 387 sestier v 37 krajinách sveta). Skúmala sa jeho obsahová, konštruktová validita, validita testových položiek s výberom odpovedí a spoľahlivosť testu - retestu (stabilita). Obsahová validita CVI= 0,90 – 1.00; náročnosť položiek (p-hodnota) v rozmedzí 0,24 – 0,94; kvalita alternatívnych odpovedí v rozmedzí 0,01 – 0,52 a diskriminačný index 0,19 – 0,77. Korelačný koeficient pri opakovanom testovaní bol 0,83 pre celý nástroj a v jednotlivých doménach sa pohyboval od 0,72 – 0,85. Cohenove koeficienty Kappa jednotlivých položiek boli v rozmedzí 0,21 – 0,74 (22).

Záver

Kožné trhliny sú významným zdravotným problémom v akútnej ale aj v dlhodobej starostlivosti. Diagnostiku kožných trhlín aj s použitím hodnotiaceho nástroja, manažment prevencie a ošetrovania môžeme označiť v našich podmienkach za podceňovanú až nerealizovanú. Od správneho posúdenia sa odvíjajú správne ošetrovateľské postupy. Dôležité je sústavné vzdelávanie zdravotníkov o starostlivosti o pergamenovú kožu, o prevencii vzniku kožných trhlín a správnom postupe ošetrovania. Prevencia je považovaná za jednu z najlepších stratégií, ktorú dosiahneme zavedením spoľahlivých a jednoduchých postupov. Pri dodržiavaní preventívnych odporúčaní môže byť riziko vzniku kožných trhlín minimalizované a pacienti sa môžu vyhnúť nielen bolestivým symptómom, ale aj komplikáciám, ako je napríklad infekcia. V slovenskej praxi by bolo vhodné zamerať sa na nedostatky, medzi ktoré sa môže radiť napríklad používanie nevhodných terapeutických materiálov, zamerať by sme sa mali na používanie klasifikácie ISTAP, implementáciu medzinárodných štandardov starostlivosti o pergamenovú kožu a kožné trhliny.

Autorky čestne vyhlasujú, že nemajú žiadny potenciálny konflikt záujmov.

Literatúra

1. Amin R, Rancan F, Hillmann K, et al. Effects of a leave-on product on thestrength of thedermoepidermaljunction: Anexploratory, intraindividual, randomizedcontrolled trial in olderadultswithdry skin. Health Science Reports. 2024;7(3):1-11.
2. LeBlanc K, Baranoski S, Christensen, D, et al. The Art of DressingSelection A ConsensusStatement on Skin Tears and Best Practice. Advances in Skin &WoundCare. 2016;29(1):32-46.
3. LeBlanc K, Campbell KE, Wood E, et al. Best Practice Recommendation for the Prevention and Management of Skin Tears [online]. Foundation of Best Practicefor Skin and Wound Management. A supplement of Wound Care Canada 2017 [cit. 2025-10-28]. Dostupné na internete: https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/552--bpr-prevention-and-management-of-skin-tears/file.
4. VanTiggelen H, Beeckman D. Skin tearsanno 2022: An update on definition, epidemiology, classification, aetiology, prevention and treatment. Journal of Wound Management. 2022;23(2):38-51.
5. LeBlanc K, Baranoski S. Skin tears: Finallyrecognized. Advances in Skin & Wound Care. 2017;30(2):62-63.
6. Wounds UK, 2020. Best PracticeStatement: Management of lowerlimb skin tears in adults [online]. [cit. 2025-10-28]. Dostupné na: https://wounds-uk.com/wp-content/uploads/2023/02/9ec79295c0614f25f48e636b0b0ebc6e.pdf.
7. Valley T, Wessex ODN Governance Group. Guideline for Neonatal Wound Care, 2019. [online]. [cit. 2025-10-28]. Dostupné na: https://www.piernetwork.org/uploads/4/7/8/1/47810883/neonatal_wound_care_guideline_final.pdf.
8. White R, Rodgers A, O´Connor L, et al. Paediatric wound care: neonates and infants. Wounds UK 2016;12(3):8-11.
9. Saibertová S, Pokorná A, Náhliková K, et al. Kožní trhliny. Praha: Grada, 2023. 88 s.
10. International skin tear advisory panel (ISTAP). ISTAP Skin Tear Classification, 2023. [online]. [cit. 2025-10-28]. Dostupné na: https://www.skintears.org/resources
11. VanTiggelen H, LeBlanc K, Campbell K, et al. Standardisingtheclassification of skin tears: validity and reliabilitytesting of the International Skin TearAdvisory Panel (ISTAP). ClassificationSystem in 44 countries. British Journal of Dermatology. 2020;183(1):146-54.
12. Hevia H, LilyRíos L, Bailey Ch, et al. Cultural adaptation and reliability of the ISTAP Skin Tear Classification System to Chilean Spanish. Journal of wound care North American. 2021;Suppl 30(5):S16-S22.
13. Cederholm T, Rothenberg E, Barazzoni RA. Clinically Relevant Diagnosis Code for "Malnutrition in Adults" Is Needed in ICD-11. The Journal of nutrition, health and aging. 2022;26(4):314-315.
14. Munro EL, Hickling DF, Williams DM, et al. Malnutrition is independently associated with skin tears in hospitalin patientsetting - findings of a 6-year point prevalence audit. International Wound Journal. 2018;15(4):527-33.
15. Rando T, Kang AC, Guerin M, et al. Simplifying wound dressing selection for residential aged care. Journal of Wound Care. 2018;27(8):504-511.
16. Paulis SJC, Everink IHJ, Halfens RJG, et al. Diagnosing dehydration in the nursing home: international consensus based on a modified Delphi study. European Geriatric Medicine. 2020;11(3):393-402.
17. Serra R, Lelapi N, Barbetta A, et al. Skin tears and risk factors assessment: A systematic review on evidence-based medicine. International Wound Journal. 2018;15(1):38-42.
18. Rayner R, Carville K, Leslie G. Defining age-related skin tears: a review. Wound Practice and Research. 2019;27(3):135-143.
19. McInulty L. Prevention and management of skin tears in older people. Emergency Nurse. 2017;25(3):32-39.
20. Campbell KE, Baronoski S, Gloeckner M, et al. Skin tears: Prediction, prevention, assessment and management. Nurse Prescribing 2018;16(12):600-607.
21. Hlinková E, Nemcová J, Huľo E. Management chronických ran. Praha: Grada, 2019. 223 s.
22. Van Tiggelen H, Alves P, Ayello E, et al. Development and psychometric property testing of a skin tear knowledge assessment instrument (OASES) in 37 countries. Journal of Advanced Nursin.g 2021;77(3):1609-1623.

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

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)

Keď sa prognóza, ktorú sme vyslovili, nenaplní

MUDr. Veronika Jandová, MUDr. Mária Jasenková
PLAMIENOK n.o., Bratislava

Detská domáca paliatívna starostlivosť sa čoraz častejšie stará o deti s raritnými neonkologickými diagnózami s neistou prognózou, pri ktorých je predpovedanie dlhodobého vývoja ochorenia mimoriadne náročné. Prinášame kazuistiku dieťaťa s Aicardi–Goutièrovým syndrómom, ktorého prognóza bola nemocničným tímom hodnotená ako veľmi nepriaznivá, s odporúčaním zamerať sa na comfort care. Po prepustení do domácej paliatívnej starostlivosti došlo však k postupnej klinickej stabilizácii dieťaťa s relatívne stabilnou prognózou quo ad vitam a teda prechodom na život predlžujúcu liečbu. Kazuistika poukazuje na dôležitosť citlivej komunikácie ohľadom neistej prognózy dieťaťa a potrebu spoločného stanovovania krátkodobých cieľov liečby vzhľadom na vývoj stavu dieťaťa. Nesprávne stanovená alebo neadekvátne komunikovaná prognóza môže totiž viesť k strate dôvery rodičov, ovplyvniť rozhodovanie o liečbe a v neposlednom rade zhoršiť kvalitu života dieťaťa.

Kľúčové slová: detská domáca paliatívna starostlivosť, neistá prognóza, stanovenie cieľov liečby, Aicardi–Goutièrov syndróm, komunikácia s rodičmi, sprevádzanie

When the prognosis we have made does not come true

Paediatric palliative home care increasingly cares for children with rare non-oncological diagnoses and uncertain prognosis, where predicting long-term disease progression is particularly challenging. We present a case report of a child with Aicardi–Goutières syndrome, whose prognosis was assessed by the hospital team as very unfavourable, recommending a focus on comfort care. After discharge to home palliative care, the child achieved clinical stabilisation with a relatively good prognosis quo ad vitam, allowing a transition to life-prolonging treatment. The case highlights the importance of sensitive communication regarding the child's prognostic uncertainty and the need for setting short-term treatment goals based on the child's evolving condition together with parents. An incorrectly estimated or inadequately communicated prognosis can indeed lead to parental loss of trust, influence treatment decisions, and ultimately worsen the child's quality of life.

Key words: paediatric palliative home care, prognostic uncertainty, treatment goal setting, Aicardi–Goutières syndrome, parent communication, accompaniment

Paliat. med. liec. boles., 2025;18(2e):64-66

Úvod

V dôsledku výrazného pokroku v medicíne sa v priebehu posledných dvoch desaťročí významne zmenilo spektrum pacientov v detskej paliatívnej starostlivosti. Klesá počet nevyliečiteľne chorých detí s nádorovým ochorením a postupne narastá podiel detí s neonkologickými diagnózami. Zároveň sa znižuje počet detí v terminálnom štádiu života (end-of-life care) a pribúdajú chronicky choré deti s komplexnou symptomatológiou.

V úvodných rokoch činnosti Detského hospicu Plamienok, založeného v roku 2002, tvorili deti s onkologickým ochorením približne 60 – 75 % prijímaných pacientov. V roku 2024 bolo do domácej paliatívnej starostlivosti Plamienka prijatých celkovo 31 detí, z ktorých 25 (80 %) trpelo nevyliečiteľným neonkologickým ochorením. 15 detí zomrelo v domácom prostredí. Zo starostlivosti v režime 24/7 boli prepustené 4 deti a 7 detí bolo preradených do režimu monitoringu. Cieľom monitoringu je udržiavať kontakt s rodinou prostredníctvom online konzultácií a v prípade zhoršenia stavu dieťa opätovne prijať do režimu 24/7.

Komunikácia s rodičmi pri nejasnej diagnóze a/alebo neistej prognóze

S narastajúcim počtom detí s neonkologickými ochoreniami čoraz častejšie prijímame pacientov s raritnými diagnózami a neistou prognózou, vrátane detí v závažnom stave, u ktorých ani dostupné diagnostické metódy neumožňujú stanoviť jednoznačnú diagnózu. Predpovedanie dlhodobého vývoja zdravotného stavu je v týchto prípadoch mimoriadne náročné a často sa ukáže, že priebeh ochorenia sa vyvinie odlišne, než sa pôvodne predpokladalo.

Nesprávne odhadnutá alebo nepresne komunikovaná prognóza môže viesť k strate dôvery rodičov v lekárov a zdravotnícky systém, čo následne ovplyvňuje aj komunikáciu medzi rodinou a paliatívnym tímom. Takáto situácia môže negatívne ovplyvniť rozhodovanie rodičov a viesť k menej vhodným voľbám v liečbe či starostlivosti, čo v konečnom dôsledku znižuje kvalitu a komfort života dieťaťa (2).

Neistota je základným atribútom života – a často aj detskej paliatívnej starostlivosti

V článku uvádzame kazuistiku dieťaťa s raritnou a závažnou diagnózou Aicardi–Goutièrovho syndrómu, ktorého prognózu ošetrujúci nemocničný tím hodnotil ako veľmi nepriaznivú. Na základe rozhovorov s rodičmi bolo dieťa odoslané do domácej paliatívnej starostlivosti s cieľom comfort care. Predpokladaná prognóza sa však nenaplnila. Po roku poskytovania 24-hodinovej domácej paliatívnej starostlivosti sme ju ukončili a prešli do režimu monitoringu.

Táto kazuistika poukazuje na potrebu spoločného stanovovania cieľov liečby a starostlivosti len na krátke časové obdobia (dni, týždne až mesiace), ich pravidelného prehodnocovania spolu

s rodičmi, ako aj na význam opakovanej, otvorenej komunikácie o týchto cieľoch a možných zmenách v priebehu starostlivosti. Neistota je základným atribútom života – a často aj detskej paliatívnej starostlivosti.

Kazuistika dieťaťa s diagnózou Aicardi–Goutièrovho syndrómu

Dieťa bolo z rizikovej gravidity a narodilo sa predčasne v 31. gestačnom týždni s pôrodnou hmotnosťou 1 250 g. Postnatálny priebeh bol komplikovaný opakovanými septickými stavmi, ktoré si vyžadovali prístrojovú podporu dýchania. CT mozgu preukázalo peri- a paraventrikulárnu leukoencefalopatiu, mozgovú atrofiu a prítomnosť kalcifikátov v mozgovom parenchýme.

Genetickým vyšetrením bola potvrdená diagnóza Aicardi–Goutiérovho syndrómu a následne bola začatá biologická liečba. Ide o interferonopatiu s poruchou RNA senzora, sprevádzanú nadmernou cytokínovou odpoveďou a komplexnou multiorgánovou zápalovou reakciou. Dominantným klinickým prejavom je progresívna encefalopatia typu leukodystrofie s postihnutím bazálnych ganglií centrálneho nervového systému (1).

Nemocničná starostlivosť

V prvom polroku života bolo dieťa dlhodobo hospitalizované. Jeho stav komplikovali opakované závažné respiračné infekcie a septické epizódy, ktoré si opakovane vyžadovali prístrojovú podporu dýchania. Počas hospitalizácie prebiehali pravidelné rozhovory s rodičmi o povahe ochorenia, jeho prognóze a možnostiach liečby.

Rodičom bola počas hospitalizácie ponúknutá biologická liečba JAK½ inhibítorom baricitinibom, ktorej cieľom bola stabilizácia zdravotného stavu, nie vyliečenie ochorenia. Dieťa bolo následne odporúčané do domácej paliatívnej starostlivosti hospicu Plamienok. Prognóza quo ad vitam bola hodnotená ako veľmi nepriaznivá. Na základe návrhu ošetrujúceho tímu rodičia súhlasili s limitáciou invazívnych zákrokov (napr. tracheostómia, PEG, umelá pľúcna ventilácia) v prípade zhoršenia klinického stavu a so zameraním liečby a starostlivosti na comfort care. Pri prepúšťaní matka vyjadrila želanie nerozširovať rozsah zdravotnej starostlivosti a v prípade kardiopulmonálneho zlyhania odmietla resuscitáciu.

Domáca paliatívna starostlivosť

Dieťa bolo prijaté do domáceho hospicu ako osemmesačné, s potrebou neinvazívnej ventilačnej podpory (NIV) v stabilizovanom klinickom stave. Spočiatku bolo ohrozené opakovanými závažnými respiračnými infekciami, kŕčmi a gastroezofageálnym refluxom. Všetky boli liečené v domácom prostredí neinvazívnym spôsobom. Postupne však došlo k stabilizácii klinického stavu a k zníženiu frekvencie infekcií.

Cieľ paliatívnej liečby a starostlivosti sme pravidelne prehodnocovali spolu s rodičmi, ktorí očakávali včasné úmrtie dieťaťa a pri každom zhoršení klinického stavu uvažovali o jeho smrti. Z comfort care sme sa postupne posunuli do život predlžujúcej liečby bez invazívnych zákrokov. Prijatie zmeny tejto perspektívy bolo pre rodičov náročné.

Po roku poskytovania špecializovanej domácej paliatívnej starostlivosti bolo dieťa hodnotené ako klinicky stabilné, s relatívne stabilnou prognózou quo ad vitam. Včasné nasadzovanie antibiotickej liečby významne znížilo riziko hospitalizácie. Rodičom sme odporučili pravidelné kontroly v špecializovaných ambulanciách (pneumologickej, neurologickej a urologickej). Keďže klinický stav dieťaťa nevyžadoval pravidelné návštevy špecializovaného paliatívneho tímu, po dohode s rodičmi sme sa rozhodli preradiť ho do režimu monitoringu – teda pravidelných online konzultácií so zameraním na sledovanie vývoja klinického stavu. V prípade jeho zhoršenia je plánovaný návrat dieťaťa do režimu intenzívnej domácej paliatívnej starostlivosti (24/7).

Komunikácia a sprevádzanie rodičov

Rodičia odchádzali z nemocnice s presvedčením, že dieťa nebude dlho žiť, a uprednostňovali comfort care bez snahy o predlžovanie života. Naša komunikácia bola zameraná na postupné stanovovanie krátkodobých cieľov a priebežné prehodnocovanie zdravotného stavu. Viedli sme opakované rozhovory o kvalite života a o možnostiach jeho predlžovania či nepredlžovania, pri ktorých sa spočiatku objavovali nezhody vyplývajúce z rodičovských očakávaní formovaných počas hospitalizácie. Rodičia opakovane vyjadrovali frustráciu z rozdielu medzi tým, na čo ich v nemocnici pripravovali, a aktuálnym stavom dieťaťa, ktorý bol stabilnejší, než očakávali. Postupne sme však spoločne dospeli k zjednoteniu pohľadu na relatívne dobrý a stabilný stav dieťaťa, čo viedlo k jeho preradeniu do režimu monitoringu s pravidelnými online konzultáciami. V prípade zhoršenia zdravotného stavu je možný návrat do režimu nepretržitej (24-hodinovej) domácej paliatívnej starostlivosti.

Stratégia komunikácie cieľov liečby a prognózy

Komunikácia s rodičmi v situácii, keď je život ich dieťaťa ohrozený, je náročná a vyžaduje trpezlivosť, citlivosť a dostatok času – najmä pri nejasnej prognóze. Rodičia sa líšia v tom, koľko informácií potrebujú a ako podrobne ich chcú poznať. Niektorí si želajú byť pripravení na všetky možné scenáre a vývojové alternatívy, zatiaľ čo iní sa radšej sústreďujú na prítomný okamih a dokážu riešiť len to, čo je nevyhnutné.

Prispôsobenie spôsobu a tempa komunikácie individuálnym potrebám rodičov je kľúčové pre nadviazanie dôvery, efektívnu spoluprácu a kvalitu následnej starostlivosti. V prípade, že prognóza je neistá, je potrebné túto neistotu s rodičmi opakovane zdieľať a prebrať všetky scenáre vývoja zdravotného stavu (3, 4).

Stanovenie cieľov liečby pri neistej prognóze – usilovať sa o život, no zároveň rozpoznať bod zlomu a citlivo o ňom komunikovať

Pri neistej prognóze je dôležité spolu s rodičmi stanovovať ciele liečby len na kratšie obdobia. Príliš skorý prechod na paliatívnu liečbu v zmysle

comfort care môže viesť k skráteniu života dieťaťa a u rodičov vyvolať pocit, že zdravotnícky tím boj o život ich dieťa vzdal priskoro. Naopak, dlhodobé uprednostňovanie intenzívnej, kuratívnej liečby môže výrazne znižovať kvalitu a komfort života dieťaťa.

Nájdenie rovnováhy medzi týmito prístupmi – tzv. „*bod zlomu*" – závisí od skúseností, hodnotového rámca a subjektívneho vnímania lekára aj rodičov. Preto je vhodné vopred viesť otvorené rozhovory o možných komplikáciách a o preferenciách v krízových situáciách (napr. resuscitácia, zavedenie tracheostómie, PEG a pod.), pričom sa k týmto témam treba opakovane vracať podľa vývoja zdravotného stavu dieťaťa.

Tieto rozhodnutia zásadne ovplyvňujú ďalší život dieťaťa aj celej rodiny. Pri ich sprevádzaní je dôležité ponúknuť postoj, ktorý spája nádej s pripravenosťou: veríme v to najlepšie, no myslíme aj na najhoršie – aby sme boli pripravení na všetky situácie (5).

Záver

Nesprávne stanovená alebo neadekvátne komunikovaná prognóza môže viesť k strate dôvery rodičov v lekárov a zdravotnícky systém, čo následne zhoršuje kvalitu ďalšej komunikácie a môže negatívne ovplyvniť rozhodovanie o liečbe a starostlivosti o dieťa. Takáto situácia sa môže premietnuť aj do zhoršenia kvality života a komfortu samotného dieťaťa.

Vyslovenie prognózy má pritom významný dosah aj na kvalitu života rodičov. Pomáha, ak sa prognóza a liečebné ciele formulujú spoločne s rodičmi, zameriavajú sa na kratšie časové obdobie a sú priebežne prehodnocované podľa aktuálneho zdravotného stavu dieťaťa a nových okolností.

Autorky článku čestne vyhlasujú, že nie sú v nijakom konflikte záujmov.

Literatúra

1. Hofer MJ, Modesti N, Coufal NG, et al. The prototypical interferonopathy: Aicardi-Goutières syndrome from bedside to bench. Dostupné na: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11672868/
2. Montori VM, Ruissen MM, Hargraves IG, et al. Shared decision-making as a method of care. Dostupné na: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10423463/
3. Turbitt E, Bourne M, McEwen A, et al. Parents' preferences for receiving and discussing prognostic genetic information regarding their children's neurodevelopmental condition: A qualitative study. Dostupné na: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dmcn.15830
4. Turbitt E, Callinan E, Shakes P, et al. Fostering Hope and Acknowledging Uncertainty: Meeting Parents' Needs and Preferences When Communicating Prognosis in Genetic Neurodevelopmental Conditions. Dostupné na: https://link.springer.com/article/10.1007/s40474-024-00291-1
5. Paediatric Palliative Care Australia and New Zealand: Palliative Care Australia A practical guide to palliative care in pediatrics. Dostupné na: https://paediatricpalliativecare.org.au/wp-content/uploads/dlm_uploads/2023/11/A-Practical-Guide-to-Palliative-Care-in-Paediatrics-4th-Edition-16112023.pdf

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



Predstavujeme Hospic sv. Alžbety v Ľubici

ThDr. PaedDr. Bohumír Živčák, PhD.
riaditeľ hospicu

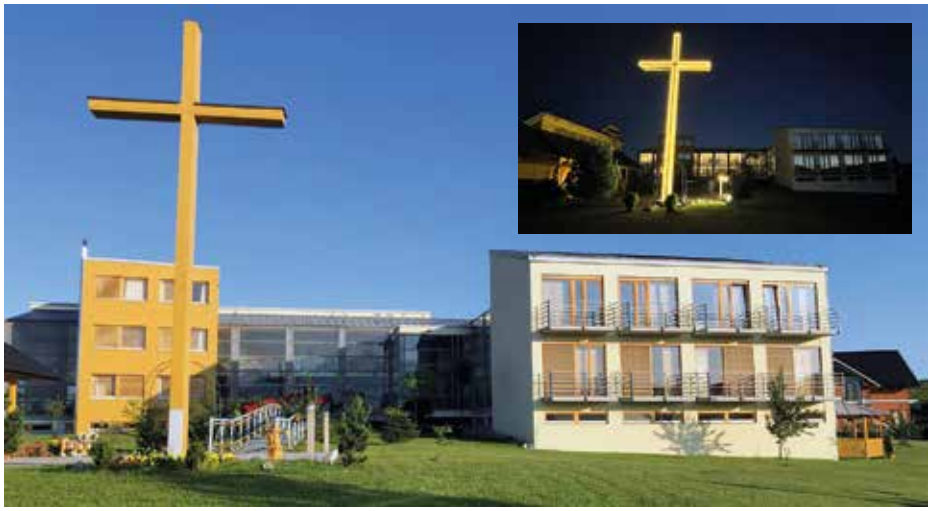
Paliat. med. liec. boles., 2025;18(2e):67-68

Hospic sv. Alžbety v Ľubici vznikol ako zdravotnícke ústavné zariadenie Spišskej katolíckej charity (SpKCH) ako odpoveď na akútne potreby paliatívnej a hospicovej starostlivosti v regiónoch Spiša, Šariša, Liptova, Oravy a Gemeru v roku 2005, keď sme začínali spolu s hospicom Sv. Matky Terezy v Bardejovskej Novej Vsi ako pionieri v menovanej oblasti.

Sme cirkevnou organizáciou, ktorá spája charitatívnu službu katolíckej cirkvi s profesionálnou zdravotníckou službou.

Vízia hospicu, ktorá začala výberom miesta (pod Tatrami), výberom architektov, ktorí navrhli budovu roka 2005 s cenou za architektúru a pokračovala procesmi vytvárania zmlúv a dohôd so zdravotnými poisťovňami a verejnou správou v regióne sa podarila zrealizovať do podoby, ktorá spĺňala a stále spĺňa európsky štandard.





Toto všetko vytvára výnimočné prostredie pre starostlivosť o terminálnych pacientov po všetkých stránkach. Spolupráca s kňazmi a rehoľnými spoločenstvami zabezpečuje duchovný rozmer fungovania hospicu na dennej báze.

Máme zmluvy so všetkými zdravotnými poisťovňami, ktoré hradia zdravotnícke služby hospicu. Ostatné služby sú hradené zo zbierok a darov.

Hospic má kapacitu 24 jednolôžkových izieb, ktoré sú plne vybavené a pripravené nielen pre pacienta, ale v prípade potreby aj pre príbuzného.

V roku 2024 sme poskytli komplexnú starostlivosť pre 121 pacientov a ich blízkych.

Zdravotnú starostlivosť zabezpečuje 5 lekárov (2 lekári sú na plný pracovný úväzok, 2 lekári sú na úväzok 0,2 a 1 lekár na úväzok 0,1), ďalej máme 11 zdravotných sestier a 20 praktických sestier, sanitárov a pomocných pracovníkov v zdravotníctve. Okrem tohto personálu zabezpečuje chod hospicu ešte ďalších 15 THP pracovníkov.

Rozvíjame sociálne služby aj prostredníctvom sociálnej pracovníčky, kvalifikovanej v odbore sociálna práca a v spolupráci so zariadeniami sociálnych služieb SpKCH.

Služby psychológa zabezpečuje klinická psychologička na úväzok 0,2 prezenčne aj online, pričom sa prevažne venuje zamestnancom hospicu a v prípade potreby aj konzíliám k pacientom a príbuzným. Aktuálne plánujeme zamestnať aj ďalšieho psychológa na plný úväzok.

Máme vlastnú kuchyňu, ktorá sa prispôsobuje diétnym požiadavkám pacientov a vlastnú práčovňu.

Koordinátor dobrovoľníkov sa stará o to, aby dobrovoľnícka služba v hospici napĺňala nielen potreby pacientov, ale aj požiadavky na bezpečnosť, profesionalitu a dlhodobú udržateľnosť tejto pomoci.

Odkaz na stránku hospicu:
https://caritas.sk/zariadenia/hospic-sv-alzbety

Na hory s Tribulom:
https://tvnoviny.sk/domace/clanok/666528-pomaha-tym-ktori-sa-uz-nemozu-nevyliecit-na-hory-s-tribulom-vysiel-laicky-misionar-bohus-zivcak

Rozhovor o umieraní:
https://youtu.be/xSPmb8yL1LU



Momentálne máme celkovo 33 zaškolených a zazmluvnených dobrovoľníkov (z toho 10 aktuálne aktívnych v hospici), trávenie času s pacientmi, modlitba, čítanie, rozhovory, pomocné práce v hospici (starostlivosť o kvety, umývanie okien, výpomoc v kuchyni, starostlivosť o záhradu a okolie).

Modernizácia budovy po dvadsiatich rokoch v roku 2024/2025 v rámci Plánu obnovy umožnila zefektívniť energetickú náročnosť objektu cez integrovaný systém fotovoltaiky, tepelných čerpadiel a plynového kúrenia.



Momentálne sme v etape stabilizácie personálu, ďalšieho zvyšovania kvalifikácie nášho zdravotníckeho personálu tak, aby sme mohli v budúcnosti rozšíriť svoje služby aj cez mobilný hospic, prípadne cez DOS.

Stále pokrývame rozsiahly región, kde je dostupnosť zdravotnej starostlivosti nedostatočná, na druhej strane sa nám podarilo nadviazať aktívnu a úzku spoluprácu s hospicmi naprieč celým Slovenskom, ale aj s odborníkmi a hospicmi v okolitých krajinách (Česká republika, Poľsko, Litva, Lotyšsko a Ukrajina).

Chceme neustále zlepšovať kvalitu našej služby tak, aby nikto z potrebujúcich nemusel hľadať pomoc beznádejne a aby tí, ktorí sú nám zverení do starostlivosti mohli prežiť v našom hospici plnosť života, ktorý im ostáva v prostredí, ktoré je viac domovom ako nemocnicou.

Fundraising je ďalšou z priorít fungovania hospicu do budúcnosti. Snažíme sa o zbierky v rámci charity, benefičné koncerty, prezentácie, individuálnych sponzorov.

V rámci vzdelávania máme dohody so strednými zdravotníckymi školami v okolí (Poprad, Levoča, Ružomberok) ako aj s Vysokou školou svätej Alžbety v Bratislave a Katolíckou univerzitou v Ružomberku v rámci ktorých u nás praxujú študenti zdravotníckych odborov.

S hlavným paliatológom Slovenska, MUDr. Andreou Škripekovou, pravidelne spolupracujeme na organizovaní vzdelávania v rámci hospicovej a paliatívnej starostlivosti.

ThDr. PaedDr. Bohumír Živčák, PhD.
Hospic sv. Alžbety
Sv. Alžbety 1, 059 71 Ľubica
bohumir.zivcak@caritas.sk

Predstavujeme Hospic Matky Terezy v Bardejovskej Novej Vsi

Mgr. Kamila Maxinová[1], PhDr. Bohuš Čepiga, PhD.[2]
[1]špecializovaný sociálny poradca
[2]vedúci hospicu

Paliat. med. liec. boles., 2025;18(2e):69-71

Hospic Matky Terezy – charitatívne dielo s veľkým poslaním

Hospic Matky Terezy je dôležitým zariadením pre slovenskú spoločnosť – predstavuje útočisko dôstojnosti pre nevyliečiteľne chorých. Poskytuje viac než len lekársku starostlivosť: je to miesto, kde sa kladie dôraz na lásku, pokoj, duchovnú podporu a sprevádzanie človeka v posledných dňoch jeho života. Nachádza sa v Bardejovskej Novej Vsi a je spravovaný Arcidiecéznou charitou Košice. Ide o prvý hospic tohto typu na Slovensku, ktorý bol uvedený do prevádzky 1. júla 2003. Myšlienka hospicu vznikla už v roku 1992 ako potreba charitatívneho zariadenia v Bardejove. Budova, kde dnes hospic sídli, bola predtým základnou školou, ktorú Charita dostala od cirkvi. Výstavba však nebola jednoduchá — pôvodný rozpočet sa výrazne zvýšil a projekt sa rozšíril vďaka pomoci zo zahraničia (Nemecko, Holandsko). Základný kameň bol posvätený v novembri 1997 a stavba bola dokončená s technickými aj finančnými výzvami.

Hospic sa zameriava na paliatívnu starostlivosť – jeho cieľom nie je uzdravenie a vyliečenie pacienta, ale zmiernenie bolesti a podpora kvality života v posledných dňoch života.

Poskytuje taktiež komplexnú 24-hodinovú zdravotnú a ošetrovateľskú starostlivosť s multidisciplinárnym tímom. Celý tím sestier, ošetrovateľov, zdravotného personálu a sociálneho pracovníka sa každý deň a noc stará o pacienta, jeho potreby, zmiernenie utrpenia, ale aj pomoc rodine. Hospic ponúka neobmedzené návštevy pre paliatívnych pacientov a psychologickú a duchovnú podporu, vrátane spolupráce s kňazmi a kaplnku Božieho milosrdenstva. Každý štvrtok máme v hospici sv. omšu, ktorú celebruje „náš“ hospicový kňaz vdp. Mgr. Marek Kreheľ, ktorý je zároveň aj dekanom vo farnosti sv. Egídia v Bardejove. Zariadenie má 24 lôžok v dvojposteľových izbách, bezbariérový prístup, terasu a záhradu.

Hospic Matky Terezy



Spomienková slávnosť



Poskytovanie pomoci a podpory rodinám

Hospic tiež podporuje príbuzných pacientov. Rodiny a blízki môžu byť aktívne zapojení, dochádza k návštevám a sprevádzaniu chorého až do posledných chvíľ. Príbuzných pacientov vieme ubytovať priamo v hospici, aby boli v tých posledných dňoch a chvíľach vždy na blízku svojmu príbuznému. Veľakrát aj ony potrebujú vypočuť, porozprávať sa alebo im postačí len úsmev od personálu, pretože aj toto nezištné gesto, veľakrát pomôže viac ako slová.

Okrem toho hospic umožňuje vypožičanie zdravotníckych pomôcok a prístrojov tým, ktorí si ich sami nemôžu dovoliť. Je jedinou sociálnou službou v blízkom okolí, ktorá umožňuje pomôcť na určitú dobu zariadiť domáce prostredie pomôckami, ktoré si vyžaduje klient v rámci svojho zdravotného stavu. Ide o výpožičku pomôcky, ktorá podlieha zmluve a zaučeniu odborným personálom pri jej manipulácii.

Fundraising a dobrovoľníctvo

Hospic je zároveň pod veľkým tlakom ako sa vyrovnať s rastúcim počtom žiadateľov, zaistiť stabilné financovanie a udržať kvalitu služieb. Potreba stabilnejších zdrojov, pretože náklady sú vysoké a úhrady od poisťovní nie vždy pokrývajú všetko. Potreba kvalifikovaného personálu i dobrovoľníkov, ktorí sú ochotní sa venovať ťažko chorým pacientom. Financovanie však aj naďalej predstavuje výzvu – napríklad len úhrady od zdravotných poisťovní sú často nedostatočné. Zmluvu máme so všetkými poisťovňami (VŠZP, Dôvera a Union). Z príspevkov darcov, cirkevných a charitatívnych organizácií sú pokryté náklady na malé opravy, ale aj bežný chod. Financie získavame taktiež aj z 2 % daní alebo z nášho OZ Matky Terezy. Dostupnosť hospicu a jeho kapacita málokedy postačujú, aj keď záujem rastie. Počet lôžok je limitovaný, čo obmedzuje možnosť prijatia všetkých potrebných.

Veľkým problémom pre realizáciu hospicovej filozofie je však u nás stále nedostatočná legislatíva, ale hlavne chýbajúce pochopenie potreby tejto služby. Je preto veľmi dôležité neustále zdôrazňovať potrebnosť tejto špecifikácie a komplexnej zdravotníckej starostlivosti a snažiť sa do jej financovania výraznejšie zapojiť aj štátne orgány.

Medzinárodná vedecká konferencia, ktorú organizujeme



Výstava fotografií



Prevádzka hospicu je výrazne závislá aj od dobrovoľníkov. Mnohí pracujú nad rámec bežnej pracovnej doby bez špeciálnej odmeny, pretože veria v poslanie tohto zariadenia. Dobrovoľníci chodia k nám v skupinách, individuálne alebo aj školy, s ktorými máme dlhoročnú spoluprácu. Počas dobrovoľníckych dní nám pomáhajú s údržbou exteriéru, aj pomoc v interiéri je vítaná. Pomáhajú nám pri vysádzaní pacientov, poskytnú im pomoc pri obslužných činnostiach, ale aj milé slovo a rozhovor pomôže.

Inšpiratívne momenty

Hospic organizuje aktivity na podporu povedomia o paliatívnej starostlivosti – napríklad bežci z hospicu sa zúčastnili Rímskeho maratónu 2025, aby upozornili na dôležitosť dôstojného sprevádzania zomierajúcich. Komunita zamestnancov, dobrovoľníkov a rodín pacientov vytvára silné vzťahy podpory a solidarity.

Spomienková slávnosť je zároveň aj spomienka na zosnulých, ktorý odišli do večnosti v Hospici Matky Terezy. Podľa správy z roku 2025 hospic sprevádzal „viac ako 70“ pacientov, ktorí boli v terminálnom štádiu ochorenia. Vedúca sestra hospicu Antónia Peregrimová uviedla, že pacienti neprichádzajú len v pokročilom veku – sú to aj mladší ľudia v produktívnom veku, čo poukazuje na univerzálnu potrebu hospicovej starostlivosti. Hospic nie je iba zdravotnícke zariadenie – je to miesto,

Dobrovoľníci





kde rodiny nachádzajú podporu, pokoj a duchovnú útechu. Tím hospicu opakuje, že sprevádzanie zomierajúcich zahŕňa nielen liečbu bolesti, ale aj silný sociálny, psychologický a duchovný rozmer. Ceremónie ako každoročné spomienkové slávnosti potvrdzujú, že hospic nie je len „pracovné miesto“, ale komunita ľudí, ktorí sa starajú o duševnú aj duchovnú podporu – pacientov aj ich rodiny.

Každoročne zabezpečuje i tradičné ekumenické vítanie Betlehemského svetla spolu s mestom Bardejov a bardejovskými skautmi, takmer vždy pre vyše 500 ľudí. Aj prostredníctvom týchto aktivít sa hospic a jeho zmysel dostávajú do povedomia širšej verejnosti. Hospic si vyslúžil uznanie, napríklad cenou primátora mesta Bardejov, Cenou Antona Neuwirtha od OZ Fórum života Bratislava, ale aj niekoľko skladieb od významných svetových hudobných telies, ako sú Royal Free Singers z anglického Windsoru či Virtuosi di Praga. Hlavná myšlienka hospicovej filozofie vychádza z úcty k životu, z úcty k človeku, ktorý je nenahraditeľnou a neopakovateľnou bytosťou. Jej úlohou je zmierniť nepatrné chápanie skutočnosti zomierania a vnímať zomierajúceho ako celistvú bytosť s udržaním čo najvyššej kvality jeho zostávajúceho života, s poznaním pravdy o blízkom konci, bez nesplniteľných sľubov, ale zároveň s uchovaním nádeje, ktorá vedie k uzdraveniu duše.

Poslanie a fungovanie

Poslaním hospicu je zachovávať ľudskú dôstojnosť, právo na život až po prirodzenú smrť, nepripustiť, aby človek trpel neznesiteľnou bolesťou, zmierňovať ťažkosti vyplývajúce z jeho diagnózy, zachovať, čo najlepšiu kvalitu jeho života, neopustiť ho v posledných chvíľach a rešpektovať jeho slobodné rozhodnutie pre zabezpečenie svojich duchovných potrieb. Multidisciplinárny hospicový tím zložený z odborníkov, ale i dobrovoľníkov zabezpečuje komplexnú ošetrovateľskú a paliatívnu starostlivosť. Poskytuje liečebný režim prispôsobený potrebám pacienta, poradenstvo pre jeho príbuzných a blízkych priateľov, voľné návštevné hodiny s prípadným pobytom rodinných príslušníkov v hospici, podmienky pre respitný pobyt a v neposlednom rade i duchovnú službu.

Zloženie nášho tímu je nasledovné:

- 8 lekárov špecialistov je na dohodu o vykonaní práce
- 2 lekári na PZ s úväzkom 0,1
- 3 lekári na PZ s úväzkom 0,2
- vedúci lekár hospicu s úväzkom na PZ 0,6

Troch lekárov máme aktuálne zaradených do špecializačnej atestačnej prípravy v odbore Paliatívna medicína.

- 9 sestier – 12-hodinové smeny
- 1 vedúca sestra – 40 hodín/týždenne
- 9 zdravotný personál a ošetrovatelia – 12-hodinové smeny
- 1 sociálna pracovníčka – 40 hodín/ týždenne
- 1 hospodárka – 40 hodín/ týždenne

+ technický úsek:

- 2 kuchárky – úprava jedla – 12-hodinové smeny
- 2 upratovačky – 12-hodinové smeny
- 2 práčovňa – 12 a 8-hodinová smena
- 1 údržbár + šofér

Hospic má 24 lôžok v dvojlôžkových izbách, bezbariérový prístup, terasu, záhradu, kaplnku Božieho milosrdenstva, spoločenské priestory a možnosť pobytu príbuzných. Tento model starostlivosti je holistický: multidisciplinárny tím (lekári, sestry, zdravotný personál, psychológovia, sociálny pracovník a duchovní) pomáha udržať dôstojnosť, zmierniť bolesť a byť blízko pacientovi až do konca.

Hospic Matky Terezy zostáva dôležitou súčasťou slovenského systému paliatívnej starostlivosti. Jeho aktivizmus – ako napríklad účasť na maratóne – pomáha zvyšovať povedomie verejnosti o potrebe dôstojného konca života. V marci 2025 sa zamestnanci a dobrovoľníci hospicu rozhodli spojiť šport s charitou – zúčastnili sa Rímskeho maratónu. Tím bol zložený zo zamestnancov hospicu, dobrovoľníkov a dokonca aj dekana farnosti. Ich účasť mala symbolický rozmer: pripomenúť verejnosti dôležitosť paliatívnej starostlivosti a dôstojného sprevádzania ľudí na konci života. Vedúci hospicu Čepiga zabehol celú trať (42,195 km) a priblížil, že maratón, rovnako ako práca v hospici, je o vytrvalosti, odhodlaní a empatii. Podujatie malo pre hospic aj duchovný význam – konalo sa počas Jubilejného roka 2025.

V roku 2024 v hospici strávilo svoje posledné dni 108 pacientov, z ktorých 73 zomrelo priamo v zariadení. Hospic eviduje veľmi rastúci záujem o svoje služby – je však problém, že nie všetci žiadatelia sa dostanú dovnútra, pretože ich ochorenie môže prebiehať veľmi rýchlo.

Nezabúdajme na to, že každý z nás raz možno bude potrebovať hospic. Veď nikto nechce odísť za zatvorenými dverami, zbytočný, sám...

Mgr. Kamila Maxinová
Hospic Matky Terezy
Pri štadióne 23, 085 01 Bardejov
kamila.maxinova@charita-ke.sk

Predstavujeme Hospic sv. Františka z Assisi v Palárikove

MUDr. Alena Kollárová
riaditeľka hospicu

Paliat. med. liec. boles., 2025;18(2e):72-73





Hospic sv. Františka z Assisi v Palárikove je zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktoré poskytuje komplexnú paliatívnu starostlivosť pacientom s nevyliečiteľným ochorením v konečnom štádiu. Našu starostlivosť poskytujeme od roku 2008.

Základný kameň hospicu požehnal pápež Ján Pavol II. Hospic prevádzkuje nezisková organizácia. Naším cieľom je zaistiť pacientovi paliatívnu liečbu a starostlivosť, ktorá je zameraná na kvalitu života, zmiernenie bolesti a ostatných telesných a duševných symptómov ochorenia, zachovanie dôstojnosti pacienta a rešpektovanie jeho prianí. Rodine a blízkym osobám sa snažíme pomôcť a podporiť ich v sprevádzaní pacienta a podporovať pozostalých po smrti pacienta.

O pacientov v hospici sa starajú pracovníci multidisciplinárního tímu, v ktorom sú lekári, zdravotné sestry, sociálny pracovník, duchovný, opatrovatelia, rehabilitačný pracovník a dobrovoľníci.

Do hospicu prijímame pacientov s ukončenou aktívnou onkologickou alebo kauzálnou liečbou, keď bol ošetrujúcim lekárom odporučený paliatívny symptomatický prístup, s nevyliečiteľnými príznakmi sprevádzajúcimi ochorenie – napr. dýchavica, bolesť, zvracanie; ďalej pacientov, o ktorých sa nie je možné postarať v domácom prostredí a preto lôžkový hospic má svoju nezastupiteľnú úlohu vo chvíli, keď zomierajúci človek nemôže z rôznych dôvodov, ani s odbornou pomocou prežiť svoje posledné dni doma, a pritom chce zomrieť dôstojne, bez zbytočných bolestí.

Hospic má 23 lôžok, rozmiestnených v jednoposteľových a dvojposteľových izbách.

Hospic je situovaný v trojpodlažnej budove. Snažíme sa, aby interiér hospicu bol domácky a prívetivý.

Spoločné zdieľanie a užívanie si „bežného života“ v hospici patrí medzi špecifiká starostlivosti. Pacientom sú umožnené vychádzky na terasu. Priestor na terase využívame na rôzne podujatia, napr. na vystúpenie detí zo Základnej školy s materskou školou Karola Strmeňa v Palárikove. Hospic je bezbariérový a pacienti môžu využívať altánok s priľahlým parčíkom.



Pacienti majú k dispozícii knižnice s knihami rôznych žánrov.

To, že je človek ťažko chorý neznamená, že sa nechce smiať spolu s priateľmi. Preto sme všetkým nablízku a snažíme sa zaistiť pacientom spoločenský kontakt a pripravujeme pre pacientov aktivity, ktoré prinášajú pozitívne zážitky a inšpirácie, ktoré pacientom pomáhajú prekonávať často veľmi ťažké utrpenie. Všetkých aktivít sa pacienti zúčastňujú dobrovoľne, vždy s vedomím ošetrujúceho personálu a s ohľadom na aktuálny zdravotný stav.

Čas každého človeka je rozdelený dôležitými sviatkami a míľnikmi ako sú životné jubileá, Vianoce, veľkonočné









sviatky a ďalšie malé rodinné oslavy. Najmä v chorobe sú slávnosti a sviatky dôležité, pretože dávajú životu nové impulzy, oslavy pacientov spájajú s tým, čo prežívali v týchto dňoch v detstve alebo v nedávnej minulosti. Práve v chorobe, keď jeden deň môže byť rovnaký ako druhý deň a všetky dni sa niekedy pomaly míňajú a pacient ani nevie, či je deň alebo noc, práve oslava alebo spomienka na sviatok môže pacienta veľmi povzbudiť, čo chceme dopriať i našim pacientom. Na izbách pacientov slávime vianočné i veľkonočné sviatky. V decembri chodí Mikuláš a anjel s čertom. Tiež cez rok vieme, kedy má pacient narodeniny a pripravíme oslávencovi milú pozornosť.

Rešpektujeme človeka s jeho obavami, konaním a meniacimi sa potrebami. Snahou našej starostlivosti je zaistiť pacientovi, ktorý prechádza rôznymi fázami svojej choroby, ovzdušie empatie, úcty a porozumenia.

Spiritualita človeka dostáva v chorobe často úplne nový rozmer. Choroba a záver života prinášajú nové pohľady na život i na smrť, nové duchovné potreby. Rešpektujeme jedinečnosť každého pacienta i s jeho náboženským vyznaním a štýlom duchovného života.

Podporujeme udelenie sviatostí, a to predovšetkým sviatosti eucharistie a pomazania chorých. Pre niekoho môže byť oporou lekár, sestra alebo rodinné zázemie, inému slúži ako opora rozhovor s kňazom. Duchovná služba v našom hospici je individuálna. Do hospicu prichádza denne katolícky kňaz, ďalej sú v hospici slúžené omše, ktorých sa pacienti zúčastňujú na vlastnú žiadosť. Na svätú omšu je možné sa dostať s invalidným vozíkom alebo posteľou. Slávnosť Najsvätejšieho Kristovho Tela a Krvi oslávili veriaci obce spolu s pacientmi hospicu v budove hospicu, kde bolo prvé zastavenie sprievodu s Najsvätejšou sviatosťou v monštrancii. Je to mimoriadne krásna a vzácna slávnosť, kde si uctievame Eucharistiu, ktorú ustanovil Pán Ježiš pri Poslednej večeri vo štvrtok Veľkého týždňa. Táto slávnosť je pripomienkou obsiahnutého Božieho dobrodenia, tiež ako vďaka za obsiahnutú Božiu pomoc.

Na žiadosť pacienta kedykoľvek kontaktujeme duchovného akejkoľvek cirkvi alebo náboženstva.

Súčasťou hospicu je administratíva, správa budovy a vedenie hospicu.

Po úmrtí pacienta zapisujeme meno pacienta do Knihy živých a spolu s pozostalými sa členovia hospicového tímu stretávajú na zádušnej svätej omši.

Hospic je členom Asociácie hospicovej a paliatívnej starostlivosti Slovenska, ktorá zastrešuje lôžkové a mobilné hospice. Spolupracujeme so Slovenskou spoločnosťou paliatívnej medicíny.

„Začnite tým, že urobíte to,
čo je potrebné,
potom to, čo je možné,
a zrazu urobíte aj nemožné.“

František z Assisi

MUDr. Alena Kollárová
Slovenská 11, 941 11 Palárikovo
hospicpalarikovo@gmail.com

Predstavujeme Hospic – dom pokoja a zmieru u Bernadetky v Nitre

MUDr. Leona Šóthová
koordinátorka hospicovej starostlivosti

Paliat. med. liec. boles., 2025;18(2e):74-75

Zriaďovateľom a prevádzkovateľom hospicu je Diecézna charita Nitra. Diecézna charita Nitra je členom konfederácie verejných združení Slovenskej katolíckej charity a v zmysle Kódexu kánonického práva je účelovým zariadením katolíckej cirkvi. Diecézna charita Nitra bola zriadená 1. 1. 1996 nitrianskym diecéznym biskupom. Hospic – dom pokoja a zmieru u Bernadetky v Nitre je zdravotným a sociálnym programom Diecéznej charity Nitra. Bol otvorený v sobotu 10. februára 2007 ako prvý hospic na území Nitrianskeho samosprávneho kraja.

Hospic má aktuálne vo svojej štruktúre nasledujúce zložky:

- Lôžkové oddelenie – 15 lôžok pre pacientov na 10 izbách
- Mobilný hospic
- Algeziologická ambulancia







Personálne obsadenie hospicu

Odborný garant: MUDr. Kristína Kroftová, špecializácia lekára paliatívna medicína (do 26. 12. 2025). Dočasný odborný garant MUDr. Ingrid Garajová

Lekári: MUDr. Leona Šóthová, špecializácia lekára paliatívna medicína

MUDr. Ingrid Garajová, špecializácia lekára algeziológia

Yana Struk, lekár

Lekár na oddelení je prítomný denne v riadnom pracovnom čase (7 – 15 hod), soboty, nedele a sviatky je lekár v pohotovosti. Lekár v pohotovosti na lôžkovom oddelení je súčasne pohotovostným lekárom pre mobilný hospic.

Ošetrovateľstvo: Mgr. Michaela Gardošová, vedúca sestra hospicu a sestra v mobilnom hospici

Katarína Balušíková, staničná sestra

Sestry lôžkového oddelenia: o našich pacientov sa v nepretržitej prevádzke stará 5 sestier, 4 praktické sestry, 2 sanitárky a 2 opatrovateľky. Menované pozície sú obsadené kmeňovými zamestnancami na plný úväzok. V prípade potreby máme zmluvne zabezpečených ďalších zamestnancov na dohodu.



Ostatné služby, aktivity

1. Sociálny úsek

V hospici vykonávame akreditovanú pracovnú činnosť – špecializované sociálne poradenstvo. V zmysle zmluvy s UNSK je toto poradenstvo čiastočne hradené zo zdrojov NSK. ŠSP zahŕňa prácu s klientom/pacientom, jeho príbuznými a následne s pozostalými.

Odborný garant špecializovaného sociálneho poradenstva: Mgr. Lucia Bosáková

2. Duchovné sprevádzanie

Od vzniku nášho hospicu duchovnú službu zabezpečujú štyria bratia









Salvatoriáni, ktorí sa striedajú v službe u našich pacientov, príbuzných a pozostalých, ako aj u personálu spolu s ostatnými kňazmi biskupského úradu. Sv. omša sa v kaplnke hospicu koná 2x týždenne a to vo štvrtok a v nedeľu, raz mesačne je výročná omša za zomrelých pacientov v kamennom a mobilnom hospici za uplynulý mesiac, a raz ročne začiatkom novembra je sv. omša za pacientov v našej starostlivosti, ktorí nás opustili v uplynulom roku. Do tímu tiež patrí naša katechétka.

3. Dobrovoľnícka služba

Aktuálne v hospici pôsobí 40 dobrovoľníkov. Ide o dobrovoľníkov Maltézskej pomoci Slovensko, ako aj dobrovoľníkov priamo pôsobiacich v hospici. Z toho 11 dobrovoľníkov je vyškolených na sprevádzanie pacientov, ostatní pôsobia napríklad na vrátnici, pomáhajú pri údržbe budovy, areálu, záhrady a podobne. Výber dobrovoľníkov prebieha 1x ročne, je viacstupňový. Vybraní dobrovoľníci musia následne prejsť vstupným školením a následne 1x za 3 mesiace sa zúčastnia podporných stretnutí.

V poslednom čase je záujem o dobrovoľníctvo v hospici aj z programov firemného dobrovoľníctva, alebo z programu DofE.

4. Organizovanie vzdelávania

Hospic je školiacim pracoviskom Fakulty sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre v študijnom odbore ošetrovateľstvo a sociálna práca, psychológia.

Financovanie hospicu

Zdravotná starostlivosť je hradená na základe verejného zdravotného poistenia. Aktuálna výška úhrady za lôžkodeň je 230 €. Hospic a jeho organizačné zložky sú zmluvným partnerom všetkých zdravotných poisťovní (24, 25, 27).

Vybrané štatistické a ekonomické údaje za rok 2024 kamenný hospic

- Počet pacientov ústavnej hospicovej starostlivosti 150
- Počet ošetrovacích dní – lôžkodní 3 383
- Náklady za rok – ústavná starostlivosť 729 740,13 €
- Náklady na 1 pacienta a deň (lôžkodeň) 215,71 €
- Príjmy za výkony od zdravotných poisťovní celkom 340 911,09 €
- Priemerné príjmy od zdravotných poisťovní na pacienta a deň 100,76 €

Vybrané štatistické a ekonomické údaje za rok 2024 mobilný hospic

- Počet pacientov mobilného hospicu 71
- Počet návštev lekára a zdravotnej sestry 168
- Počet návštev zdravotnej sestry 33
- Náklady na mobilný hospic 10 305,27 €
- Príjmy od zdravotných poisťovní 9 763,12 €
- Dotácie: V roku 2025 nám bola pridelená dotácia z mesta Nitra 42 000 eur a z UNSK 40 000 eur
- Ostatné údaje na rok 2025 ešte nie sú spracované.
- Dary: Z príspevkov a darov fyzických a právnických osôb je hradená nadštandardná starostlivosť a to napríklad vyšší počet personálu v dennej smene ako ukladá vyhláška, nadštandardné vybavenie pacientskych izieb (televízor, klimatizácia), nadštandardný hygienický režim, nelimitované množstvo zdravotníckych pomôcok, doplatky za lieky, sociálne služby, voľné parkovanie, bezpoplatkové vystavovanie potvrdení pre rôzne účely a pod.

Plán obnovy a odolnosti: komponent 13

V roku 2024 bol Mobilnému hospicu schválený projekt z Plánu obnovy a odolnosti, v rámci výzvy „Rozšírenie a obnova siete mobilných hospicov“, ktorý sme začali realizovať a bol dokončený v roku 2025. Vďaka nemu môžeme zabezpečiť nové materiálno-technické vybavenie ako napríklad automobil Kia CEED, mobilný kyslíkové koncentrátory, injekčné pumpy, odsávačky, pulzné oxymetre a iné vybavenie pre lekára a zdravotnú sestru.

V mesiacoch jún až august 2024 prebiehala 1. časť rekonštrukcie budovy hospicu. Financovaná bola z Plánu obnovy a odolnosti v rámci výzvy „Rozšírenie a obnova siete kamenných hospicov“. Vďaka projektu bolo možné zrekonštruovať v hospici strechu, podlahy, kotolňu, klimatizovať a nainštalovať solárny systém. Z hnuteľného majetku išlo najmä o vybavenie pacientskych izieb novými modernejšími lôžkami. Projekt pokračoval aj v roku 2025 dokončením prác. Celková schválená hodnota prostriedkov z mechanizmu na rekonštrukciu je 305 531,99 € bez DPH.

MUDr. Leona Šóthová
Hospic – dom pokoja a zmieru u Bernadetky
Chrenovská 22/B, 949 01 Nitra
www.hospicnitra.sk; koordinator@hospicnitra.sk

Predstavujeme Hospic Milosrdných sestier v Trenčíne

Mgr. Henrieta Žilková – sr. Noemi
riaditeľka hospicu

Paliat. med. liec. boles., 2025;18(2e):76-77

Viac ŽIVOTA do DNÍ

Hospic Milosrdných sestier v Trenčíne (ďalej len „hospic“) prevádzkuje tri špecializované zdravotnícke zariadenia:

- ústavné: **lôžkový hospic** (LOHO od roku 2005; kapacita 29 lôžok),
- ambulantné: **mobilný hospic** (MOHO od roku 2020) a **ambulanciu paliatívnej medicíny** (APM od roku 2022).

V týchto zariadeniach poskytuje špecializovanú paliatívnu a hospicovú zdravotnú starostlivosť nevyliečiteľne chorým pacientom v závere života a je oporou aj ich rodine a blízkym.

Na podporu tejto činnosti hospic poskytuje aj akreditované **špecializované sociálne poradenstvo** (od roku 2019), **požičiava pomôcky** a od svojho vzniku v roku 2005 má bohato rozvinutú **dobrovoľnícku činnosť**, na ktorú v roku 2024 získalo akreditáciu.

Od svojho vzniku hospic sprevádzal náročným životným obdobím niekoľko tisíc pacientov a rodín. Čo jeden z nich to jedinečný životný príbeh.

Odborní zástupcovia

Odborným zástupcom v povolaní lekár je MUDr. Mária Dohňanská, paliatológ a odborným zástupcom v povolaní sestra je Mgr. Anna Burganová, špecialistka v ošetrovateľstve pre dospelých.

Odborným zástupcom špecializovaného sociálneho poradenstva je prof. PhDr. Mgr. Patricia Dobríková, PhD. et PhD.

Interdisciplinárny tím

Paliatívna a hospicová starostlivosť má za cieľ zlepšovať kvalitu života pacientov a ich rodín v situácii život ohrozujúceho ochorenia tak, že včas rozpozná, neodkladne diagnostikuje a lieči bolesti a iné fyzické, psychosociálne a duchovné problémy, a tým predchádza utrpeniu a zmierňuje ho. Na to, aby náš hospic vo všetkých troch typoch našich zariadení – v ambulancii paliatívnej medicíny, mobilnom hospici aj v lôžkovom hospici – bol verný tomuto vznešenému poslaniu paliatívnej a hospicovej starostlivosti, potrebuje interdisciplinárny tím ľudí.

Členovia interdisciplinárneho tímu nášho hospicu sú:

- lekári
- sestry
- klinický psychológ, psychológ
- špecializovaní sociálni poradcovia
- duchovný
- dobrovoľníci
- v lôžkovom hospici aj: sanitár/praktická sestra, ošetrovatelia
- podporná činnosť: fundraising, administratíva, správa budovy, vedenie

Pri výbere členov tímu hospic berie do úvahy odborné, osobnostné a ľudské predpoklady. Často si pripomíname odkaz MUDr. Márie Svatošovej, zakladateľky prvého lôžkového hospicu v Čechách: **„Bez ľudí sa HOSPIC robiť nedá. A nie bez akýchkoľvek ľudí. Tí ľudia naozaj musia mať SRDCE.“**

Pár čísel

Postupne, tak ako sa šíri osveta a dobré meno, v priebehu času sme zvyšovali kapacitu lôžkového hospicu, pretože dopyt stúpal.

Údaje uvedené v tabuľkách je potrebné interpretovať s ohľadom na rekonštrukciu a modernizáciu lôžkového hospicu financovanú z Plánu obnovy a odolnosti, ktorá prebiehala v období od 9/2024 do 6/2025, pričom došlo k dočasnému obmedzeniu prevádzky a kapacity hospicu na cca 50 %, čo malo priamy vplyv na počet hospitalizovaných pacientov. Z tohto dôvodu štatistické údaje za uvedené obdobie neodrážajú štandardnú prevádzku zariadenia. Po ukončení rekonštrukčných prác sa postupne navraciame k plnej kapacite a stabilizácii sledovaných ukazovateľov.

Osveta služby mobilného hospicu je v začiatkoch, čo je priamo úmerné i počtu záujemcov o túto službu. Častokrát sa hlásia o službu hospicovej starostlivosti neindikovaní pacienti,

Lôžkový hospic	2005 – 2020	2021	2022	2023	2024	1 – 10/2025	Celkom
Počet hospitalizovaných pacientov	1 844	272	293	296	306	251	**3 262**
Počet úmrtí	1 654	254	264	275	294	246	**2 987**
Počet prepustených pacientov	173	16	29	23	16	9	**266**

Mobilný hospic	6 – 12/2020	2021	2022	2023	2024	1 – 10/2025	Celkom
Počet príjmov	23	54	72	89	79	81	**398**
Počet návštev	171	333	632	527	357	365	**2 385**
Počet ošetrovacích dní	535	1 144	1 949	2 916	2 063	2 712	**11 319**

ktorých ale neprijímame do špecializovanej paliatívnej starostlivosti, alebo sa hlásia rodiny, ktoré nevedia zabezpečiť starostlivosť o chorého v domácom prostredí 24/7 – z toho dôvodu chorý indikovaný pacient je prijímaný do lôžkového hospicu.

Výukové pracovisko

Hospic je taktiež **výukovým pracoviskom** viacerých škôl. Prax v našom hospici získavajú študenti vysokej školy – ošetrovateľstvo, študenti strednej zdravotníckej školy, študenti opatrovateľstva.

Starostlivosť o pozostalých

Hospic neopúšťa rodinu ani po úmrtí pacienta. Členovia tímu nielen pred, počas, ale aj po ukončení starostlivosti pacientovi sú k dispozícii rodine mnoho a mnoho hodín. Venujú im okrem odbornej a ľudskej pomoci čas – ten v súčasnosti veľmi vzácny dar.

Po úmrtí pacienta ľudia z hospicu píšeme (rukou) do každej rodiny spomienku, pozdrav, uistenie o prítomnosti. Pre pozostalé rodiny po čase intenzívneho smútenia organizujeme slávnosť, tzv. Zápis do Knihy živých. Sme spolu – pozostalí aj členovia hospicového tímu na zádušnej sv. omši a pri agapé sa zdieľame. Pozostalí sa rozprávajú s členmi tímu ako zvládajú obdobie smútenia, opäť spomínajú na chvíle v hospici, pozostalí sa navzájom zdieľajú ako to zvládajú jedni, ako iní a poskytujú si i medzi sebou oporu.

Každodenne sa členovia hospicového tímu modlia za zomrelých v našom lôžkovom i mobilnom hospici, ktorí zomreli v ten konkrétny deň počas tých 20 rokov. Spomínajú.

Spolu s inými

Hospic tvorí spoločenstvo s ostatnými hospicmi Slovenska pod strešnou organizáciou: Asociácia hospicovej a paliatívnej starostlivosti Slovenska. Máme tak priestor zdieľať si navzájom dobrú prax a zdieľať výzvy a čeliť im spoločne.

Hospic taktiež spolupracuje s odbornou spoločnosťou – Spoločnosťou paliatívnej medicíny, pretože nám záleží, aby pomoc zomierajúcim a ich blízkym bola nielen ľudská, ale aj odborná.

Vízia

Víziou Hospicu Milosrdných sestier je vytvoriť pre nevyliečiteľne chorých pacientov v pokročilom štádiu choroby bezpečné prostredie, ktoré dýcha domovom, kde bude každý zomierajúci čo najmenej trpieť a zažije prijatie a láskavú starostlivosť. Hospic je oporou i pre blízkych pacienta.

Víziou interdisciplinárneho tímu je byť nástrojom, cez ktorý pacienti pocítia Božiu nehu, ako aj zvyšovanie kvality posledného obdobia ich života vďaka individuálnemu prístupu k ich bio-psycho-socio-spirituálnym potrebám.

Snívame

Snívame o plynulej ceste každého pacienta v systéme zdravotnej starostlivosti od narodenia až po prirodzenú smrť. Snívame o tom, že nevyliečiteľne chorý človek z rúk ukončujúcej sa kuratívnej liečby bude plynule odovzdávaný na ochrannú paliatívnu cestu. Kvôli tomu nemalú energiu venujeme osvete a búraniu mýtov o paliatívnej a hospicovej starostlivosti.

Adresa:

Hospic Milosrdných sestier, Súvoz 739, 911 01 Trenčín

Kontakty:

Všeobecný kontakt:
- email: info@hospictn.sk, tel.: 032 7417 011

Prvý kontakt pre záujemcov o prijatie do APM, MOHO, LOHO:
- email: ziadosti@hospictn.sk, tel.: 0901 909 011

Kontakt na požičovňu pomôcok:
- email: pozicovna@hospictn.sk, tel.: 0905 578 463

Kontakt pre záujemcov o dobrovoľníctvo:
- email: dobrovoľníctvo@hospictn.sk, tel.: 0910 842 940

Mgr. Henrieta Žilková – sr. Noemi
Hospic Milosrdných sestier
Súvoz 739, 911 01 Trenčín
riaditel@hospictn.sk

IX. Slovenská konferencia paliatívnej medicíny – Senec, 7. november 2025

Prekračovanie hraníc paliatívnej starostlivosti: od akútnej medicíny po etiku autonómie

MUDr. Andrea Škripeková, PhD.
Inštitút paliatívnej medicíny o.z., Bratislava

Paliat. med. liec. boles., 2025;18(2e):78-80





Deviata Slovenská konferencia paliatívnej medicíny, ktorá sa konala 7. novembra 2025 v Senci, potvrdila význam paliatívnej starostlivosti ako neoddeliteľnej súčasti moderného zdravotníctva. Podujatie vytvorilo priestor pre odborný dialóg o tom, ako efektívne prepájať teoretické poznatky s klinickou praxou a ako paliatívne princípy uplatňovať naprieč rôznymi úrovňami zdravotnej starostlivosti.

Odborný program, realizovaný pod záštitou MUDr. A. Škripekovej, PhD., a MUDr. K. Križanovej, sa sústredil na začlenenie paliatívnej starostlivosti do akútnej nemocničnej liečby, podporu autonómie pacienta v rozhodovacích procesoch a na zmysluplné nastavovanie liečby v situáciách závažného a nevyliečiteľného ochorenia.

Konferenciu slávnostne otvoril minister zdravotníctva Kamil Šaško, ktorý zároveň poďakoval MUDr. Andrei Škripekovej za jej dlhodobý a mimoriadny prínos k rozvoju paliatívnej medicíny na Slovensku. Odborný program bol tento rok obohatený aj o praktické workshopy, ktoré poskytli účastníkom priestor na prehĺbenie zručností a výmenu skúseností v komornom multidisciplinárnom prostredí.

Začlenenie paliatívnej starostlivosti do akútnej medicíny

Úvodné odborné bloky sa venovali novému uvažovaniu o priebehu starostlivosti pri vážnych, život limitujúcich diagnózach. Diskusia poukázala na potrebu včasného zapojenia paliatívnych princí-



pov už v akútnych fázach ochorenia, a to s cieľom zlepšiť kvalitu života pacientov a predchádzať neúčelnej alebo nadmernej liečbe.

Osobitná pozornosť bola venovaná úlohe podporných konziliárnych tímov v nemocničnom prostredí, ktoré umožňujú skorú identifikáciu paliatívnych potrieb pacienta a podporujú rozhodovanie založené na realistických cieľoch liečby. V tejto súvislosti zazneli aj príspevky reflektujúce význam otvorenia témy zomierania v špecializovaných medicínskych odboroch, ako sú nefrológia či intenzívna starostlivosť. Diskutovala sa potreba jasných a zrozumiteľných postupov pre rozhodovanie o obmedzení liečby v situáciách, keď ďalšie intervencie neprinášajú pacientovi primeraný benefit.



Akútne situácie, terénna starostlivosť a dostupnosť paliácie

Ďalší tematický okruh sa zameral na zvládanie akútnych a náhlych zdravotných stavov v teréne a v stacionárnych zariadeniach. Prednášky poukázali na význam rýchlej odbornej reakcie pri závažných symptómoch, ako sú dyspnoe alebo akútne krvácanie, ktoré výrazne ovplyvňujú prežívanie pacienta aj jeho blízkych.



Prezentované pilotné projekty zapájania paliatívnej starostlivosti do práce záchrannej zdravotnej služby ilustrovali trend rozširovania paliatívnej starostlivosti mimo nemocničné prostredie. Tento prístup zvyšuje dostupnosť odbornej pomoci a zároveň reaguje na potrebu kontinuity starostlivosti v prirodzenom prostredí pacienta.

Autonómia pacienta a etické rozhodovanie

Významnú líniu konferencie tvorili etické otázky spojené s autonómiou pacienta. Diskusia sa sústredila na koncept Medicínskej vôle ako nástroja, ktorý umožňuje rešpektovať hodnoty a preferencie pacienta aj v situáciách, keď je jeho schopnosť rozhodovať o sebe obmedzená.

Prednášky sa venovali legislatívnym rámcom tohto nástroja, ako aj jeho praktickému využitiu na urgent-



ných príjmoch a jednotkách intenzívnej starostlivosti, kde býva rozhodovanie často ovplyvnené výrazným časovým tlakom. Z psychologického hľadiska bola táto téma významná najmä v kontexte podpory pacientskej identity, dôstojnosti a znižovania stresu spojeného s neistotou a stratou kontroly.

Farmakoterapia a existenciálne aspekty utrpenia

Samostatný blok bol venovaný farmakoterapii v paliatívnej starostlivosti. Okrem štandardných terapeutických postupov sa pozornosť sústredila aj na inovatívne prístupy, vrátane psychedelikami asistovanej terapie, ktorá bola predstavená ako možný nástroj na zmierňovanie hlbokej existenciálnej úzkosti a psychického utrpenia u pacientov v pokročilých štádiách ochorenia.

Pre klinickú aj psychologickú prax mala zásadný význam téma cieleného znižovania alebo ukončovania zbytočných liekov. Racionalizácia polyfarmácie v terminálnych štádiách ochorenia prispieva k znižovaniu rizika nežiaducich účinkov liečby a zároveň podporuje komfort pacienta. Diskusiu doplnili aj úvahy o nutričných otázkach, ktoré majú výrazný vplyv na telesnú pohodu, psychickú stabilitu a celkovú kvalitu života.

Multidisciplinárny prístup a význam psychologickej perspektívy

Konferencia opakovane zdôraznila, že paliatívna starostlivosť môže byť plnohodnotne realizovaná len v spolupráci dobre fungujúceho multidisciplinárneho tímu. Osobitne bol vyzdvihnutý prínos psychológa v procese spracovania straty, práce so strachom, úzkosťou a existenciálnymi otázkami, ktoré sa v paliatívnej situácii prirodzene vynárajú.

Rovnako významná bola úloha sociálnych pracovníkov pri koordinácii podpory a duchovných pri sprevádzaní pacientov v témach zmyslu, viery a konečnosti života. Osobitná pozornosť sa venovala naratívnej medicíne, ktorá bola predstavená ako účinný nástroj na zlepšenie komunikácie a na hlbšie, celostné porozumenie potrebám pacienta prostredníctvom jeho životného príbehu.

Záver

S veľkým potešením konštatujeme, že 9. Slovenská konferencia paliatívnej medicíny v roku 2025, organizovaná Inštitútom pre vzdelávanie v paliatívnej medicíne (INPAME), sa stala historicky najväčším stretnutím odborníkov na paliatívnu starostlivosť na Slovensku. Rekordná účasť 400 odborníkov, medzi nimi 123 lekárov vrátane zahraničných hostí, 187 zdravotných sestier a pôrodných asistentiek a 82 ďalších zdravotníkov a pomáhajúcich profesií, je dôkazom rýchlo rastúceho záujmu o túto oblasť.

Deviaty ročník Slovenskej konferencie paliatívnej medicíny priniesol ucelený prehľad súčasných trendov v oblasti akútnej aj dlhodobej paliatívnej starostlivosti. Podujatie zdôraznilo význam prepájania medicínskej, psychologickej, sociálnej a etickej perspektívy v starostlivosti o pacientov so závažným ochorením.

Konferencia zároveň potvrdila dlhodobý záväzok hlavného organizátora konferencie k vzdelávaniu zdravotníckych profesionálov a k podpore vysokej odbornej úrovne starostlivosti. Dôležitou súčasťou programu boli aj prakticky orientované workshopy zamerané na rozvoj komunikačných zručností a mapovanie hodnôt a preferencií pacienta, ktoré sa ukazujú ako kľúčové pre budovanie kvalitného terapeutického vzťahu a dôstojné sprevádzanie na konci života.

Mgr. Andrea Škripeková, PhD.
Inštitút paliatívnej medicíny o.z.,
Bratislava
info@inpame.sk



www.inpame.sk
INŠTITÚT PALIATÍVNEJ MEDICÍNY

Ako hovoriť s deťmi a tínedžermi o vážnej chorobe rodiča

MUDr. Mária Jasenková
PLAMIENOK n.o., Bratislava

Paliat. med. liec. boles., 2025;18(2e):81-82

Keď vážna, nevyliečiteľná choroba vstúpi do života rodiny, nezasiahne len toho, kto je chorý. Dotkne sa všetkých – partnera, rodičov, detí aj širšej rodiny. Rodičia sa zrazu ocitnú pred otázkami, na ktoré sa nedá pripraviť. Ako hovoriť so svojimi deťmi o chorobe a o tom, čo sa deje? Ako im povedať pravdu tak, aby ju uniesli? Ako ich chrániť, keď sa sami cítia zraniteľní?

Ak sa rodičom s podporou odborníkov paliatívneho tímu podarí hovoriť s deťmi o chorobe úprimne a primerane ich veku, môže to výrazne zmierniť utrpenie dieťaťa. Otvorená komunikácia posilňuje láskyplnú blízkosť v rodine a umožňuje, aby proces smútenia po smrti rodiča prebiehal prirodzenejšie. Jej význam presahuje prítomný okamih – ovplyvňuje celý ďalší život dieťaťa.

Téma, ktorá sa dotýka mnohých rodín

Presný počet rodín, v ktorých je jeden z rodičov nevyliečiteľne chorý, na Slovensku nie je známy. Najčastejšou vážnou chorobou rodiča, ktorá ohrozuje jeho život, sú onkologické ochorenia. Podľa údajov Global Cancer Observatory (IARC, WHO) bolo v roku 2022 na Slovensku diagnostikovaných viac ako 30 000 ľudí s nádorovým ochorením. V posledných rokoch stúpa výskyt rakoviny prsníka a prostaty, t. j. aj počet rodín s deťmi, v ktorých je rodič chorý.

Hoci domáce dáta o počte takýchto rodín nie sú k dispozícii, orientačný odhad vychádzajúci z medzinárodných štatistík o incidencii rakoviny (GLOBOCAN 2022) a demografických ukazovateľov SR naznačuje, že každoročne môže na Slovensku čeliť onkologickému ochoreniu jedného z rodičov približne 5 – 9 tisíc rodín (všetky štádiá ochorenia), z toho 1 – 3 tisíc rodín, kde je ochorenie už v pokročilom alebo nevyliečiteľnom štádiu. To predstavuje približne



Brožúrku je možné voľne stiahnuť na tomto linku

1,5 – 5,7 tisíca detí ročne, ktorých sa táto situácia bezprostredne dotýka.

Rodičia majú ťažkosti o svojej chorobe s deťmi hovoriť

Viaceré európske štúdie potvrdzujú, že rodičia často zápasia s tým, ako hovoriť so svojimi deťmi o závažných témach, a potrebujú v tomto procese podporu zdravotníkov (2, 3). Podľa Hanny a kol. (1) rodičia najviac zápasia s načasovaním rozhovoru, množstvom informácií, ktoré majú deťom poskytnúť, a so spôsobom, akým vysvetliť diagnózu či blížiacu sa smrť.

Rodičia si kladú množstvo otázok: Čo a ako deťom povedať? Ako vysvetliť, čo je choroba, aby ma pochopili? Kedy je vhodný čas na rozhovor? Ako dieťa zbytočne nezaťažiť, no zároveň neklamať? Nezraním ho, ak poviem pravdu? Ako mu pomôcť cítiť sa v bezpečí, aj keď sa situácia zhoršuje? Ako byť oporou, keď mám menej síl? Ako hovoriť o tom, že liečba nezaberá?

Tieto otázky a obavy sú univerzálne – nezávisia od kultúry ani krajiny – a poukazujú na to, že rodičia potrebujú odborné vedenie a podporu pri otvorenej komunikácii s deťmi o chorobe, aby rozhovor posilnil vzájomnú dôveru a pomohol dieťaťu lepšie zvládať situáciu.

Pomoc pre rodičov

Tím neziskovej organizácie PLAMIENOK n.o. má dlhoročné skúsenosti so sprevádzaní nevyliečiteľne chorých detí a rodín. Na základe tejto praxe sa rozhodol pripraviť brožúrku **Ako hovoriť s deťmi a tínedžermi o vážnej chorobe** – ako pomoc pre vážne chorých rodičov na Slovensku, ale aj pre odborníkov, ktorí im chcú byť oporou. Brožúra je napísaná tak, aby z nej mohol čerpať každý – rodičia, ktorí práve ochoreli, rodičia, ktorí sa liečia s nádejou, že sa vyliečia a aj tí, ktorí vedia, že ich choroba sa vyliečiť nedá.

V brožúre nájdu kapitoly o tom, ako deťom vysvetliť, čo je rakovina, ako s nimi hovoriť o liečbe, čo deti trápi, keď rodič ochorie, ako prispôsobiť slová rozhovoru veku dieťaťa, a ako s nimi hovoriť o smrti, keď sa život kráti. Brožúru nie je potrebné prečítať celú, stačí, ak im odborník odporučí prečítať si kapitolu, ktorá im môže pomôcť.

Brožúra „*Ako s deťmi a tínedžermi hovoriť o vážnej chorobe rodiča*“ je dostupná **bezplatne** vo formáte **PDF** na webovej stránke www.plamienok.sk.

Pomôcka aj pre paliatívny tím

Brožúra môže byť cennou pomôckou aj pre členov paliatívneho tímu. Poskytuje im námety, ako otvárať tému komunikácie s rodičmi, ktorí hľadajú spôsob ako hovoriť so svojimi deťmi o chorobe či blížiacej sa strate. Môže slúžiť ako podklad pre rozhovor, odporúčanie pre rodinu alebo ako východisko pre odporúčanie odbornej psychologickej podpory.

Príklad využitia v komunikácii s dieťaťom

Praktickým príkladom využitia brožúry je situácia, keď dieťa reaguje na chorobu rodiča zvýšenou zodpovednosťou. Mnohé deti, ktorých mama alebo otec vážne ochoreli, akoby „dospeli zo dňa na deň" – stávajú sa tichšími, preberajú povinnosti v domácnosti a pôsobia ukážkovo, hoci vnútorne prežívajú úzkosť a neistotu. Často veria, že ak budú dobré a nebudú robiť starosti, choroba rodiča sa môže zlepšiť. Takéto správanie je prirodzeným spôsobom, ako sa snažia obnoviť pocit istoty v narušenej rodinnej rovnováhe.

Brožúra ponúka rodičom inšpiráciu, ako v takejto situácii poskytnúť dieťaťu pravdivé informácie primerané jeho veku a zároveň ho uistiť o stabilite vzťahu a lásky, ktoré zostávajú aj napriek chorobe nemenné. „*Možno si niekedy myslíš, že keď budeš veľmi poslušný(á), upraceš si izbu alebo sa nebudeš hádať so súrodencom, mamina sa ľahšie vylieči. Pravda je však taká, že jej chorobu takto vyliečiť nedokážeme. Liečia ju lekári a používajú na to špeciálne lieky. My jej pomôžeme tým, že ju budeme mať stále radi.*"

Konzultácie s psychológom pre rodičov so závažným ochorením

Od roku 2023 ponúka tím neziskovej organizácie Plamienok konzultácie s psychológom pre rodičov, ktorí čelia závažnému ochoreniu a hľadajú spôsob, ako o ňom hovoriť so svojimi deťmi. Skúsenosti ukazujú, že otvorená, úprimná komunikácia prináša deťom pocit istoty a pomáha im lepšie zvládať zmeny v rodine.

Konzultácie sú bezplatné, prebiehajú osobne alebo online po vyplnení krátkeho online formulára na webovej stránke organizácie.

Paliatívny tím pomáha celej rodine – rodičom aj deťom

Veríme, že brožúra *Ako hovoriť s deťmi a tínedžermi o vážnej chorobe* môže byť užitočnou pomôckou aj pre odborníkov paliatívneho tímu, ktorí liečia rodiča a zároveň sprevádzajú celú rodinu. Môžu ju odporučiť rodičom, získať z nej sami inšpiráciu ako rodičov sprevádzať alebo ich nasmerovať na bezplatnú konzultáciu s psychológom Plamienka, ak usúdia, že by im takáto podpora mohla pomôcť.

Literatúra

1. Hanna JR, McCaughan E, Semple CJ. Challenges and support needs of parents and children when a parent is at end of life: a systematic review. Palliative Medicine. 2019;33(8):1017-1044. doi:10.1177/0269216319857622
2. Wray A. Parental terminal cancer and dependent children. Palliative Medicine. 2020;14(e3):e2231.
3. Migliaccio G, et al. Impact of parental cancer on children: Differences by communication patterns. Children. 2024;11(6):687.

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



časopisy

Medicína s profesionálnym rozhľadom

konferencie

knihy

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

www.solen.sk
mudr.online

- recenzované odborné časopisy
- knihy, učebnice a skriptá
- vzdelávacie kongresy a semináre
- podujatia „na kľúč"
- e-learning
- grafika, tlač a distribúcia
- technické zabezpečenie
- medicínsky marketing

online vzdelávanie

SOLEN, s. r. o., Ambrova 5, 831 01 Bratislava
email: solen@solen.sk

