2026
1e
Ročník XIX

PALIATÍVNA MEDICÍNA A LIEČBA BOLESTI

Prehľadové články
Paliativní péče v zařízeních sociálních služeb
Význam dotyku v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti

Pôvodné články
Analýza záťažových faktorov súvisiacich so starostlivosťou o zomierajúcich v zariadeniach sociálnych služieb
Prevalencia porúch spánku a ich asociácia s kvalitou života u pacientov v onkologickej paliatívnej starostlivosti

ISSN 1339-4193, Časopis je indexovaný v Bibliographia medica Slovaca (BMS)

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Knižná novinka



Z obsahu:

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

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

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

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

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

Objednávajte na:
www.solen.sk

Cena: 40 €

SILA SÚDRŽNOSTI V ČASOCH POLARIZÁCIE



Nedávno mi jedna pacientka v hospici povedala: „Páči sa mi, že vy kresťania držíte spolu.“ Povedala to v súvislosti s vďačnosťou za poskytovanú starostlivosť od personálu i od dobrovoľníkov. Táto veta vo mne rezonuje v širšom kontexte toho, o čo sa usilujeme v paliatívnej starostlivosti a je zjavné, že sa nám to podarí iba vtedy, ak budeme DRŽAŤ SPOLU. Držať spolu na mikroúrovni ako interdisciplinárny tím a rovnako držať spolu na národnej i medzinárodnej úrovni v presadzovaní legislatívy a ďalších dôležitých aspektov starostlivosti o pacientov, ich blízkych a napokon aj o členov tímu, ktorí si zaslúžia adekvátne pracovné podmienky i ohodnotenie. Nech sú slová tejto pacientky pre nás pripomienkou, že naša jednota nie je len internou záležitosťou personálu, ale hodnotou, ktorú citlivo vnímajú aj tí najzraniteľnejší. V dnešnom svete plnom polarity a napätia sú slová o súdržnosti vzácnym ostrovom normálnosti. Práve v čase, keď sa spoločnosť trieši, máme jedinečnú príležitosť ukázať opak. Držať spolu nie napriek rozdelenej dobe, ale práve kvôli nej.

Nech je teda naša súdržnosť odpoveďou v každej situácii, či už v tichu pri lôžku pacienta, v dynamike tímu, ako aj pri neúnavnom presadzovaní systémových zmien.

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

OBSAH

ÚVODNÉ SLOVO

3 **Sila súdržnosti v časoch polarizácie**

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

PREHĽADOVÉ ČLÁNKY

6 **Paliativní péče v zařízeních sociálních služeb**

ThLic. Václav Tomiczek, Ph.D.

11 **Význam dotyku v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti**

Mgr. Martina Nebošková, PhD.

PÔVODNÉ ČLÁNKY

16 **Analýza záťažových faktorov súvisiacich so starostlivosťou o zomierajúcich v zariadeniach sociálnych služieb**

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

20 **Prevalencia porúch spánku a ich asociácia s kvalitou života u pacientov v onkologickej paliatívnej starostlivosti**

MUDr. Dominika Jarčušková, PhD., MUDr. Miriam Jarčušková, PhD., doc. MUDr. Aneta Bednářová, PhD., MUDr. Dominik Šafčák, PhD.

Paliatívna medicína a liečba bolesti

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

Ročník 19, 2026, číslo 1e, vychádza 2-krát ročne

Dátum vydania: júl 2026

Šéfredaktorka:
prof. PhDr. Mgr. Patricia Dobríková, PhD. et PhD.

Redakčná rada:
prof. PhDr. Mgr. Patricia Dobríková, PhD. et PhD., MUDr. Lucia Dzurillová, MUDr. Miroslav Ferenčík, MBA, MUDr. Katarína Jakubovitšová, MUDr. Mária Jasenková, 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

Odborná editorka:
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: dtp@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.

OBSAH

PREDSTAVUJEME HOSPICE A PALIATÍVNE ODDELENIA

23 **Predstavujeme Liečebňu sv. Filomény**
MUDr. Patrik Jakubek, MHA

27 **Predstavujeme hospic Dom Božieho milosrdenstva**
MUDr. Zuzana Benčová

30 **Predstavujeme Dom RAFAEL – miesto dôstojnosti, prijatia a sprevádzania**
Martina Janigová

NEKROLÓG

31 **Spomienka na kolegyňu Kristínu Kroftovú, sestru Barboru**
MUDr. Leona Šóthová

ODBORNÉ PODUJATIA

32 **20. svetový kongres Európskej asociácie pre paliatívnu starostlivosť**
MUDr. Jozef Košč

Milí čitatelia,

naše aktuálne vydanie časopisu prináša zmeny vo vizuálnej podobe. Rozhodli sme sa upraviť dizajn – najmä písmo a niektoré grafické prvky – s cieľom zlepšiť čitateľnosť odborných textov, aby sa vám články čítali ešte pohodlnejšie aj pri dlhšom štúdiu.

Zároveň sme sa usilovali o sviežejší a modernejší vzhľad, pričom sme zachovali prehľadnosť a odborný charakter časopisu. Veríme, že nová typografia a upravený dizajn prispejú k lepšej orientácii v texte aj k celkovej prehľadnosti.

Ďakujeme, že naše časopisy čítate a že nás motivujete neustále sa zlepšovať.

Mgr. Katarína Pospíšilová, riaditeľka vydavateľstva

Paliativní péče v zařízeních sociálních služeb

ThLic. Václav Tomiczek, Ph.D.
Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií, Ostrava

Cílem předloženého článku je představit v kontextu České republiky možnosti implementace paliativní péče do prostředí pobytových zařízení sociálních služeb. Na základě prostudované relevantní zahraniční i domácí literatury a výstupů zaangažovaných aktérů procesu (především na webových stránkách těchto organizací), se potvrdilo, že implementace na základě konkrétních kroků jak ze strany příslušných ministerstev, tak za podpory odborných organizací, je nejen teoreticky zakotvena, ale již v mnoha zařízeních probíhá, a dokonce se na základě kvalitních evaluačních procesů i vzájemné podpory a sdílení zkušeností posouvá na vyšší úrovně.

Klíčová slova: *paliativní péče, geriatrie, pobytová zařízení sociálních služeb, multidisciplinarita, celostní přístup, zdravotně sociální pomezí, edukace, evaluace*

Palliative care in social service facilities
The aim of the article is to present in the context of the Czech Republic the possibilities of implementing palliative care in the area of residential social service facilities. Based on the studied relevant foreign and czech literature and the outputs of the involved actors of the process (especially on the websites of these organizations), it was confirmed that the implementation based on specific steps by both the relevant ministries and with the support of professional organizations is not only theoretically anchored, but is already underway in many facilities and is even moving to higher levels based on high-quality evaluation processes, mutual support and sharing of experiences.

Key words: *palliative care, geriatrics, residential social service facilities, multidisciplinary, holistic approach, health-social boundary, education, evaluation*

Paliat. med. liec. boles., 2026;19(1e):6-9

ÚVOD

Oblast paliativní péče se v rámci České republiky za posledních dvacet let rozšířila nejen co do kvantity, ale také kvalitativní posun je více než zřetelný. Vývoj se odvíjí od prvopočátků paliativní myšlenky zakládáním lůžkových hospiců přes mobilní hospice až k paliativním ambulancím, konziliárním týmům v rámci nemocnic i poradnám. Zákon o zdravotních službách 372/2011 Sb. v § 7 – 11 (1) zakotvuje rozdělení na paliativní přístup, obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči, precizuje institut dříve vysloveného přání (§ 36) a i v jiných dokumentech se legislativa Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZČR) a Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) této problematice věnuje, jak bude uvedeno dále. Toto vše je podporováno vzdělávacími instituty i nadačními fondy.

Původní vnímání, které zčásti převládá ve společnosti doposud, že totiž paliativní péče se týká pouze onkologických onemocnění, se již také proměňuje a posouvá směrem k jiným diagnózám, především neurologickým, kardiologickým a dalším. V posledních letech se taktéž rozvíjí zcela specifická oblast perinatální a dětské paliativní péče zaměřená na genetické a vrozené vady, náhlá úmrtí kojenců, ale také na péči o děti se střednědobou perspektivou dožití ve smyslu včasné paliativní péče.

PALIATIVNÍ PÉČE V GERIATRII

V kontextu předchozího se taktéž stále intenzivněji dostává do popředí téma paliativní péče v geriatrii, specificky pak v lůžkových zařízeních sociálních služeb (domovy pro seniory).

Geriatrická paliativní péče do sebe zahrnuje a integruje dvě specializace, totiž paliativní medicínu a geriatrii, a to takovým způsobem, aby bylo možno využít poznatků obou medicínských oborů, ale také poskytnout kvalitní multidisciplinární přístup týmem složeným nejen z lékařů, ale také z ostatních profesí, které jsou součástí paliativních týmů (2). V oblasti geriatrie je navíc obzvlášť zřejmá potřebnost práce na sociálně zdravotnickém pomezí. Oproti názoru, který upozorňuje na nebezpečí rozšíření (a tak i rozmělnění) užívání pojmu paliativní péče na všechny uvažované případy, je nutné upozornit na skutečnost, že námi popisovaná oblast si zaslouží paliativní uvažování právě proto, že se jedná o závěr života seniora, kdy je nezbytné podporovat všemi dostupnými způsoby jeho uskutečnění na všech rovinách lidského bytí (fyzické, psychické, sociální i spirituální), a to v návaznosti na etický princip důstojnosti s přihlédnutím k právu klienta na sebevyjádření a sebeurčení (3).

Přesto, že v obecném povědomí společnosti stále panuje předsudek, že paliativní péče se týká pouze onkologických pacientů, zároveň se alespoň u odborné veřejnosti stále více dostává do povědomí skutečnost, že tomu tak nemusí být, jak jsme již uvedli výše. V souvislosti s lůžkovými zařízeními sociálních služeb sice výzkum Craiga a Vlčkové potvrzuje 26% výskytu klientů s onkologickým onemocněním (4), ovšem u velké většiny klientů se jedná spíše o přítomnost polymorbidity s diagnostikovaným syndromem geriatrické křehkosti (frailty syndrom) (2), který je typickým a častým modelem multimodálního souboru chronických onemocnění. Frailty ve velké většině případů nestojí samostatně, ale je kombinována nejčastěji se syndromy demence – Alzheimerovy nemoci (60 – 80%), vaskulární demencí (10 – 20%) a ostatními (2). Na základě výše uvedeného je doporučena indikace geriatrické paliativní péče v případě, kdy se vzájemně kombinují geriatrické syndromy (imobilita, instabilita, frailty, závislost na péči) s přítomností výrazné symptomové zátěže (bolest, dušnost, delirantní stavy, úzkost) a s pozdními fázemi některých onemocnění (onkologická, kardiální selhávání, centrální mozková příhoda, demence) (2).

PŘEDPOKLADY PRO PALIATIVNÍ PÉČI V POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Všechny aspekty geriatrických preterminálních a terminálních stavů, které byly výše zmíněny, vedly velmi často a také bohužel stále vedou k hospitalizacím a rehospitalizacím klientů. Jak sami zaměstnanci lůžkových zařízení sociálních služeb potvrdili ve výzkumu provedeném Pechovou a Loučkou (5), spatřují v takovémto síťování nesporné výhody, jimiž jsou přístrojové a diagnostické vybavení nemocnic, lepší medikace, přítomnost lékaře a průběžné monitorování stavu na velmi vysoké úrovni. Velmi důležitou roli v tomto přístupu hraje také ochrana před stížnostmi rodinných příslušníků na kvalitu poskytované péče, jak potvrzuje i Tomiczek s kolegyněmi (6). Tato pozitiva jsou ovšem překryta nespornými negativy, která vycházejí z nedostatečné reflexe a aplikace paliativních principů na péči o klienta v závěru života (7).

Je potřeba ovšem zdůraznit, že i v těchto obtížných etických rozhodováních existují řešení, která se personálu v rámci komunikace s klientem v závěru života a s jeho blízkými nabízejí. Základní možností je formalizovat například plán péče v závěru života, který může být zpracován ve spolupráci s klientem a jeho rodinou už nedlouho po přijetí do zařízení (6), či dokonce využít Institut dříve vysloveného přání (1), jenž vychází z evropské legislativy a v rámci českého právního systému je velmi kvalitně formulován. Tyto postupy by zcela jistě zabránily, nebo alespoň výrazně omezily, konfliktní situace, k nimž dochází především z důvodu nekvalitní komunikace mezi pracovníky zařízení, rodinnými příslušníky a personálem nemocnice, popřípadě Zdravotnickou záchrannou službou (ZZS) (5).

Obecným východiskem pro diskurz na téma péče o klienta v závěru jeho života, jak se domníváme, je jednoduchá úvaha, že totiž většina obyvatelstva si přeje zemřít doma, i když realita je zcela odlišná. Klient má ovšem své „doma“ v lůžkovém zařízení sociálních služeb, a to se vším, co toto „doma“ obnáší, tedy nejen délka pobytu, ale také prostředí a hlavně vztahy. Pak se nejen předpokládá, ale mnohdy i sám klient toto verbalizuje, že totiž chce strávit poslední chvíle života v domově pro seniory. Tento požadavek je potřeba nejprve vůbec (často mimochodem) zaslechnout a následně mu přizpůsobit individuální plán péče, to vše ovšem bez obav z neadekvátních reakcí nejen rodinných příslušníků klienta, ale také mnohdy managementu zařízení (8).

Této skutečnosti si je vědomo i MZČR, které v dokumentu Strategie rozvoje paliativní péče v ČR do roku 2035 (7), popisuje výhody péče o klienta v závěru života v domově pro seniory charakteristikami, jimiž jsou známé prostředí, kontinuita péče, sociální aspekt, dostupnost péče, nižší náklady a mezioborová spolupráce. Zároveň však také upozorňuje na rizika, mezi něž řadí nedostatky v personálním zajištění specializované paliativní péče, omezené zdravotnické vybavení, kapacitní omezení, nedostatek odborné (lékařské) podpory, financování a oblast nedostatku vzdělání personálu (7).

Při zvážení všech pozitiv a negativ implementace paliativní péče do lůžkových zařízení sociálních služeb je potřeba vzít do úvahy i konfliktní situace, které mohou vyvstat a také vyvstávají, když se potkají tři „světy“, totiž (spíše sociálně zaměřený) domov pro seniory, zdravotnické zařízení – nemocnice (především geriatrická interní oddělení) a na akutní stavy zaměřená ZZS. Jejich vzájemná kompatibilita je na dosti nízké úrovni, proto často dochází ke konfliktním situacím a vzájemným neporozuměním, což by jistě do značné míry mohly eliminovat nastavené systémy a postupy lůžkových zařízení sociálních služeb. Mnohé se již děje spíše na podnět mobilních hospiců, které řeší podobný problém u rodin, jenž, byť jsou v této věci edukovány, velmi často ke svým umírajícím v domácím prostředí volají ZZS (6). Spojitost mezi touto situací a situacemi v domovech pro seniory je více než zřejmá a jistě je možné použít již zavedené postupy mobilních hospiců i v prostředí lůžkových zařízení sociálních služeb.

KOMUNIKACE S KLIENTEM A RODINOU V KONTEXTU PALIATIVNÍ PÉČE

V péči o klienty v závěru života hraje neodmyslitelnou roli jejich rodina a nejbližší. S vědomím toho, že ne všude jsou rodinné vztahy optimální, komunikace s blízkými a jejich zapojení, spoluodpovědnost a empowerment v rámci péče se stává nezbytnou součástí činnosti paliativních týmů v pobytových službách a je nezbytné, aby k ní docházelo už od počátku přijetí klienta do příslušného domova pro seniory, popřípadě ještě tehdy, kdy je klient lucidní a schopen se vyjádřit a zapojit do plánu péče (4).

Pro pracovníky jednotlivých organizací je ovšem nutné rozlišovat mezi informovaností a komunikací. Informovanost je chápána v tomto kontextu jako soubor jednosměrně předaných dat a informací, komunikaci chápeme jako samotný proces, tedy to, co se „děje“ mezi tím, kdo sděluje a kdo přijímá, což v sobě zahrnuje mnoho aspektů, které ovšem nemohou být v rámci tohoto textu plně reflektovány. Obecně také můžeme říci, že záleží na samotných rodinách, jelikož některé chtějí být informovány o závěru života jejich blízkého, jiné ovšem nikoli.

Tomiczek et al. (6), co se týče informovanosti, identifikovali její dvě roviny. Tou první je rovina konkrétní, postavena na předání praktických informací. Vzhledem k tomu, že ve většinové populaci obecně panuje malá informovanost o těchto službách, jedná se ze strany organizace o konkrétní informace o péči, jakými jsou představení daného domova pro seniory, srozumitelné vysvětlení paliativního přístupu, jeho fází, nejen zdravotních změn v závěru života, ale také změn v celé šíři celostního prožívání osoby klienta. Potřebné je také vysvětlení důležitosti komplexního přístupu a s tím spojených kompetencí jednotlivých aktérů procesu (včetně klienta a rodiny), popřípadě nabídka letáčků nebo informačních webů z důvodu možné zahlcenosti prvotními informacemi a jejich možnému následnému ověření.

Druhá rovina informovanosti a s ní spojené komunikace se týká mnohem hlubších a náročnějších témat. Jedná se zde především o otázku nakládání s informacemi, jelikož klienti často nechtějí komunikovat o svém stavu s rodinou ani blízkými. Na personál je mnohdy veden silný tlak ze strany klienta ale i rodin, aby zatajil informace o zdravotním stavu druhé straně. V této souvislosti následně vyvstává etické dilema, kam až sahá naše „moc“ říct nebo neříct pravdu a také to, jakým způsobem do komunikačního procesu vstupuje lékař.

Více než zřejmá tedy je potřeba přijetí diagnózy a prognózy rodinou. Zde mohou ale narážet na sebe odlišné přístupy, představy nemocného totiž nemusí být (a často nejsou) kompatibilní s představami blízkých. V otázce, jak komunikovat náročná témata, zaznívá také potřebnost využití prvků krizové intervence a základních znalostí a dovedností v jejich aplikaci na konkrétní situaci, která může vyvstat. Nezbytnými se tak stávají rodinné konference, které v bezpečném prostředí a s dostatečným časovým komfortem mohou mezi jiným pomoci otevírat náročná témata. Zde se může člen paliativního týmu stát mediátorem v komunikaci mezi klientem a jeho rodinou v závěru klientova života, kdy tito mají také prostor sdělit si navzájem důležité věci, na něž nebyl čas v běžných situacích. Jak potvrzují Pechová a Loučka (5), produktem takovýchto rodinných konferencí by mohl být formalizovaný plán péče v závěru života, podepsaný zúčastněnými stranami, který by sloužil jako vodítko a jakási forma konsenzu i „pojistky" personálu proti případným stížnostem na nedostatečnou péči v procesu umírání.

LEGISLATIVNÍ PODPORA

Efektivní implementace paliativní péče v domovech pro seniory vyžaduje v českém prostředí překonání resortní fragmentace prostřednictvím důsledné aplikace tří základních právních norem. Tyto normy tvoří provázaný systém, který definuje etický rámec, personální legitimitu a ekonomickou udržitelnost paliativních procesů.

Základním kamenem pro poskytování paliativní péče v sociálních službách je Zákon o sociálních službách (9), který v § 2 explicitně definuje jako cíl služby zachování lidské důstojnosti a podporu nezávislosti. V kontextu paliativy je klíčové naplňování Standardů kvality sociálních služeb, zejména standardu č. 1 (Cíle a způsoby poskytování služeb) a č. 5 (Individuální plánování).

Aby mohl paliativní tým v domově pro seniory legálně vyvíjet svou činnost, musí se opírat o Zákon o zdravotních službách (1). Ten v § 5 odst. 2 písm. f definuje paliativní péči jako formu zdravotní péče zaměřenou na zmírnění utrpení a zachování kvality života. Zásadním ustanovením je § 11 odst. 2 písm. bd, který dává domovům pro seniory status poskytovatele sociálních služeb oprávněného poskytovat zdravotní služby. Tento legislativní „most" tvoří nezbytný právní podklad pro existenci zdravotnických pozic (včetně lékaře-specialisty) přímo v organizační struktuře sociálního zařízení, čímž legitimuje jejich odborné intervence u lůžka klienta.

Ekonomická stabilita paliativních týmů je v konečném důsledku závislá na Zákonu o nemocenském pojištění (10). Ten určuje pravidla pro úhradu zdravotních výkonů z prostředků zdravotních pojišťoven. Pro domovy pro seniory je klíčové nasmlouvání odbornosti 913 (všeobecná sestra v sociálních službách).

Zásadním posunem v posledních letech je možnost vykázání výkonů paliativní medicíny, jako je například signální kód pro paliativní konzilium. Tyto úhrady jsou však podmíněny striktním splněním požadavků na personální a technické vybavení (např. dostupnost lékaře s příslušnou atestací a materiální zajištění pro symptomatickou léčbu). Právě schopnost zařízení naplnit tyto podmínky a uzavřít smluvní vztah s pojišťovnou je dnes dělícím prvkem mezi zařízením poskytujícím pouze základní ošetřovatelskou péči a moderním domovem s plnohodnotným paliativním programem.

V rámci nastavování legislativních procesů a jejich implementace Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky je zřetelný zájem o podporu paliativní péče včetně domovů pro seniory, který se opírá o zjištění mezirezortního informačního systému propojujícího populační a komplexní data ze zdravotních i sociálních služeb. Toto je také důvod pro vznik dokumentu pod názvem Strategie rozvoje paliativní péče v ČR do roku 2035, o němž jsme se zmiňovali již výše. V dokumentu je predikováno, že se stárnutím populace se bude v dalších zhruba 20 letech zvyšovat potřeba následné a dlouhodobé péče. Tvrdí, že potřebné kapacity sociálnězdravotních služeb jsou predikovatelné a platí to zejména o péči o seniorní pacienty v závěru života. Více než 60 % ročních úmrtí je očekávatelných a 60 % z nich proběhne na akutním nemocničním lůžku. Pacientů s chronickým onemocněním a očekávaným úmrtím, kteří zemřeli na akutním lůžku a neměli žádnou paliativní péči, bylo v roce 2021 přes 43 000. Pokud nedojde ke změně, zvýší se za deset let toto číslo na 150 000. Celý systém včetně paliativní péče v domovech pro seniory je tedy třeba dimenzovat v návaznosti na zjištění analýz a prediktivních modelů demografického vývoje (7).

PŘÍKLADY DOBRÉ PRAXE

To, že implementace paliativní péče do lůžkových zařízení sociálních služeb není jen teoretickým konceptem, ale má již konkrétní praktické výstupy, potvrzuje projekt „program rozvoje paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory", který se uskutečnil ve 30 zařízeních napříč Českou republikou od 1. 1. 2021 do 31. 12. 2024. Projekt byl financován z fondu Abakus (www.abakus.cz) za odborného partnerství Centra paliativní péče (www.paliativnicentrum.cz) a organizace Sue Ryder (www.sue-ryder.cz). Evaluační zpráva tohoto projektu (11) potvrzuje dvanáct tvrzení dokládajících pozitivní dopad programu. Z těchto tvrzení bychom zdůraznili především podporu kompetencí zaměstnanců, zavedení zcela nové pozice koordinátora paliativní péče, zavedení nástrojů pro dokumentaci plánů péče v závěru života, zavedení mentoringu a prohloubení spolupráce poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb v regionech. Nezanedbatelnou roli také hraje skutečnost, že program má udržitelné výsledky.

Úspěšnost implementačního programu dokazují také data poukazující na snížení úmrtí klientů v nemocnicích v prvním běhu programu o 27%, ve druhém běhu o 12%. Důkazem úspěšné implementace je i to, že v místě dle svých preferencí zemřelo v roce 2024 přibližně 70 % klientů organizací prvního i druhého běhu programu (11).

ZÁVĚR

Paliativní péče v závěru života člověka není omezena pouze na akutní lůžkovou péči, ale má mnohem širší možnosti implementace, aniž by ztratila nebo rozmělnila svá vlastní východiska a specifika. Tento přehledový článek se snažil poukázat na skutečnost, že v českém prostředí se tomu tak již děje mimo jiné i v rámci pobytových zařízení sociálních služeb.

Publikační výstupy, informační letáky i konkrétní zkušenosti jednotlivých zařízení mohou v návaznosti na podporu ze stra-

ny ministerstev i zapojených odborných organizací poskytnout sdílení dobré praxe i motivaci pro změnu pro další zájemce. Jen tímto způsobem je možné, aby klient za podpory svých rodinných příslušníků i edukovaných a aktivních zaměstnanců prožil poslední chvíle svého života v prostředí zaměřeném na posilu jeho důstojnosti a s jedinečným individuálním přístupem.

Autor deklaruje, že nemá žiadny potenciálny konflikt záujmov.

ThLic. Václav Tomiczek, Ph.D.
Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií,
Českobratrská 16, 702 00 Ostrava
vaclav.tomiczek@osu.cz

Literatura

1. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Online. In: Sbírka zákonů České republiky, 2011, částka 131. Dostupné z: https://e-sbirka.gov.cz/sb/2011/372/2025-04-01?zalozka=text [cit. 2026-05-27].
2. Sláma O, Kabelka L. Paliativní medicína pro praxi. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2022.
3. Novotný R, Novotná Z, Andraščíková Š, et al. Dignity of individuals with dementia, palliative care, and futile treatment. Online. Ethics & Bioethics. 2023;13(1-2):38-50. Dostupné z: https://doi.org/10.2478/ebce-2023-0009 [cit. 2026-05-27].
4. Craig S, Cao Y, McMahon J, et al. Exploring the Holistic Needs of People Living with Cancer in Care Homes: An Integrative Review. Online. Healthcare. 2023;11(24):3166. Dostupné z: https://doi.org/10.3390/healthcare11243166 [cit. 2026-05-27].
5. Pechová K, Loučka M. Factors Influencing Decision Making in Terminal Hospitalization of Nursing Home Residents: A Qualitative Study of the Perspective of Nurses, Social Workers, and General Practitioners. Online. Journal of Gerontological Social Work. 2023;66(7):942-959. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/01634372.2023.2199796 [cit. 2026-05-27].
6. Tomiczek V, Dvořáková T, Hanyášová H. Možnosti implementace paliativní péče v rámci sociálních služeb. Online. PAL.MED.CZ. 2024;5(3):41-46. Dostupné z: https://www.palmed.cz/pm/article/view/215 [cit. 2026-05-27].
7. MZČR. Strategie rozvoje paliativní péče v ČR do roku 2035: analytická část. Online. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2025. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2025/04/Analyticka-cast-Strategie-rozvoje-paliativni-pece-v-CR-do-roku-2025.pdf [cit. 2026-05-27].
8. Bavelaar L, Visser M, Walshe C, et al. The impact of the mySupport advance care planning intervention on family caregivers' perceptions of decision-making and care for nursing home residents with dementia: pretest-posttest study in six countries. Online. Age and Ageing. 2023;52(3). Dostupné z: https://doi.org/10.1093/ageing/afad027 [cit. 2026-05-27].
9. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Online. In: Sbírka zákonů České republiky, 2006, částka 37. Dostupné z: https://e-sbirka.gov.cz/sb/2006/108?zalozka=text [cit. 2026-05-27].
10. Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. Online. In: Sbírka zákonů České republiky, 2006, částka 64. Dostupné z: https://e-sbirka.gov.cz/sb/2006/187?zalozka=text [cit. 2026-05-27].
11. ABAKUS nadační fond. Program rozvoje paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory, 2021–2024. Online. Praha: Abakus nadační fond, 2024. Dostupné z: https://abakus.cz/file/ke-stazeni/Evaluacni-zprava-2025-online.pdf [cit. 2026-05-27].

NOVINKA ▪ MÁJ 2026 ▪ SOLEN

UCELENÝ POHĽAD NA PSYCHOPATOLÓGIU

Nová slovenská odborná publikácia zameraná na symptómy psychických porúch

Publikácia ponúka ucelený pohľad na psychopatológiu ako základnú disciplínu psychiatrie. Autor predstavuje jej historické korene, vývoj terminológie a jej prepojenie s kultúrnym dedičstvom antiky. Sleduje, ako sa tento odborný jazyk vyvíjal až do súčasnosti pod vplyvom modernej psychiatrie a anglickej odbornej literatúry. Zdôrazňuje význam psychopatológie ako nástroja na porozumenie, opis a klasifikáciu porúch psychických procesov, ktorá napriek technologickému pokroku v neurovedách stále zostáva základom diagnostiky duševných porúch. Publikácia je určená hlavne študentom medicíny a psychológie, psychiatrom, psychológom a predstaviteľom všetkých pomáhajúcich profesií, ktorí hľadajú prehľadné, systematické a kultúrno-historicky ukotvené zhrnutie poznatkov o psychopatológii.

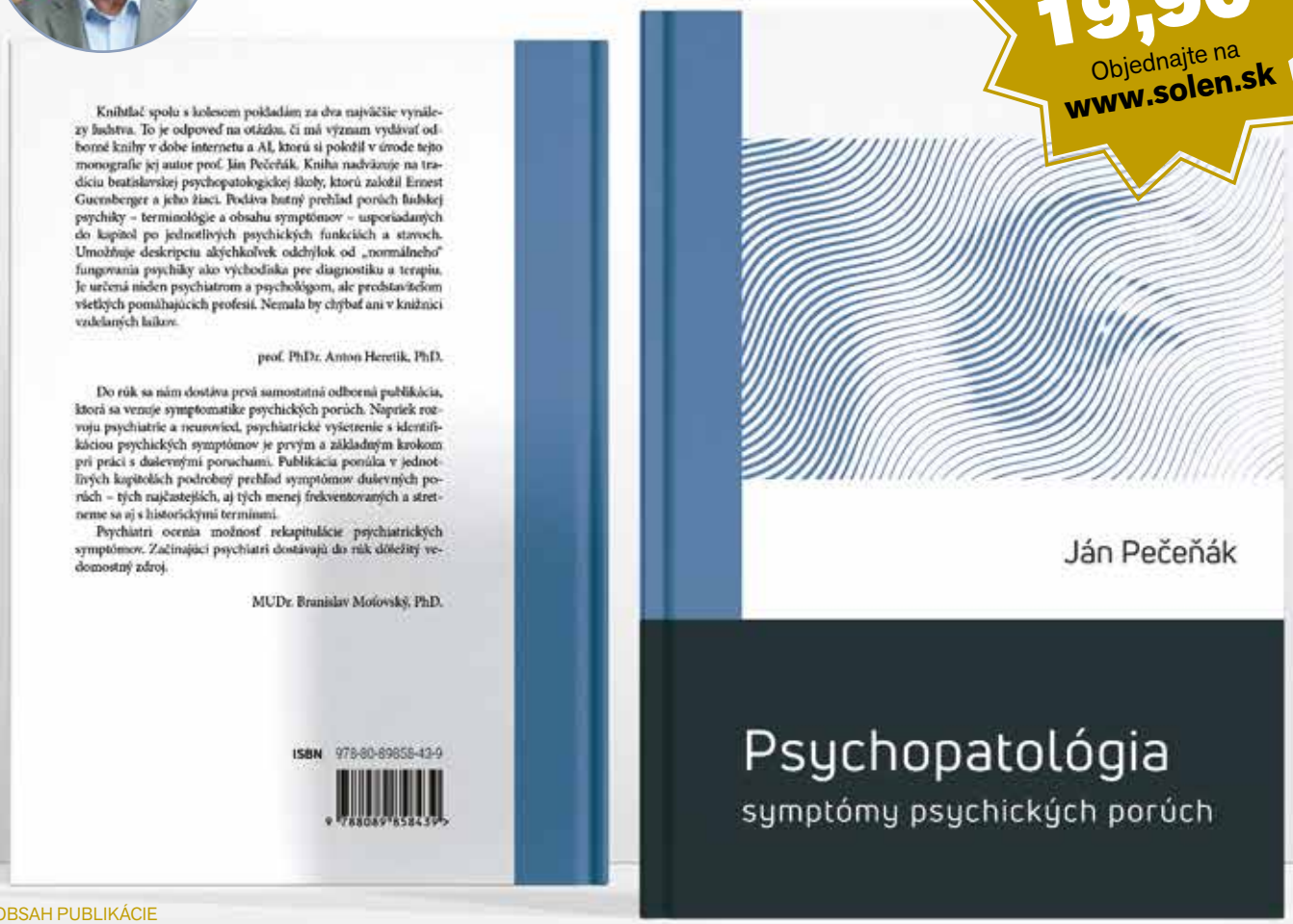
Prof. MUDr. Ján Pečeňák, CSc.	Máj 2026	14	133	148 x 210 mm
autor	dátum vydania	kapitol	strán	formát



Prof. MUDr. Ján Pečeňák, CSc. (1956) je významný slovenský psychiater. Od roku 1994 pôsobí na Psychiatrickej klinike LF UK v Bratislave, kde v rokoch 2012 – 2022 zastával funkciu prednostu kliniky. Jeho odborné zameranie je široké. Patril k odborníkom, ktorí uvádzali novšie koncepty prístupu k ADHD a autizmu. Významnou je rozsiahla prednášková a publikačná činnosť zameraná na psychofarmakológiu, či výskumné poznatky o epidemiológii vybraných psychických porúch v Slovenskej republike. V roku 2016 mu bol udelený titul profesor v odbore psychiatria.

Uvádzacia cena **19,90 €**

Objednajte na **www.solen.sk**



OBSAH PUBLIKÁCIE

Vedomie
Vnímanie
Pozornosť
Myslenie
Intelekt a inteligencia
Pamäť
Emotivita
Pudy
Konanie
Spánok a fyziologické funkcie
Osobnosť a jej poruchy
Novšie prístupy k psychopatológii
Príloha – Rodová identita, pohlavie a rod

Objednajte na **www.solen.sk**

Dostupné na www.solen.sk, na konferenciách organizovaných spoločnosťou SOLEN a vo vybraných kníhkupectvách.

SOLEN MEDICAL EDUCATION

Knižná edícia MEDUCA

Význam dotyku v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti

Mgr. Martina Nebošková, PhD.
Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Martin

V klinickej praxi je dotyk často redukovaný na funkčnú a technickú súčasť starostlivosti. Výskumy však ukazujú, že aj obyčajný ľudský empatický dotyk môže prispievať k zmierňovaniu utrpenia, úzkosti, a posilňovať vzťah medzi sestrou a pacientom. Tento príspevok analyzuje význam dotyku v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom prepojenia empirických poznatkov s fenomenologickým chápaním dotyku ako vzťahovej skúsenosti zakorenenej v telesnosti a zraniteľnosti človeka. Príspevok tiež identifikuje bariéry spojené s empatickým dotykom a v kontexte vzdelávania zdravotníkov zdôrazňuje potrebu systematicky rozvíjať neverbálnu komunikáciu. Dotyk predstavuje nenahraditeľný prvok holistickej paliatívnej starostlivosti, ktorý môže významne prispieť k humanizácii klinickej praxe.

Kľúčové slová: *paliatívna ošetrovateľská starostlivosť, dotyk, fenomenológia, telesnosť, zraniteľnosť*

The Importance of touch in palliative nursing care

In clinical practice, touch is often reduced to a functional and technical component of care. However, research shows that basic human, empathetic touch can help alleviate suffering, anxiety and strengthen the relationship between the nurse and the patient. This paper examines the significance of touch in palliative nursing care by linking empirical findings with a phenomenological understanding of touch as a relational experience rooted in human embodiment and vulnerability. It also identifies barriers associated with empathetic touch and, in the context of healthcare education, emphasizes the need for systematic development of nonverbal communication skills. Touch represents an indispensable element of holistic palliative care that can significantly contribute to the humanization of clinical practice.

Key words: *palliative nursing care, touch, phenomenology, embodiment, vulnerability*

Paliat. med. liec. boles., 2026;19(1e):11-14

DOTYK AKO SÚČASŤ HOLISTICKEJ STAROSTLIVOSTI

Ošetrovateľská starostlivosť je založená na holistickom prístupe k človeku, ktorý prekonáva redukciu pacienta na súbor symptómov a diagnózu. Tento prístup je dôležitý v každom ošetrovateľskom (a medicínskom) kontexte a v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti zohráva mimoriadne významnú úlohu, keďže má smerovať k „zmierňovaniu vážneho utrpenia súvisiaceho so zdravím, či už fyzického, psychologického, sociálneho alebo spirituálneho“ a „musí byť dostupná na všetkých úrovniach starostlivosti“ (1). Paliatívna starostlivosť môže byť potrebná bez ohľadu na to, z akého ochorenia alebo stavu utrpenie pacienta pramení, pričom jej nezanedbateľnou časťou je starostlivosť o pacientov, ktorých smrť je neodvratná. V tomto kontexte zohráva významnú úlohu vzťah medzi zdravotníckym personálom a pacientom. Vzťah, ktorý sa neodohráva výlučne prostredníctvom slov, ale aj prostredníctvom tela.

Jednou z kľúčových foriem neverbálnej komunikácie v ošetrovateľskej praxi je dotyk. „Sestra neverbálnou komunikáciou, ako je dotyk, pohladenie, podržanie za ruku, či úsmevom zmierňuje utrpenie a vyjadruje spolucítenie s pacientom“ (2). Dotyk je však pre sestry aj pacientov pomerne ambivalentnou skúsenosťou. Na jednej strane je dotyk súčasťou ľudského života, ktorého nutnosť a potreba sprevádzajú ľudí každou životnou fázou, no súčasne je intímnou záležitosťou, ktorá zasahuje do osobného priestoru človeka, a to nielen vo fyzickom zmysle.

O dotyku sa v klinickej praxi uvažuje primárne funkčne a technicky, keďže je nutnou súčasťou takmer všetkých výkonov a intervencií sestry. Rovnako aj v rámci vzdelávania zdravotníkov býva dotyk redukovaný na jeho technický a procedurálny aspekt, prípadne sa v kontexte profesijných hraníc zdôrazňuje riziko vyvolania diskomfortu pacienta v reakcii na dotyk (3), keďže ide o zásah do jeho intimity či integrity. V (paliatívnej) ošetrovateľskej starostlivosti má však dotyk nezanedbateľné pozitívne účinky na kvalitu starostlivosti. Empirické štúdie ukazujú, že aj krátky, neinvazívny empatický dotyk môže prispievať k zmierňovaniu bolesti, znižovaniu pocitu úzkosti a osamelosti, navodzovať pocit bezpečia a posilňovať vzťah medzi sestrou a pacientom (4, 5, 6, 7).

V posledných rokoch sa v klinickej praxi rozšírili rôzne koncepty, ktoré pracujú s dotykom cielene a metodicky, a to napríklad bazálna (somatická) stimulácia (8), či rôzne formy masážnej terapie (9, 10). Na pozadí týchto intervencií však zostáva pomerne málo reflektovaný práve jednoduchý, nenútený, *obyčajný* ľudský dotyk, ktorý nadobúda dôležitý vzťahový a existenciálny význam, a to pre pacienta rovnako ako aj pre sestru.

FENOMENOLOGICKÝ ROZMER DOTYKU

Prečo je ale dotyk taký prínosný a prečo je pre ľudí dôležitý v náročných situáciách, existenciálnych krízach, či blízkosti smrti? Odpovede na tieto otázky presahujú hranice ošetrovateľstva a smerujú k širším filozofickým úvahám o ľudskej telesnosti, a to najmä fenomenologickým. Fenomenológia je bežne uplatňovaná v kvalitatívnych ošetrovateľských výskumoch ako metodologické východisko pri komplexnom skúmaní prežívanej skúsenosti pacientov a ponúka hlbší spôsob porozumenia tomu, ako človek zakúša chorobu, utrpenie, či celkovú starostlivosť. Keďže fenomenológia kladie dôraz na prežívanú skúsenosť človeka, môžeme z daného rámca čerpať aj reflexiu dotyku ako súčasti skúsenosti v ošetrovateľskej starostlivosti. Práve filozofické reflexie telesnosti,

a to najmä v dielach Edmunda Husserla, Mauricea Merleau-Pontyho a Emmanuela Lévinasa, poskytujú konceptuálny rámec, ktorý umožňuje interpretovať dotyk ako vzťahový fenomén, akým sa človek vo svojej telesnosti stretáva so sebou samým, s druhým a so svetom.

Východiskom fenomenologických myšlienok je chápanie človeka ako telesnej bytosti.

Toto ponímanie sa však výrazne líši od bežného, materialistického pohľadu na telo ako na objekt, ktorý je prítomný v súčasnej biomedicínskej paradigme. Telo je spravidla skúmané ako fyzický objekt, ako súbor merateľných funkcií a procesov, ktoré možno analyzovať, monitorovať či diagnostikovať. Fenomenológia naproti tomu zdôrazňuje telo ako prežívanú skúsenosť, prostredníctvom ktorej človek vstupuje do vzťahu so svetom, nie „len“ ako materiálny objekt. Edmund Husserl (11) ako prvý rozvinul tieto myšlienky na konceptuálnej úrovni, a to rozlíšením tela ako fyzického objektu označovaného ako *Körper*, a živého tela ako *Leib*, pričom podobného rozlíšenia sa držali aj ďalší autori, ktorí zdôrazňovali koncepty živého tela ako *corps vivant* / *la chair* (Maurice Merleau-Ponty), či *corps vécu* (Emmanuel Lévinas). Aj napriek odlišnej terminológii a podstatnejším odlišnostiam koncepcií, každý z uvedených autorov vychádza z presvedčenia, že telo je niečo, čo je prežívané a zakúšané. Vnímame seba samých ako *žijúcich,* a tým sa nemyslí len kontrast s neživým (mŕtvym) telom. Prežívame skúsenosť tela, pričom ide o spôsob našej existencie vo svete, spôsob, ako ho „ja“ zakúšam zvnútra, ide o telo, v ktorom sa prelína subjekt a svet.

Podľa Merleau-Pontyho je naša celá existencia primárne telesná práve preto, že ju zakúšame živým telom. Vždy sa nachádzame v nejakom priestore, pohybujeme sa v ňom, niečoho sa dotýkame a súčasne sme dotýkaní (12). V súvislosti s paliatívnou ošetrovateľskou starostlivosťou je inšpiratívny práve tento koncept reverzibility dotyku, ktorý Merleau-Ponty bližšie vysvetľuje na príklade dotyku vlastných rúk. Keď sa naše ruky dotýkajú, nie je možné priamo oddeliť, ktorá je tá dotýkajúca a ktorá naopak dotýkaná. „Keď pritlačím svoje dve ruky k sebe, nejde o dva pocity vnímané spolu tak, ako človek vníma dva vedľa seba položené objekty, ale o nejednoznačné usporiadanie, v ktorom obe ruky môžu striedavo zastávať úlohy ‚dotýkajúcej sa‘ a ‚tej, ktorá je dotýkaná‘“ (13, s. 106). Rovnako je to aj v prípade, že sa nedotýkame seba samého, ale niekoho iného. Na jednu stranu tento dotyk vnímame ako aktívny pohyb vynaložený naším telom, na druhú stranu je v tom momente aj naše telo tým, ktoré je dotýkané a dokážeme striedať tieto perspektívy podľa toho, ako sa zameriame na vnemy pri tomto dotyku. Dotyk druhej osoby, druhého tela, tak nikdy nie je jednostranný, ale vzťahový (relačný).

Rovnaká ambivalencia skúsenosti je prítomná aj pri samotnom vnímaní druhého človeka. V prítomnosti s druhým človekom sme rovnako tými, kto vnímajú, ako aj tými, ktorí sú vnímaní. Tak aj druhých spoznávame analógiou k svojmu vlastnému telesnému prežívaniu. Správanie sa, gestikulácia, pohyby či výraz tváre sú nám zrozumiteľné aj na druhom človeku vďaka našej vtelenej skúsenosti. Toto porozumenie druhého je okamžité a bezprostredné (12).

Na jednu stranu je teda dotyk momentom, prostredníctvom ktorého človek rozlišuje seba a druhého, no zároveň sa prostredníctvom vzájomného dotyku vytvára vzťah. V kontexte (paliatívnej) ošetrovateľskej starostlivosti, ako tvrdí Catherine Green (14), dotyk nikdy nezasahuje *iba* pacienta. V momente fyzického kontaktu je aj sestra dotykom priamo zasiahnutá (v anglickom jazyku výstižne vyjadrené ako *being touched*), jej telo reaguje na pacientovo telo, vníma jeho zraniteľnosť, bolesť či úzkosť a nevyhnutne na ne odpovedá. Dotyk ju tak nielen uvádza do bezprostrednej blízkosti pacienta, ale zároveň ju vtiahne do jeho existenciálnej situácie. Dotyk sa tak stáva aj akýmsi médiom, prostredníctvom ktorého je formovaná aj identita samotnej sestry. Každé dotykové stretnutie ju môže posilniť v prežívaní poskytovania starostlivosti a zodpovednosti, alebo ju oslabiť, či dokonca zraniť, ak je kontakt s pacientovou zraniteľnosťou príliš náročný. V tomto zmysle dotyk nielen sprostredkuje starostlivosť, ale spoluutvára osobnú aj profesijnú identitu. Sestra sa prostredníctvom týchto situácií zakaždým učí, kto je vo vzťahu k sebe samej, ale aj vo vzťahu k pacientovi v jeho celistvosti a jedinečnosti ako ľudskej osoby.

Peter Urban (12) vyzdvihuje ďalšiu zaujímavú fenomenologickú perspektívu, ktorú môžeme nájsť u Lévinasa, a to etický aspekt telesnosti. Živé telo je pre neho predovšetkým zraniteľné telo. Prostredníctvom tela človek zakúša hlad, bolesť, strach či bezmocnosť a práve táto skúsenosť zraniteľnosti zakladá jeho etickosť. Telo je miestom potreby a závislosti, a tým aj miestom, kde sa rodí vzťah k druhému človeku ako k niekomu, kto môže trpieť. Živé telo je aj eticky významné, pretože nás vedie k uvedomeniu, že druhý človek je osoba, ktorá môže byť zasiahnutá naším konaním. Vysvetľuje to, ako zraniteľnosť zakúšaná vo vzťahu medzi sestrou a pacientom vedie k prevzatiu morálneho záväzku na strane sestry, ktorý ju motivuje odpovedať na túto zraniteľnosť, a to poskytnutím starostlivosti. A nielen to. Nabáda sestru reflektovať pacienta ako osobu v celej jej komplexnosti, celistvosti, a jedinečnosti, inak povedané, motivuje ju to k poskytnutiu *holistickej* starostlivosti.

DOTYK V PRAXI: VÝZVY, HRANICE A POTENCIÁL

Tým, že dotyk zasahuje rovnako tak pacienta ako aj sestru, je zjavné, že vytvára priestor aj pre formovanie dôverného vzťahu medzi sestrou a pacientom. Nenútený, podporujúci dotyk, v rôznych výskumoch označovaný ako *terapeutický* (15), *emocionálny – empatický* (4), *expresívny* (3), dáva najavo, že trpiaci človek je nielen objektom starostlivosti, ale predovšetkým súčasťou vzťahu. Pomáha zmierňovať úzkosť, redukovať pocit izolácie, uľahčuje nadväzovanie dôvery a vytvára priestor, v ktorom pacient môže bezpečnejšie prežívať svoje obavy, strach či smútok. Zároveň pomáha sestre vstúpiť do skutočného kontaktu s pacientovou skúsenosťou, bez potreby slov. To je v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti často dôležité, pretože dotyk predstavuje jednu z mála foriem komunikácie, ktorá je možná aj vtedy, keď sa pacient postupne vzďaľuje od bežných sociálnych interakcií. Strata síl, úbytok kognitívnych schopností či zhoršovanie verbálnej komunikácie môžu pre pacienta znamenať, že reč, ktorú celý život používal na porozumenie a sprostredkovanie svojich potrieb a emócií, prestáva byť spoľahlivá. Rovnako aj Kübler-Ross (16) pripomína, že v interakcii s umierajúcimi často prestáva

mať takú váhu verbálna komunikácia. Tichá, pokojná a súcitná prítomnosť má často väčší význam než slová. Jednoduché prejavy ako dotyk, pohľad, či spoločne strávený čas v tichu, dáva pacientovi pocit, že nie je sám. Navyše, fenomenologická perspektíva o telesnom pôvode reči (17) nás nabáda premýšľať o dotyku ako o primárnej forme komunikácie, nie ako o nejakom zvyšku komunikácie, ktorý ostáva, keď je limitovaná verbálna komunikácia.

Z pohľadu sestier sa však dotýkanie sa pacienta môže spájať aj s negatívnymi emóciami (18), sestry často premýšľajú a spochybňujú, či je dotyk v konkrétnej situácii vhodný, a to napríklad z dôvodu rodových či kultúrnych rozdielov (3), či iných faktorov ako vek, pacientov stav, ako aj časť tela, ktorá je dotýkaná (19). Taktiež môže byť prijímanie dotyku z perspektívy pacienta ovplyvnené jeho životnými skúsenosťami, výchovou či tým, ako prežíva vlastnú zraniteľnosť.

Dotyk môže byť pacientovi nepríjemný alebo bolestivý, najmä ak ide o nevyhnutný dôsledok starostlivosti o poranené časti tela, ako aj o presuny a polohovanie pacienta. Môže sa stať zdrojom utrpenia aj vtedy, keď je necitlivý, nerešpektuje intimitu a integritu pacienta, alebo nie je sprevádzaný dostatočným vysvetlením a vnímaním jeho aktuálneho prežívania (20).

Kľúčovým aspektom zdravotnej starostlivosti je mocenská asymetria medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom. Dotyk je najčastejšie iniciovaný zdravotníkom, ktorý disponuje odbornou autoritou a legitimitou vstupu do osobného (telesného) priestoru pacienta, pričom pacient sa ocitá skôr v pasívnej pozícii, kde jeho súhlas môže byť implicitne predpokladaný, ale v skutočnosti ho pacient nedáva. V tomto zmysle sa dotyk stáva nástrojom moci (21), ktorý umožňuje kontrolu nad telom pacienta a môže byť prežívaný ako strata autonómie. Ak sestra tieto nerovnosti nereflektuje, môže mocenské nerovnosti nevedome prehlbovať. Zároveň je dotyk citlivý na nesprávnu interpretáciu, sexualizáciu a prekročenie hraníc sociálneho komfortu pacienta. Riziko mocenskej nerovnosti môže byť navyše umocnené pri zraniteľných skupinách pacientov, ako sú deti, starší pacienti, imobilní pacienti, pacienti prežívajúci ťažkosti s duševným zdravím, alebo pacienti so zníženými intelektuálnymi kapacitami, pri ktorých je potrebné obzvlášť citlivo zvažovať prijateľnosť dotyku.

V neposlednom rade zohrávajú významnú úlohu kultúrne presvedčenia, normy a rodové rozdiely, ktoré môžu viesť k tomu, že dotyk je pacientmi vnímaný ako nevhodný, zahanbujúci alebo neprijateľný, najmä ak nerešpektuje náboženské pravidlá a zvyklosti (21, 22, 23). Môže ísť napríklad o preferenciu zdravotníka rovnakého pohlavia, najmä pri intímnej starostlivosti. Mnohé kultúry a náboženstvá striktne obmedzujú dotyk medzi osobami opačného pohlavia mimo partnerských či rodinných vzťahov, čo je takisto potrebné zohľadňovať.

Takto vymedzený kontext ukazuje, že dotyk nemusí byť samozrejmý ani jednoznačný. Pokiaľ má sestra neistoty z prijatia dotyku, ide o opodstatnené obavy. Nie je to však dôvod, ktorý by mal viesť k úplnému vyhýbaniu sa dotyku či k rezignácii na jeho terapeutické využitie. Podľa Kelly et al. (3) si pacienti vyberajú, či chcú komunikovať prostredníctvom dotyku. Preto je dôležité pristupovať k dotyku ako k procesu, ktorý sa nezačína samotným fyzickým kontaktom, ale už spôsobom, akým sestra pozýva pacienta k dotyku. Sestra v prvom rade dáva najavo, že ona sama je pripravená prijať dotyk, pokiaľ ho chce iniciovať samotný pacient. Takisto môže prizvať pacienta k dotyku aj gestami, ako je podanie ruky a následne sledovať reakciu pacienta, vnímať jeho postoj, náladu, reč tela. Rovnako, ako keď spoznávame nových ľudí v sociálnom kontexte, je potrebné senzitívne objavovať hranice komfortu druhej osoby, čo je prirodzenou súčasťou ľudskej interakcie. Dotyk sa pacientom prijíma oveľa ľahšie, pokiaľ ide o dlhodobejšiu kontinuálnu starostlivosť, resp. pokiaľ majú priestor vytvoriť si bližší, osobnejší či dôverný vzťah so sestrou, keď sa dotyk stáva spontánnym a dáva pacientovi pocit emocionálnej opory (24).

Netreba tiež zabúdať na to, že na sestry sa vzťahujú rovnaké kontextuálne faktory, ako na pacientov. Vyhýbanie sa dotyku môže vychádzať zo životných skúseností sestry, výchovy, náboženských presvedčení, kultúrneho kontextu, postoja k vlastnej telesnej integrite, a mnohých iných. Nie je preto výnimočnou situáciou, keď sa sestra vedome *rozhodne* (3), že sa bude dotýkať pacienta výlučne pri výkone starostlivosti. Keďže dotyk je intímna forma komunikácie, zvykne znásobiť alebo minimálne prehĺbiť to, ako veľmi je sestra empaticky zainteresovaná v pacientovej situácii, jeho existenciálnej kríze či utrpení. Preto sestry môžu pociťovať bariéry v dotýkaní sa pacientov, aby sa chránili pred tým, čo by ich emocionálne zasiahlo či poznačilo.

Na druhú stranu vie byť dotyk formujúci, niekedy transformatívny a často terapeutický rovnako pre pacienta, ako aj sestru. Navyše, sestry, ktoré sa cítia v používaní dotyku istejšie a prirodzenejšie, zároveň vykazujú lepšiu pracovnú pohodu a celkovo vyššiu mieru profesijného well-beingu. Naopak, nižšia miera komfortu pri fyzickom kontakte je spojená s väčším rizikom vyhorenia a s nižšou pracovnou spokojnosťou (25). Táto dynamika potvrdzuje, že dotyk nepredstavuje len techniku alebo formu starostlivosti, ale výrazne ovplyvňuje aj emocionálne prežívanie a rezilienciu samotnej sestry.

Naše úvahy poukazujú na to, že dotýkanie sa pacienta si vyžaduje viac než len aplikáciu vopred daných normatívnych schém a kľúčový pre prax sa zdá byť kontext. Rovnako aj z fenomenologickej perspektívy nemôžeme usúdiť, či je dotyk sám osebe vhodný alebo nevhodný. Problémom je hlavne to, keď ho chápeme ako izolovaný akt. Dotyk je súčasťou širšieho procesu vzťahového bytia s pacientom, ktorý zahŕňa prítomnosť, vypočutie a aj otvorenosť porozumieť jeho skúsenosti. Ak dochádza k porozumeniu, jeho súčasťou je aj schopnosť rozlíšiť, či je dotyk v danej situácii vhodný a žiaduci.

ZÁVER

Z uvedeného je zjavné, že dotyk komplexne ovplyvňuje paliatívnu ošetrovateľskú starostlivosť, zahŕňajúc skúsenosti pacientov, sestier, rovnako ako aj celkovú kvalitu a holistický rozmer starostlivosti. Reflexia fenomenológie telesnosti má v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti výrazný humanizačný potenciál, pretože obracia pozornosť k vzťahu s pacientom a jeho prežívanej skúsenosti, čím prekonáva vnímanie pacienta výlučne ako objektu intervencie. Umožňuje sestrám vnímať dotyk a telesnú blízkosť ako obojstranné dianie, ktoré ich prirodzene vťahuje do situácie pacienta a zároveň im pomáha uvedomovať si vlastné hranice. Terapeutický poten-

ciál fenomenologického ponímania živého tela zdôrazňuje aj Petra Hroncová (26). Tvrdí, že keď berieme človeka nielen ako „telo, ktoré treba opraviť", ale ako osobu, ktorá svoje telo prežíva, cíti a žije v určitom životnom príbehu, otvorí sa nám úplne iný pohľad na to, ako má vyzerať kvalitná starostlivosť. Motivuje nás to porozumieť dosahom choroby na osobný svet pacienta v jeho jednote a celistvosti.

Dotyk v paliatívnej starostlivosti si preto vyžaduje hlbšiu reflexiu, obzvlášť vzhľadom k nedávnym výzvam spôsobených pandémiou COVID-19, ktorá výrazne obmedzila sociálnu interakciu a fyzický kontakt. Situácia nás nútila strážiť si súkromie, telesnú integritu a chrániť tak svoje zdravie, ako aj zdravie našich blízkych. Dotyk sa pre mnohých stal varovným signálom a nositeľom rizika. Dôsledkom môže byť zvýšená nedôvera ľudí a odmietanie fyzického kontaktu, no rovnako aj jeho posilnená potreba vyvolaná dlhodobým nedostatkom ľudskej blízkosti. Zatiaľ nemáme jednoznačnú odpoveď na to, akým smerom sa vnímanie dotyku v spoločnosti skutočne posunulo. Práve preto je nevyhnutné realizovať aj systematické výskumy smerujúce k porozumeniu, aký je význam dotyku v paliatívnej starostlivosti v post-pandemickom období.

Tento príspevok poukazuje aj na priestor, ktorý sa otvára vo vzdelávaní zdravotníkov, a to najmä v paliatívnej starostlivosti. Spomínané ťažkosti, ktoré sestry zažívajú pri rozhodnutiach, či sa dotýkať alebo nedotýkať pacienta, odkazujú aj na nedostatok tréningu v oblasti neverbálnej komunikácie. Vychádzajúc z fenomenologických prameňov môžeme podporiť, resp. rozšíriť edukáciu študentov ošetrovateľstva a sestier tak, aby rozumeli (aj filozofickému / fenomenologickému) významu dotyku, a aplikovali tieto poznatky v praxi, čo by viedlo k podpore poskytovania kvalitnej holistickej paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Zároveň by to študentov lepšie pripravilo na klinickú prax tým, že by sa cítili istejšie a komfortnejšie pri využívaní dotyku v kontakte s pacientom.

Ako jediný autor rukopisu s názvom Význam dotyku v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti vyhlasujem, že ako autor nemám žiadny konflikt záujmov, ktorý by bolo potrebné transparentne priznať.

Mgr. Martina Nebošková, PhD.
Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave
Malá Hora 5, 036 01 Martin
martina.neboskova@uniba.sk

Literatúra

1. WHO. Palliative care. 2026. Dostupné na: https://www.who.int/health-topics/palliative-care
2. Kurucová R, Žiaková K, Nemcová J. Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2017. 311 s.
3. Kelly M, Svrcek C, King E, et al. Embodying empathy: A phenomenological study of physician touch. Medical Education. 2022;54(5):400-407. Dostupné na: https://doi.org/10.1111/medu.14040.
4. Karlsson L, Rosenqvist J, Airosa F, et al. 2021 The meaning of caring touch for healthcare professionals in an intensive care unit: A qualitative interview study. Intensive & Critical Care Nursing. 2022;68. Dostupné na: https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103131.
5. Ben-Arye E, Portalupi E, Keshet Y, et al. Enhancing Palliative Care With Mindful Touch: Impact of a Manual and Movement Therapy Training Program in an International Multidisciplinary Integrative Oncology Setting. Journal of Pain and Symptom Management. 2021;61(2):229-236. Dostupné na: https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.08.004
6. Reed SM, Smith MC, Kutner JS. Experiences of Caring Through Providing Touch Near End-of-Life. Int J Hum Caring. 2021;25(2):142-155. Dostupné na: https://doi.org/10.20467/humancaring-d-20-00020.
7. Sims S. The significance of touch in palliative care. Palliative Medicine. 1988;2(1):58-61. Dostupné na: https://doi.org/10.1177/026921638800200109.
8. Michňová A, Dobríková P. Bazálna stimulácia v hospicovej starostlivosti. Paliat. med. liec. Boles. Supl. 2012:9-12. Dostupné na: https://www.solen.sk/storage/file/article/Supl_PALMED_S2_2012_A4_Dobrikova.pdf
9. Airosa F, Falkenberg T, Öhlén G, et al. Tactile massage or healing touch: Caring touch for patients in emergency care – A qualitative study. Journal of Holistic Nursing. 2016:31(1):13-23. Dostupné na: https://doi.org/10.1177/0898010115579769.
10. Groninger H. Massage Therapy for Hospitalized Patients Receiving Palliative Care: A Randomized Clinical Trial. J Pain Symptom Manage. 2023;65(5):428-441. Dostupné na: https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.01.011.
11. Husserl E. Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy. Second book. Studies in the phenomenology of constitution. The Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1989.
12. Urban P. Tělo a morální fenomenologie. Mezu Merleau-Pontym a Levinasem. In: Urban, P. (ed.) Fenomenologie tělesnosti, 2011:203-218.
13. Merleau-Ponty M. Phenomenology of Perception. 2nd ed. London, New York: Routledge, 2002. 569 s.
14. Green C. Philosophic reflections on the meaning of touch in nurse–patient interactions. NursingPhilosophy. 2013;14(4):242-253. Dostupné na: https://doi.org/10.1111/nup.12006.
15. Chang SO. The conceptual structure of physical touch in caring. Journal of Advanced Nursing. 2001;33(6):820-827. Dostupné na: https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01721.x.
16. Kübler-Ross E. On Death and Dying. What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families. 3rd ed. London, New York: Routledge, 2009.
17. Bierhanzl J. Pohladit, nebo podat ruku. Levinas a Merleau-Ponty o tělesném původu řeči. In: Urban, P. (ed.). Fenomenologie tělesnosti, 2011:157-166.
18. Picco E, Santoro R, Garrino L. Dealing with the patient's body in nursing: nurses' ambiguous experience in clinical practice. Nursing Inquiry. 2010;17(1):39-46. Dostupné na: https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00481.x.
19. Routasalo P. Physical touch in nursing studies: a literature review. Journal of Advanced Nursing. 1999;30(4):843-50. Dostupné na: https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01156.x.
20. Tengblad J, et al. "I Am Here" – The Importance of Caring Touch in Intensive Care: A Qualitative Observation and Interview Study. Journal of Holistic Nursing. 2024;42(3):254-264. Dostupné na: https://doi.org/10.1177/08980101231198723.
21. Kelly MA, Nixon L, McClurg C, et al. Experience of Touch in Health Care: A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions. Qualitative Health Research. 2018;28(2):200-212. Dostupné na: https://doi.org/10.1177/1049732317707726.
22. Rezkiki F, Rahmayunia Kartika I, Febrina C, et al. Patient Experiences of Receiving the Therapeutic Touch of Nurses in Chronic Illness Care: A Qualitative Study. Jurnal Berita Ilmu Keperawatan. 2026;19(1). Dostupné na: https://doi.org/10.23917/bik.v19i1.10805.
23. Ishikawa Y, Setyowati. Social and Cultural Issues of Indonesian Migrant Nurses in Japan. The Malaysian Journal of Nursing. 2018;10(1):49-56. Dostupné na: https://doi.org/10.31674/mjn.2018.v10i01.007.
24. Routasalo P, Isola A. The Right to Touch and Be Touched. Nursin Ethics. 1996;3(2):165-76. Dostupné na: https://doi.org/10.1177/096973309600300209.
25. Pedrazza M, Minuzzo S, Berlanda S, et al. Nurses' Comfort with Touch and Workplace Well-Being. Western Journal of Nursing Research. 2014;37(6):1-18. Dostupné na: https://doi.org/10.1177/0193945914527356.
26. Hroncová P. Terapeutický aspekt filozofického konceptu živého tela. Trnava: Filozofická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave, 2012. 172 s.

NOVINKA · JÚN 2026 · SOLEN

ČO JE PSYCHICKÁ PORUCHA?

Kniha o povahe psychických porúch a o porozumení ich prežívaniu

Čo presne myslíme, keď hovoríme o psychickej poruche? Kniha Čo je psychická porucha? prináša hĺbkovú a sústredenú reflexiu základných otázok klinickej psychiatrie. Michal Patarák vedie čitateľa cez Jaspersovu fenomenologickú tradíciu, problém subjektivity a ľudského prežívania, hranice neurobiologických interpretácií, diagnostické kategórie, chápanie psychickej poruchy na príklade depresie, význam empatie a vzťah medzi psychiatrom a pacientom. Namiesto jednoduchých definícií ponúka opatrný spôsob uvažovania, označovaný za negatívnu cestu, ktorá skôr odhaľuje to, čo psychická porucha nie je, a pýta sa po metóde, na základe ktorej by bolo možné jasnejšie uvidieť to, čím by v skutočnosti mohla byť.

MICHAL PATARÁK	JÚN 2026	70	372	130 × 200 mm
autor	dátum vydania	kapitol	strán	formát

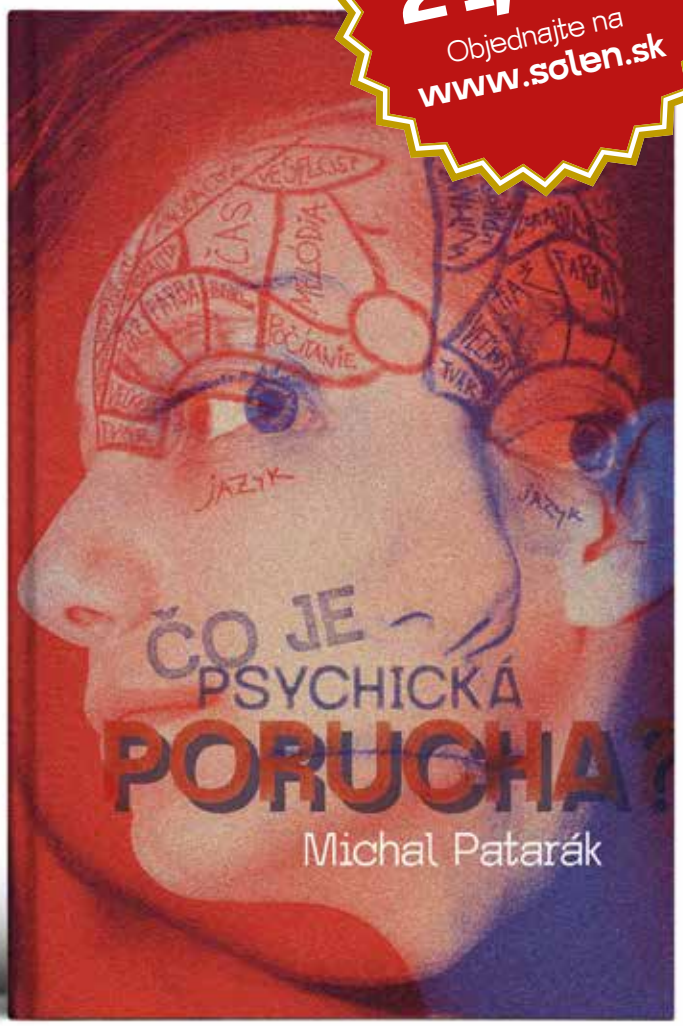


Michal Patarák (1981) je psychiater, ktorý sa aktívne venuje osvete o psychických poruchách, rád diskutuje s verejnosťou o problémoch psychiatrie z pohľadu spoločnosti alebo problémoch spoločnosti z pohľadu psychiatrie, klinicky sa zaoberá prevažne psychopatológiou a profesijne sa snaží prepájať tradičné prístupy s modernými trendmi, pretože je presvedčený o tom, že nie všetko z minulosti je prekonané, a nie všetko nové je prevratné.

Uvádzacia cena **24,90€**

Objednajte na **www.solen.sk**





Kniha je určená nielen psychiatrom, psychológom, psychoterapeutom a čitateľom s akademickým vzdelaním, ale aj náročnejším laikom, ktorí chcú hlbšie porozumieť psychopatológii nielen z klinického a filozofického hľadiska, ale aj psychickej poruche ako osobitnej forme ľudskej skúsenosti.

Objednajte na **www.solen.sk**

Dostupné na www.solen.sk, na konferenciách organizovaných spoločnosťou SOLEN a vo vybraných kníhkupectvách.

SOLEN MEDICAL EDUCATION

Analýza záťažových faktorov súvisiacich so starostlivosťou o zomierajúcich v zariadeniach sociálnych služieb

Prof. PhDr. Mgr. Patricia Dobríková, PhD. et PhD.[1, 2]
[1]*Rímskokatolícka cyrilometodská bohoslovecká fakulta Univerzity Komenského v Bratislave*
[2]*Hospic Milosrdných sestier, Trenčín*

Cieľom štúdie bolo identifikovať a analyzovať špecifické stresové faktory formujúce každodennú realitu personálu pri starostlivosti o zomierajúcich klientov v podmienkach ZSS. Realizovali sme kvalitatívny výskum metódou troch fokusových skupín s celkovým počtom 29 participantov, medzi ktorými boli zastúpené sestry, praktické sestry, opatrovatelia, sociálni pracovníci a riaditelia. Získané empirické údaje boli následne spracované induktívnou tematickou analýzou. Identifikovali sme tri prepojené okruhy záťaže, ktorými sú systémové a inštitucionálne limity, deficit odborných a komunikačných kompetencií a interpersonálna záťaž personálu. Poukázali sme na to, že zvládanie týchto záťažových faktorov si vyžaduje systémové riešenia, posilnenie medziodborovej spolupráce, systematickú podporu personálu a zavedenie opatrení na minimalizovanie záťaže, ktoré sú kľúčovým krokom k humanizácii sociálnych služieb a k prevencii syndrómu vyhorenia.

Kľúčové slová: *zariadenia sociálnych služieb, paliatívna starostlivosť, zomieranie, záťažové faktory*

Analysis of stress factors connected with caring for the dying in social service facilities
The study aimed to identify and analyze the specific stress factors shaping the everyday reality of staff providing care to dying clients in social service facilities. We conducted qualitative research using the method of three focus groups with a total of 29 participants, including nurses, practical nurses, caregivers, social workers, and directors. The collected empirical data were subsequently processed using inductive thematic analysis. We identified three interconnected areas of burden: systemic and institutional limits, a deficit in professional and communication competencies, and the intrapersonal burden of the staff. We highlighted that managing these stress factors requires systemic solutions, enhanced interdisciplinary cooperation, systematic support for staff, and the implementation of measures to minimize the burden, which represent a crucial step toward the humanization of social services and the prevention of burnout syndrome.

Key words: *social service facilities, palliative care, dying, stress factors*

Paliat. med. liec. boles., 2026;19(1e):16-19

STAROSTLIVOSŤ O ZOMIERAJÚCICH V ZSS

Poskytovanie starostlivosti o zomierajúcich v zariadeniach sociálnych služieb (ZSS) predstavuje v súčasnosti jednu z najnáročnejších úloh pre tímy. S narastajúcim podielom staršej populácie a predlžujúcou sa dĺžkou života sa ZSS čoraz častejšie stávajú miestom, kde klienti prežívajú aj svoje posledné dni života. Dôležitosť integrácie paliatívnej starostlivosti do ZSS však naráža na limity súčasného systému, čo u personálu vyvoláva zvýšenú mieru profesijného stresu a psychickej záťaže.

Hoci je kvalita starostlivosti v paliatívnej fáze v ZSS vnímaná ako jeden z ukazovateľov humanizácie sociálnych služieb, analýza záťažových faktorov, ktorým tento personál čelí, je v slovenskom akademickom priestore stále nedostatočne rozpracovaná.

Cieľom tohto výskumného článku je identifikovať a analyzovať špecifické stresové faktory, ktoré formujú každodennú realitu starostlivosti o zomierajúcich v ZSS.

METODOLÓGIA

Zvolili sme kvalitatívny výskumný dizajn metódou fokusových skupín (focus groups). Výskumný súbor tvorilo spolu 29 participantov (N = 29), rozdelených do troch fokusových skupín. Výber respondentov sme realizovali technikou účelového výberu, pričom kritériom bolo ich zamestnanie v zariadení sociálnych služieb na Slovensku na pozícii sestra, praktická sestra, opatrovateľ, sociálny pracovník alebo riaditeľ s minimálne ročnou praxou. Heterogénnosť vzorky bola zabezpečená zastúpením rôznych profesijných pozícií, čo nám umožnilo získať komplexný pohľad na skúmaný fenomén z rôznych perspektív. Každá skupina pozostávala z 9 – 12 účastníkov. Veľkosť skupín sme zvolili tak, aby sa udržala dynamika diskusie, ktorá napomáha participantom formulovať ich názory. Trvanie focus groups bolo v rozmedzí od 60 – 120 minút, pričom výskum prebiehal od novembra 2025 do júna 2026.

Boli dodržané všetky etické náležitosti výskumu, obzvlášť dôvernosť a anonymita účastníkov, z čoho vyplýva vylúčenie akýchkoľvek priamych citácií, nakoľko diskusia sa týkala veľmi citlivých tém.

Zaznamenané údaje sme spracovali metódou induktívnej tematickej analýzy, na základe ktorej sme identifikovali kľúčové okruhy záťaže.

VÝSLEDKY

Tematická analýza odhalila, že stresové faktory v prostredí ZSS nie sú izolovanými javmi, ale tvoria prepojenú a prelínajúcu sa sieť systémových, inštitucionálnych, odborných, komunikačných a interpersonálnych nárokov.

1. Systémové a inštitucionálne limity

Administratívne prekážky

Participanti verbalizovali vysokú mieru byrokracie, ktorá priamo odčerpávala nielen ich čas, ale aj energiu, ktorú by radšej vynaložili na priamu starostlivosť o klienta.

Legislatívna nestabilita a právna neistota

Časté zmeny v zákonoch a absencia jasných metodických usmernení vyvolávajú u zamestnancov ZSS obavy z právnych následkov pri rozhodovaní v kritických situáciách súvisiacich so zomieraním.

Deficit inštitucionálnej podpory

Chýbajúca systematická podpora vo forme častejších individuálnych alebo skupinových supervízií (najmä po úmrtí klienta) a absencia psychológa v tíme vyvolávala u participantov stres a obavy z možného nezvládnutia situácií na pracovisku, ale i v domácom prostredí.

Nevhodné environmentálne faktory pracoviska

Výrazná diskusia sa rozvinula v otázke toho, ako „depresívne a pochmúrne“ vyzerajú priestory zariadenia – najmä ak sú veľmi staré. Participanti tiež vyjadrili stres z toho, že sú v práci neustále zastihnuteľní a aj v čase zákonného odpočinku nemajú príjemnú miestnosť na oddych, kde by neboli vyrušovaní klientmi.

Nepostačujúca spolupráca odborníkov v súvislosti so zomieraním

Slabá kooperácia s mobilnými hospicmi, ktorých je podľa participantov málo a neochotou preťažených všeobecných lekárov a špecialistov spôsobuje, že sa cítia pod tlakom a nie sú si istí svojimi kompetenciami a správnosťou rozhodnutí. Rezonovali sťažnosti na „nedostatok ochotných lekárov“, ktorí by prevzali zodpovednosť za paliatívnu symptomatickú liečbu, aby sa neprenášala zodpovednosť na primárny personál ZSS. Zamestnanci vyjadrili silnú túžbu po formálnej a neformálnej spolupráci s mobilnými hospicmi, všeobecnými lekármi a špecialistami. Podľa participantov by takáto kooperácia znamenala získanie potrebného odborného ukotvenia. Podľa nich by im konzultácie s lekárom dodali istotu v rozhodovaní o ďalšom postupe.

2. Deficit odborných a komunikačných kompetencií

Dilema akútnej intervencie (RZP vs. paliatívna starostlivosť)

Najdlhšie diskutovanou témou bola dilema zavolania Rýchlej zdravotnej pomoci verzus prirodzené zomieranie klienta. Participanti uvádzali hlboký konflikt medzi zákonnou povinnosťou privolať RZP a želaním umožniť dôstojné zomieranie. Vyjadrovali frustráciu z nepochopenia terminálneho stavu u výjazdových tímov a opisovali strach z právnych následkov pri odmietnutí resuscitácie. V mnohých prípadoch privolávajú RZP k zomierajúcemu klientovi len zo strachu, aby neboli obvinení z neposkytnutia pomoci alebo zanedbania starostlivosti. Participanti taktiež uviedli viaceré veľmi konkrétne prípady, keď cítili frustráciu z nedostatočnej miery empatie alebo absencie porozumenia špecifík paliatívnej starostlivosti v ZSS zo strany zasahujúcich záchranárov. V ich praxi dochádza taktiež k napätiu pri rozhodovaní o tom, či je prevoz do nemocnice v súlade s prianím klienta a rodiny.

Stres z odbornej nekompetentnosti

Najmä sestry a opatrovateľky opisovali neistotu v manažmente bolesti, úľave od obťažujúcich symptómov a v ošetrovateľských postupoch v posledných dňoch života.

Anticipačná úzkosť z náhleho zhoršenia stavu

Strach z náhleho zhoršenia zdravotného stavu klienta, ktorý bol dovtedy stabilný, a pocit bezmocnosti pri chýbajúcej okamžitej podpore lekára patrili medzi výrazné záťažové situácie pre personál ZSS. V diskusii dominovali reakcie opisujúce ich strach z nekompetentnosti v čase zomierania vyplývajúci z pocitu nedostatočného vzdelania v tejto oblasti.

Komunikačná nekompetentnosť s klientom a jeho blízkymi

Výrazný deficit u personálu sa prejavuje aj v oblasti komunikačných kompetencií. Zamestnanci sa často cítia komunikačne nespôsobilí viesť náročné rozhovory s klientmi o ich zomieraní, alebo citlivo komunikovať s príbuznými v krízových situáciách. Strach z toho, že povedia niečo nesprávne alebo nedokážu odpovedať na otázky o smrti, vedie podľa nich k vyhýbavému správaniu.

Strach zo spirituálneho a existenciálneho dialógu

Zamestnanci uvádzajú, že sa cítia nekompetentní reagovať v situáciách, keď klienti otvárajú témy posmrtného života, viery alebo existenciálnych otázok o zmysle utrpenia. Tento strach z duchovného dialógu pramení z obavy, že ich osobné názory môžu byť v rozpore s presvedčením klienta, alebo že nedokážu ponúknuť potrebnú oporu. Respondenti sa zhodli na potrebe mať k dispozícii vlastného psychológa, ktorý by pôsobil v dvoch rovinách: ako podpora pre klientov a ako garant duševného zdravia personálu. Zamestnanci uviedli, že prítomnosť psychológa priamo na pracovisku by im umožnila odovzdať klientov v terminálnej fáze do rúk odborníka, ktorý dokáže spracovať existenciálne otázky, na ktoré personál nemá vzdelanie ani čas. Ako pozitívum uvádzali ochotu kňazov prísť k zomierajúcim.

Komunikačná bariéra u klientov s demenciou a s poškodením mozgu

Ako náročný identifikovali aj problém interpretácie potrieb u klientov s demenciou alebo ireverzibilným poškodením mozgu. Zamestnanci opisujú pocit bezmocnosti pri interpretácii prejavov bolesti alebo nepokoja u týchto klientov, ktoré sa často manifestujú agresiou alebo nepokojom. Absencia schopnosti klienta verbálne vyjadriť svoje potreby, zvyšuje mieru úzkosti zamestnancov, ktorí sa obávajú, že napriek snahe neposkytujú dostatočnú starostlivosť.

3. Interpersonálna záťaž

Emocionálna záťaž z kontaktu s rodinou klienta

Participanti poukazovali na to, že príbuzní možno aj vplyvom vlastných nespracovaných emócií súvisiacich s nepriaznivým zdravotným stavom svojho blízkeho verbálne napádajú personál.

Smútok pri sprevádzaní klienta v procese zomierania

Veľkým problémom je pre participantov sprevádzať terminálnou fázou tých klientov, ktorí sú v zariadení dlhší čas a majú k nim vytvorený emocionálny vzťah.

Nedostatok podpory pri spracovávaní smrti klienta

Zamestnancom chýba priestor na zdieľanie ťažkých zážitkov súvisiacich so smrťou klienta s kolegami či odborníkom. Opäť sa rozvinula diskusia o potrebe psychológa a častejších supervízií aj pre zamestnancov. Nevyjasnené otázky týkajúce sa ich emócií, prípadne absencie emócií v nich rezonujú ešte dlhý čas.

Vplyv nespracovaných súkromných strát

Osobitnú dimenziu interpersonálnej záťaže predstavuje situácia, keď dochádza k prieniku osobnej histórie zamestnanca do jeho profesionálnej roly. Z analýzy výpovedí vyplýva, že starostlivosť o zomierajúcich otvára a zrkadlí ich vlastné, osobné rany. Je to najmä vtedy, ak zamestnanec aktuálne prechádza alebo v minulosti prešiel stratou blízkeho človeka, ktorú nespracoval. Personál opísal aj tendenciu premietať si do zomierajúcich klientov svojich vlastných zosnulých príbuzných, čo vedie k emocionálnemu zaplaveniu.

Absencia externého uznania a porozumenia

Participanti uvádzali, že ich práca je vonkajšou komunitou vnímaná ako podradná. Z výpovedí respondentov jasne vystupuje fenomén rozporu medzi reálnou, vysokou komplexnosťou vykonávanej práce a jej nízkym spoločenským statusom. Zároveň vyjadrovali frustráciu z toho, že ich blízki a priatelia nechcú počuť o náročných situáciách týkajúcich sa zomierania v ZSS.

DISKUSIA

Naším cieľom bolo identifikovať a analyzovať špecifické stresové faktory, ktoré formujú každodennú realitu starostlivosti o zomierajúcich v zariadeniach sociálnych služieb na Slovensku. Induktívna tematická analýza dát z fokusových skupín ukázala, že personál v ZSS čelí komplexnej a prelínajúcej sa sieti záťaží. Tieto nároky siahajú od makrosystémových limitov až po individuálnu interpersonálnu rovinu. Potvrdili sme, že záťaž zamestnancov v ZSS pri starostlivosti o zomierajúcich nie je len individuálnym psychickým problémom, ale komplexným systémovým fenoménom.

Výsledky nášho výskumu indikovali vysokú mieru profesijnej úzkosti manažmentu a personálu ZSS z nejasného a často sa meniaceho legislatívneho rámca. Tento stav môže vyplývať z pretrvávajúceho rezortizmu v zmysle oddelenia zdravotnej a sociálnej sféry.

Zásadným stresorom je izolovanosť ZSS od špecializovanej zdravotnej starostlivosti, z čoho vyplýva nedostatočná kooperácia medzi ZSS, všeobecnými lekármi, špecialistami a mobilnými hospicmi. Hoci legislatívne zmeny v oblasti zdravotnej starostlivosti (novela zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti z roku 2022) formálne definovali a posilnili postavenie dlhodobej a paliatívnej starostlivosti, ich reálna implementácia a prepojenie so sociálnym sektorom si vyžaduje množstvo času a energie. Podobne sa o uvedenom fenoméne vyjadrujú aj autori českej metodiky GeriPASS (1), ktorí sa snažia implementovať geriatrickú paliatívnu starostlivosť v pobytových sociálnych službách v Českej republike. Poukazujú na to, že na začiatku implementačného programu sa niektoré organizácie stretávali s rezistenciou a pasívnym odporom personálu, čo si vyžadovalo spoločné stretnutie s podrobným vysvetlením, prečo je paliatívnu starostlivosť potrebné začleniť do uvedeného zariadenia. Okrem toho sa u nich taktiež objavil zásadný problém, ktorým bola veľmi slabá spolupráca so všeobecnými lekármi, či už z časovej kapacity, z dôvodu neprijatia myšlienky paliatívnej starostlivosti, alebo zo strachu z indikácie paliatívnych postupov.

Ak sa pozrieme na environmentálne faktory pracoviska, môžeme si všimnúť deficit adekvátneho zázemia pre personál, nakoľko mnoho slovenských ZSS nedisponuje priestormi pre psychohygienu personálu. Zamestnanci sa nachádzajú v stave permanentnej pohotovosti, keď sú pod neustálym dohľadom klientov alebo ich rodinných príslušníkov, čo znemožňuje kognitívnu a afektívnu regeneráciu počas pracovnej zmeny. V tejto súvislosti chceme tiež poukázať aj na to, že hoci zákon o sociálnych službách ukladá povinnosť zabezpečiť supervíziu, v praxi je táto často realizovaná formálne a nereflektuje špecifické potreby personálu konfrontovaného s úmrtím klientov. Ak očakávame od zamestnancov, že budú poskytovať kvalitnú a empatickú starostlivosť až do posledných chvíľ života klienta, musíme im vytvoriť adekvátne podmienky.

Ďalším významným zistením je eticko-právny konflikt, ktorý zamestnanci zažívajú pri konfrontácii s dilemou volať k zomierajúcemu človeku RZP alebo ho nechať prirodzene zomrieť. Naše výsledky naznačujú, že privolávanie záchrannej služby k pacientom v terminálnom štádiu často nevyplýva z medicínskej indikácie, ale zo strachu z obvinenia zo zanedbania starostlivosti. Na jednej strane sa od zamestnancov ZSS očakáva rešpektovanie autonómie klienta a dôstojné sprevádzanie (právo na prirodzenú smrť), no na druhej strane sú tlačení obavou z trestnoprávnej zodpovednosti za neposkytnutie pomoci. Aj podľa Novej Charty zdravotníckych pracovníkov (2) „starať sa o dôstojnosť umierania znamená rešpektovať chorého v záverečnej fáze života, vylúčiac tak predčasnú smrť (eutanázia), ako aj jej odďaľovanie tzv. „úpornou terapiou“. Toto právo sa dáva najavo jasnému svedomiu dnešného človeka, aby ho v okamihu smrti ochránilo od „technicizmu, pri ktorom hrozí jeho zneužitie“. Dnešná medicína má k dispozícii prostriedky, ktoré dokážu umelo odďaľovať smrť, avšak bez reálneho úžitku pre pacienta.“ Aj podľa nášho názoru a všeobecných paliatívnych zásad nie je etické umelo odďaľovať smrť (dystanázia), nakoľko tým poprieme princíp zabezpečenia čo najvyššej kvality života.

V rovine odborných a komunikačných kompetencií výskum priniesol cenné poznatky, ktoré poukazujú na nedostatočné odborné a komunikačné kompetencie participantov. Strach z odbornej nekompetentnosti pri manažmente bolesti a iných nežiaducich symptómov v posledných hodinách života, ktorý artikulovali naši respondenti, je globálnym problémom. Aj podľa Hävölä et al. (3) je nevyhnutná edukácia v komplexnej paliatívnej starostlivosti pre personál, aby dokázali adekvátne posúdiť klinickú, sociálnu, psychologickú, existenciálnu i duchovnú dimenziu človeka.

Taktiež obavy z toho, že klientovi „povedia niečo nesprávne“ alebo nedokážu adekvátne reagovať na otázky o blížiacej sa smrti, identifikovali participanti ako silný blokujúci faktor. Personál sa často zámerne vyhýba otvoreným rozhovorom o zomieraní, pretože nedisponuje tréningom v oblasti krízovej komunikácie a obáva sa, že u klienta vyvolá iatrogénne poškodenie. Výsledkom je obranné a vyhýbavé správanie personálu, keď sú existenciálne otázky klientov bagatelizované alebo prevádzané na čisto somatickú rovinu (napr. ponuka čaju a pod.).

Osobitnú, vysoko špecifickú bariéru predstavuje starostlivosť o klientov v terminálnom štádiu s prítomnou demenciou, kde úplne absentuje verbálna komunikácia. Perso-

nál v ZSS často nedokáže správne dekódovať behaviorálne symptómy, ktoré sú v praxi mylne interpretované ako psychiatrické symptómy progresie demencie, pričom v skutočnosti ide o nonverbálne vyjadrenie fyzickej bolesti alebo existenciálneho distresu. Považujeme za vhodné implementovať a zaškoliť personál do nonverbálnych hodnotiacich nástrojov, ako je napríklad škála PAINAD alebo Abbey Pain Scale, čo by znížilo mieru profesionálnej úzkosti zamestnancov.

Zhodný apel participantov na zamestnanie psychológa v ZSS potvrdzuje, že psychologická podpora je nevyhnutná. Zistenie, že si zamestnanci sami žiadajú prítomnosť psychológa, je dôkazom ich vysokej profesijnej sebareflexie – uvedomujú si, že ich úlohou je saturovať najmä biologické a sociálne potreby, no pre komplexnú existenciálnu a psychologickú podporu potrebujú špecializovanú asistenciu odborníka v tejto oblasti.

Na mikroúrovni sledujeme interpersonálnu rovinu, kde sme zistili, že blízke emocionálne vzťahy, ktoré si ku klientom počas rokov vytvárajú, menia aj spracovanie ich úmrtia. Zomieranie klienta tak neberú len ako rutinnú stratu, ale ako osobný smútok. Ak do tohto procesu vstupuje vplyv nespracovaných súkromných strát zamestnanca, môže dôjsť k rýchlemu emocionálnemu vyčerpaniu. Spoločenské tabuizovanie témy smrti spôsobuje, že priatelia a blízki zamestnancov odmietajú počúvať o ich pracovnej realite, čím personál ZSS stráca možnosť osobného zdieľania svojich emócií. Môžeme tu hovoriť o tzv. fenoméne neuznaného smútku, ktorý rozpracoval Doka (4). Rovnako prítomné konfrontácie s nespokojnosťou rodiny klienta, hoci personál robí maximum, vedú k frustrácii a pochybnostiam. Rodinní príslušníci môžu prechádzať fázou hnevu v rámci procesu smútenia. Keďže nie sú pripravení na stratu blízkeho, prenášajú svoju bezmocnosť a pocit viny do agresie alebo prehnanej kritiky personálu. Hoci môže byť personál s touto skutočnosťou oboznámený, je pre nich náročné zvládať to. Okrem toho výpovede respondentov jasne poukazujú na hierarchiu v pomáhajúcich profesiách, kde je segment sociálnych služieb marginalizovaný v porovnaní s akútnou ústavnou zdravotnou starostlivosťou. Kým nemocničné prostredie sa spája s vysokým statusom, dlhodobá starostlivosť o zomierajúcich v ZSS je laickou verejnosťou žiaľ vnímaná ako menej kvalifikovaná. Táto nízka miera profesijnej prestíže pôsobí ako chronický stresor, pretože devalvuje odbornú kompetenciu personálu.

Neriešený psychický tlak je rizikovým z hľadiska syndrómu vyhorenia. Riešením tohto stavu by mohla byť okrem iného aj aplikácia tímových debriefingov priamo na pracovisku, kde tím po úmrtí klienta reflektuje nielen administratívny proces, ale aj vlastnú emocionálnu skúsenosť. Takéto interné stretnutia by boli ideálne v prítomnosti psychológa.

V tejto súvislosti považujeme za nevyhnutné zaviesť systematické kontinuálne vzdelávanie, ktoré nebude len jednorazovým školením, ale integrálnou súčasťou pracovného života. Navrhujeme zamerať vzdelávacie programy na tri kľúčové oblasti:

1. Oblasť paliatívnych kompetencií a manažmentu symptómov
2. Oblasť komunikačných spôsobilostí
3. Oblasť duševného zdravia a psychohygieny

Tieto tri piliere nám povedia 1. Čo robiť (Paliatívne kompetencie), 2. Ako o tom komunikovať (Komunikácia) a 3. Ako pri tom prežiť (Duševné zdravie).

Len podporou personálu možno zabezpečiť, aby sa zariadenia sociálnych služieb stali skutočným domovom aj v posledných chvíľach života.

ZÁVER

Starostlivosť o zomierajúcich v zariadeniach sociálnych služieb predstavuje komplexnú výzvu, ktorá so sebou prináša vysokú mieru psychickej, profesijnej a emocionálnej záťaže pre všetkých členov tímu. Výsledky tejto práce ukazujú, že zvládanie záťažových faktorov v prvej línii nie je len otázkou individuálnej odolnosti zamestnancov, ale vyžaduje si predovšetkým systémové riešenia – od legislatívneho ukotvenia postupov, cez posilnenie medziodborovej spolupráce a implementáciu paliatívnej starostlivosti až po systematickú psychologickú podporu personálu.

Ak má byť záver ľudského života v inštitucionálnych podmienkach skutočne dôstojný, je nevyhnutné vytvoriť bezpečné a podporné prostredie pre tých, ktorí túto starostlivosť každodenne zabezpečujú. Zavedenie opatrení, ktoré by minimalizovali túto záťaž, považujeme za kľúčový krok k humanizácii sociálnych služieb a k prevencii syndrómu vyhorenia.

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

Prof. PhDr. Mgr. Patricia Dobríková, PhD. et PhD.
Katedra praktickej teológie RKCMBF UK
Kapitulská 26, 814 58 Bratislava
dobrikp@gmail.com

Literatúra

1. Nejedlá B, et al. GeriPASS. Jedenáctero k implementaci geriatrické paliativní péče v pobytových sociálních službách. Praha Domov Sue Ryder, 2024.
2. Nová charta zdravotníckych pracovníkov. Trnava SSV, 2017.
3. Hävölä H, et al. Levels of Competence and Need for Continuing Education in Nonspecialist Palliative Care Settings-A Qualitative Study of Views from Finnish Health Care Professionals. Palliative medicine reports. 2024;5(1):553-562. http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/pmr.2024.006
4. Doka, KJ. Disenfranchised Grief New Directions, Challenges and Strategies for Practice. Illinois Malloy Lithographing, 2002.

Prevalencia porúch spánku a ich asociácia s kvalitou života u pacientov v onkologickej paliatívnej starostlivosti

MUDr. Dominika Jarčušková, PhD.[1], MUDr. Miriam Jarčušková, PhD.[2], doc. MUDr. Aneta Bednářová, PhD.[3], MUDr. Dominik Šafčák, PhD.[4]

[1]1. psychiatrická klinika, Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach, Univerzitná nemocnica L. Pasteura, Košice
[2]Vysokošpecializovaný odborný ústav geriatrický sv. Lukáša, Košice
[3]2. psychiatrická klinika, Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach, Univerzitná nemocnica L. Pasteura, Košice
[4]Východoslovenský onkologický ústav v Košiciach

Úvod: Poruchy spánku patria medzi časté symptómy u onkologických pacientov v paliatívnej starostlivosti a môžu významne ovplyvňovať kvalitu života, toleranciu ďalších symptómov aj celkový zdravotný stav.
Materiál a metodika: Do prierezovej štúdie bolo zaradených 100 hospitalizovaných onkologických pacientov v paliatívnej starostlivosti. Kvalita spánku bola hodnotená pomocou Pittsburghského indexu kvality spánku (PSQI), denná ospalosť Epworthskou škálou spavosti (ESS) a kvalita života Dotazníkom kvality života Európskej organizácie pre výskum a liečbu rakoviny-30 (EORTC QLQ-C30). Na štatistickú analýzu bol použitý Mannov-Whitneyov U test.
Výsledky: Zlá kvalita spánku bola prítomná u 67 % pacientov, klinicky významná nadmerná denná ospalosť bola zaznamenaná u 11 % pacientov. Pacienti so zlou kvalitou spánku vykazovali signifikantne horšie skóre vo všetkých funkčných doménach kvality života a vyššiu záťaž symptómami. Nadmerná denná ospalosť bola asociovaná so zhoršeným kognitívnym, sociálnym fungovaním, zhoršenou schopnosťou vykonávať denné aktivity a vyšším výskytom viacerých symptómov.
Záver: Poruchy spánku predstavujú významný problém u onkologických pacientov a sú spojené so zhoršením kvality života a vyššou symptomatickou záťažou. Výsledky podporujú potrebu systematického skríningu porúch spánku a implementácie cielených intervencií do komplexnej onkologickej a paliatívnej starostlivosti.

Kľúčové slová: *poruchy spánku, paliatívna starostlivosť, onkologickí pacienti, kvalita života, denná ospalosť, symptomatická záťaž*

Prevalence of sleep disorders and their association with quality of life in patients in oncology palliative care

Introduction: Sleep disorders are common symptoms among cancer patients receiving palliative care and may significantly affect quality of life, tolerance of other symptoms, and overall health status.
Materials and Methods: A cross-sectional study included 100 hospitalized cancer patients receiving palliative care. Sleep quality was assessed using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), daytime sleepiness using the Epworth Sleepiness Scale (ESS), and quality of life using the European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30). Statistical analysis was performed using the Mann–Whitney U test.
Results: Poor sleep quality was present in 67% of patients, and clinically significant excessive daytime sleepiness in 11%. Patients with poor sleep quality demonstrated significantly worse scores across all quality-of-life functional domains and a higher symptom burden. Excessive daytime sleepiness was associated with impaired cognitive and social functioning, reduced ability to perform daily activities, and a higher prevalence of multiple symptoms.
Conclusion: Sleep disorders represent a significant problem among cancer patients and are associated with reduced quality of life and increased symptom burden. The findings support the need for systematic screening of sleep disorders and the implementation of targeted interventions within comprehensive oncological and palliative care.

Key words: *sleep wake disorders, palliative care, cancer patients, quality of life, somnolence, symptom assessment*

Paliat. med. liec. boles., 2026;19(1e):20-22

ÚVOD

Problémy so spánkom patria medzi najvýznamnejšie zdravotné problémy ovplyvňujúce kvalitu života pacientov v paliatívnej starostlivosti (1). Hoci ich príčiny nie sú doteraz úplne objasnené, môžu zahŕňať priame pôsobenie nádoru na mozgové okruhy regulujúce spánok a bdenie, bolesť, únavu, nežiaduce účinky chemoterapie a užívanie opioidov (2). Môžu sa vyskytovať izolovane alebo byť sprevádzané bolesťou, únavou, návalmi tepla, nauzeou, vracaním, anxietou, depresiou a kognitívnymi poruchami (1). Často znižujú schopnosť pacienta tolerovať ostatné symptómy a vedú k zhoršeniu kvality života (3). Preto je dôležité venovať pozornosť identifikácii a manažmentu porúch kvality spánku u onkologických pacientov v paliatívnej starostlivosti.

Monitorovanie spánku by malo poskytovať informácie o viacerých relevantných parametroch, vrátane latencie zaspávania, počte nočných prebudení, celkového času spánku, spánkovej efektivity a kvality spánku (3).

Cieľom tejto práce bolo: (a) kvantifikovať prevalenciu a závažnosť porúch spánku v sledovanej kohorte štandardizovanými nástrojmi (PSQI, ESS), (b) zistiť ako vplývajú poruchy spánku na kvalitu života (EORTC QLQ-C30), a (c) načrtnúť implikácie pre klinickú prax.

MATERIÁL A METODIKA

Súbor pacientov

Do prierezovej štúdie bolo zaradených 100 hospitalizovaných pacientov s pokročilým nádorovým ochorením vo Východoslovenskom onkologickom ústave v Košiciach v období od septembra 2021 do mája 2022, ktorí boli zaradení do paliatívneho manažmentu. Kritériá zaradenia: verifikovaná onkologická diagnóza, vek ≥ 18 rokov, schopnosť spolupráce pri vypĺňovaní dotazníkov, neprítomnosť závažnej kognitívnej poruchy. Všetci pacienti podpísali informovaný súhlas. Štúdia bola realizovaná v súlade s Helsinskou deklaráciou a bola schválená etickou komisiou VOÚ.

Použité diagnostické nástroje

Pittsburghský index kvality spánku (PSQI), je sebaposudzovací nástroj určený na hodnotenie kvality spánku. Dotazník obsahuje 19 sebahodnotiacich položiek, ktoré sú zoskupené do siedmich komponentov hodnotiacich subjektívnu kvalitu spánku, latenciu spánku, dĺžku spánku, efektivitu spánku, poruchy spánku, užívanie liekov na spanie a dennú dysfunkciu súvisiacu so spánkom. Celkové skóre PSQI ≥ 5 bodov indikuje zníženú kvalitu spánku alebo prítomnosť klinicky významných problémov so spánkom (4).

Epworthská škála spavosti (ESS) je sebaposudzovací nástroj určený na hodnotenie miery dennej spavosti a sklonu k zaspávaniu v bežných životných situáciách. Dotazník obsahuje 8 položiek, v ktorých respondent na škále od 0 do 3 hodnotí pravdepodobnosť zadriemania alebo zaspania v rôznych každodenných situáciách. Celkové skóre sa pohybuje v rozmedzí 0 – 24 bodov, pričom vyššie skóre indikuje vyššiu mieru dennej spavosti (5).

Dotazník kvality života Európskej organizácie pre výskum a liečbu rakoviny-30 (EORTC QLQ-C30), predstavuje štandardizovaný nástroj určený na hodnotenie kvality života onkologických pacientov. Dotazník obsahuje 30 položiek. Zahŕňa päť funkčných škál hodnotiacich fyzické, emocionálne, kognitívne, sociálne fungovanie a schopnosť vykonávať aktivity, tri symptomatické škály zamerané na únavu, bolesť, nauzeu a vracanie, ako aj globálnu škálu zdravotného stavu a kvality života. Súčasťou dotazníka sú aj jednotlivé položky hodnotiace ďalšie symptómy a problémy, konkrétne dýchavičnosť, nespavosť, stratu chuti do jedla, zápchu, hnačku a finančné ťažkosti súvisiace s ochorením alebo jeho liečbou. Odpovede sú transformované na skóre v rozsahu 0–100, pričom vyššie skóre pri funkčných škálach a globálnom zdravotnom stave predstavuje lepšie fungovanie a vyššiu kvalitu života, zatiaľ čo vyššie skóre pri symptomatických škálach indikuje vyššiu mieru symptómov a problémov (6).

Štatistická analýza

Deskriptívna štatistika je vyjadrená ako priemer ± štandardná odchýlka (M ± SD) a medián. Keďže väčšina premenných nevykazovala normálne rozdelenie (Shapiro-Wilkov test, $p < 0,05$), bolo porovnanie dvoch nezávislých skupín realizované Mannovým-Whitneyovým U testom (dvojstranným). Skupiny boli definované podľa kvality spánku (PSQI: 0–4 = dobrá kvalita vs. ≥ 5 = zlá kvalita spánku) a podľa prítomnosti nadmernej dennej ospalosti (ESS: 0–10 = norma vs. ≥ 11 = nadmerná ospalosť). Hladina štatistickej významnosti bola stanovená na $\alpha = 0,05$. Analýzy boli vykonané v IBM SPSS Statistics (verzia 25.0).

Výsledky

V našom súbore sa nachádzalo 100 pacientov. Zlú kvalitu spánku (PSQI ≥ 5) vykazovalo 67 % pacientov (n = 67; M = 8,60 ± 3,36), dobrú kvalitu spánku 33 % pacientov (n = 33; M = 2,36 ± 1,15).

Podľa kategorizácie ESS nevykazovala dennú ospalosť prevažná väčšina pacientov (89 %; n = 89). Klinicky relevantná nadmerná denná ospalosť (ESS ≥ 11) bola zaznamenaná u 11 % pacientov (n = 11): z toho mierna u 6 %, stredná u 4 % a závažná u 1 %.

Tabuľka 1 uvádza porovnanie domén EORTC QLQ-C30 medzi skupinami s dobrou a zlou kvalitou spánku (definovaná ako PSQI ≥ 5). Pacienti so zlou kvalitou spánku vykazovali štatisticky signifikantne horšie skóre vo všetkých škálach funkčnosti a pri všetkých symptómoch okrem hnačky. Výsledky porovnania domén EORTC QLQ-C30 podľa prítomnosti nadmernej dennej ospalosti sú uvedené v tabuľke 2. U pacientov s prítomnou spánkovou dysfunkciou bolo štatisticky zhoršená schopnosť vykonávať aktivity, kognitívne a sociálne fungovanie. U týchto pacientov sa štatisticky signifikantne častejšie vyskytovala dýchavičnosť, strata chuti do jedla, únava, nauzea/zvracanie, bolesť a finančné problémy.

Tabuľka 1. Korelácia domén kvality života a kvality spánku

Doména EORTC QLQ-C30	Dobrá kvalita spánku v PSQI (n = 33) M ± SD	Zlá kvalita spánku v PSQI (n = 67) M ± SD	p
Celkový zdravotný stav	20,9 ± 18,0	57,1 ± 32,4	< 0,001
Fyzické fungovanie	86,1 ± 24,4	54,6 ± 36,3	< 0,001
Schopnosť vykonávať aktivity	79,8 ± 32,5	42,8 ± 38,5	< 0,001
Emocionálne fungovanie	37,7 ± 17,9	57,5 ± 31,9	0,007
Kognitívne fungovanie	94,4 ± 16,3	69,6 ± 35,3	< 0,001
Sociálne fungovanie	86,9 ± 26,8	52,7 ± 42,0	< 0,001
Dýchavičnosť	29,5 ± 17,9	42,5 ± 26,3	0,001
Únava	36,4 ± 17,5	62,3 ± 27,8	< 0,001
Strata chuti do jedla	28,0 ± 10,2	56,0 ± 32,3	< 0,001
Zápcha	28,0 ± 10,2	45,5 ± 29,3	0,002
Hnačka	31,1 ± 19,5	34,3 ± 22,4	0,356
Únava	76,9 ± 20,4	37,7 ± 34,8	< 0,001
Nevoľnosť a vracanie	95,4 ± 13,2	66,1 ± 34,1	< 0,001
Bolesť	80,9 ± 21,6	46,3 ± 36,4	< 0,001
Finančné problémy	31,1 ± 18,5	52,2 ± 33,1	0,001

Vysvetlivky: EORTC QLQ-C30 – Dotazník kvality života Európskej organizácie pre výskum a liečbu rakoviny-30, PSQI – Pittsburghský index kvality spánku, n – počet, M – priemer, SD – štandardná odchýlka, p – hladina pravdepodobnosti

Tabuľka 2. Korelácia domén kvality života a nadmernej dennej ospalosti

Doména EORTC QLQ-C30	Bez nadmernej ospalosti v ESS (n = 89) M ± SD	Nadmerná ospalosť v ESS (n = 11) M ± SD	p
Celkový zdravotný stav	43,2 ± 32,6	61,3 ± 33,5	0,102
Fyzické fungovanie	67,1 ± 35,7	48,0 ± 34,1	0,073
Schopnosť vykonávať aktivity	58,8 ± 39,6	24,3 ± 35,1	0,010
Emocionálne fungovanie	49,9 ± 28,7	59,9 ± 34,6	0,418
Kognitívne fungovanie	82,7 ± 27,7	37,9 ± 40,9	< 0,001
Sociálne fungovanie	68,4 ± 38,7	28,7 ± 41,5	0,005
Dýchavičnosť	35,1 ± 21,1	63,6 ± 34,3	0,002
Únava	50,0 ± 25,7	84,1 ± 24,5	< 0,001
Strata chuti do jedla	42,4 ± 27,1	81,8 ± 30,3	< 0,001
Zápcha	41,3 ± 27,1	27,3 ± 7,2	0,114
Hnačka	33,1 ± 21,8	34,1 ± 19,3	0,749
Únava	54,2 ± 34,5	21,2 ± 33,0	0,007
Nevoľnosť a vracanie	78,8 ± 30,1	51,5 ± 36,5	0,008
Bolesť	61,5 ± 34,3	27,3 ± 36,4	0,008
Finančné problémy	41,9 ± 28,2	72,7 ± 36,1	0,006

Vysvetlivky: EORTC QLQ-C30 – Dotazník kvality života Európskej organizácie pre výskum a liečbu rakoviny-30, ESS – Epworthská škála spavosti, n – počet, M – priemer; SD – štandardná odchýlka, p – hladina pravdepodobnosti

DISKUSIA

Výsledky našej štúdie potvrdzujú, že poruchy spánku predstavujú významný klinický problém u onkologických pacientov v paliatívnej starostlivosti. Zlá kvalita spánku bola prítomná u 67 % pacientov, čo je v súlade s literárnymi údajmi, podľa ktorých sa poruchy spánku u onkologických pacientov vyskytujú veľmi často. Metaanalýza 160 štúdií, ktorú realizoval Al Maqbali et al.

(7) realizovaná na 46 279 pacientoch uvádza celkovú prevalenciu porúch spánku u pacientov s nádorovým ochorením 60,7 %, autori štúdie takisto zdôrazňujú potrebu systematického monitorovania spánku s cieľom zlepšiť kvalitu života pacientov (7).

Podobne v metaanalýze 59 štúdií (16 223 pacientov) bola zachytená prevalencia zlej kvality spánku u 57,4 % pacientov. Poruchy spánku sa vyskytovali signifikantne častejšie u pacientov s onkologickým ochorením ako u zdravej populácie (2).

Údaje metaanalýz o poruchách spánku u pacientov v paliatívnej starostlivosti doposiaľ chýbajú, avšak nedávno bol publikovaný prehľadový článok, ktorý poukazuje na početnosť ich výskytu. Tieto poruchy však v klinickej praxi zostávajú nedostatočne sledované a liečené. Výsledky poukázali na významnú súvislosť medzi poruchami spánku a ďalšími klinckými symptómami, ako sú únava, ospalosť, celkové zhoršenie fyzického stavu, úzkosť, depresia, kratším prežívaním pacientov, ako aj so zníženou kvalitou života (8). To bolo potvrdené aj v našej štúdii, kde bola zlá kvalita spánku spojená so signifikantne horším skóre vo všetkých hodnotených funkčných doménach kvality života.

Súčasná literatúra podporuje naše zistenia, že poruchy spánku sa u onkologických pacientov nevyskytujú izolovane, ale ako súčasť symptomatických klastrov, pričom ich prítomnosť je úzko prepojená s ďalšími fyzickými a psychologickými symptómami, ktoré spoločne prispievajú k zvýšenej symptomatickej záťaži a zhoršeniu kvality života. V štúdii realizovanej Hendym et al. sa skúmal vzťah medzi poruchami spánku, nádorom podmienenou únavou, depresiou a kvalitou života u onkologických pacientok a zistilo sa, že poruchy spánku majú najvýraznejší negatívny vplyv na kvalitu života (9).

Naše výsledky zároveň ukázali, že pacienti so zlou kvalitou spánku mali vyššiu záťaž viacerými symptómami, najmä insomniou, únavou, stratou chuti do jedla, bolesťou, dýchavičnosťou a finančnými problémami. Tento nález je v súlade s poznatkami, že kvalita spánku u paliatívnych pacientov môže byť ovplyvnená bolesťou, únavou, úzkosťou, depresiou, opioidnou liečbou, samotným nádorovým ochorením aj nežiaducimi účinkami onkologickej liečby (10).

Klinicky významná nadmerná denná ospalosť bola v našom súbore prítomná u 11 % pacientov, čo je podstatne menej ako sa našlo v štúdii 150 onkologických pacientov podstupujúcich paliatívnu liečbu, kde bola prevalencia nadmernej dennej ospalosti 50 %. Zistenia autorov taktiež poukazujú na to, že závažnosť symptómov bola spojená najmä s únavou, úzkosťou, insomniou a zhoršeným pocitom celkovej pohody (11), čo odrážajú aj naše dáta.

Dôležitým klinickým dôsledkom našich zistení je potreba systematického skríningu porúch spánku v onkologickej paliatívnej starostlivosti. Recentná práca Jeona et al. (12) ukázala, že medzi zdravotníckym personálom v paliatívnej starostlivosti, viac ako 70 % respondentov uvádzalo rutinný verbálny skríning spánkových problémov, pričom viac ako 90 % odporúčalo základné behaviorálne intervencie. Napriek tomu nikto z respondentov nepoužíval validované nástroje na hodnotenie spánku a menej ako 10 % odborníkov uvádzalo znalosť alebo využívanie špecifických intervencií zameraných na poruchy spánku. Len približne 40 % malo dostupný prístup k špecialistom na poruchy spánku. Autori preto upozornili na významné nedostatky v systematickom hodnotení porúch spánku a potrebu vytvorenia štandardizovaných postupov a odporúčaní (12). Použitie štandardizovaných nástrojov, ako sú PSQI a ESS, preto môže prispieť k presnejšej identifikácii pacientov so spánkovou dysfunkciou a k cielenejšiemu manažmentu symptómov.

Naša štúdia má niekoľko limitácií. Ide o prierezový dizajn, ktorý neumožňuje stanoviť kauzálny vzťah medzi poruchami spánku a kvalitou života. Súbor tvorili hospitalizovaní pacienti jedného pracoviska, čo môže limitovať generalizovateľnosť výsledkov. Ďalšou limitáciou je nízky počet pacientov s nadmernou dennou ospalosťou, preto je potrebné výsledky týkajúce sa ESS interpretovať opatrne. Napriek týmto limitáciám naše zistenia podporujú význam rutinného hodnotenia kvality spánku u onkologických pacientov v paliatívnej starostlivosti a poukazujú na potrebu včasných, individualizovaných intervencií zameraných na spánok, bolesť, únavu a ďalšie sprievodné symptómy.

ZÁVER

Na základe výsledkov možno konštatovať, že poruchy spánku predstavujú významný problém u onkologických pacientov v paliatívnej starostlivosti a sú spojené so zhoršením viacerých aspektov kvality života. Zistenia poukazujú na potrebu systematického skríningu porúch spánku u onkologických pacientov. Včasná identifikácia a cielené terapeutické intervencie zamerané na poruchy spánku môžu predstavovať dôležitú súčasť komplexnej onkologickej a paliatívnej starostlivosti.

Autori článku vyhlasujú, že nie sú v nijakom konflikte záujmov.

MUDr. Dominika Jarčušková, PhD.
1. psychiatrická klinika, Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach, Univerzitná nemocnica L. Pasteura, Košice
dominika.jarcuskova@upjs.sk

Literatúra

1. Baykal D, Çömlekçi N. Non-Pharmacologic Approaches to Sleep Problems for Palliative Care Cancer Patients: A Systematic Review. Florence Nightingale J Nurs. 2023;31(2):131-137.
2. Chen MY, Zheng WY, Liu YF, et al. Global prevalence of poor sleep quality in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. Gen Hosp Psychiatry. 2024;87:92-102.
3. Jakobsen G, Engstrøm M, Thronæs M, et al. Sleep quality in hospitalized patients with advanced cancer: an observational study using self-reports of sleep and actigraphy. Support Care Cancer. 2020;28(4):2015-2023.
4. Buysse DJ, Reynolds CF III, Monk TH, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res. 1989;28(2):193-213.
5. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. Sleep. 1991;14(6):540-545.
6. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst. 1993;85(5):365-376.
7. Al Maqbali M, Al Sinani M, Alsayed A, et al. Prevalence of Sleep Disturbance in Patients With Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. Clin Nurs Res. 2022;31(6):1107-1123.
8. Munir S, Jones E, Omeokwe FP, et al. The clinical relevance of sleep disturbance („insomnia") in patients with advanced cancer receiving palliative care: a scoping review. Support Care Cancer. 2026;34(6):516.
9. Hendy A, Ibrahim RK, Darwish A, et al. Sleep disturbance, cancer-related fatigue, and depression as determinants of quality of life among breast cancer patients undergoing chemotherapy: a cross-sectional study. BMC Cancer. 2025;25(1):1122.
10. Çamcı G, Oğuz S, Oktay Ö, et al. Sleep quality, anxiety, and depression in palliative care patients. Palliat Support Care. 2025;23:e60.
11. Yennurajalingam S, Barla SR, Arthur J, et al. Frequency and characteristics of drowsiness, somnolence, or daytime sleepiness in patients with advanced cancer. Palliat Support Care. 2019;17(4):459-463.
12. Jeon MS, Allcroft P, Brown LR, et al. Assessment and Management of Sleep Disturbance in Palliative Care Settings. J Palliat Med. 2024;27(7):905-911.

Predstavujeme Liečebňu sv. Filomény

MUDr. Patrik Jakubek, MHA
primár hospicu

Názov zariadenia: Liečebňa sv. Filomény
Adresa zariadenia: Domašská 670/4, 093 02 Vranov nad Topľou
Druh zariadenia: Integrované zdravotnícko-sociálne zariadenie
1. zdravotná starostlivosť – paliatívna a ošetrovateľská starostlivosť
2. sociálne služby – zariadenie pre seniorov, špecializované zariadenie
3. doplnkové služby – vrátane akreditovaného dobrovoľníctva

Paliat. med. liec. boles., 2026;19(1e):23-26

ÚVOD

V čase, keď narastá počet pacientov s chronickými, pokročilými a nevyliečiteľnými ochoreniami, sa čoraz viac ukazuje potreba starostlivosti, ktorá nebude rozdelená medzi jednotlivé systémy, ale bude prepojená, koordinovaná a zameraná na človeka ako celok. Práve takýto prístup rozvíja Liečebňa sv. Filomény vo Vranove nad Topľou, ktorá predstavuje príklad integrovaného zdravotnícko-sociálneho zariadenia spájajúceho zdravotnú starostlivosť, sociálne služby aj doplnkové podporné programy.

Hlavným cieľom zariadenia je poskytovať pacientovi komplexnú, koordinovanú a personalizovanú starostlivosť, ktorá nehodnotí jeho stav iba cez diagnózu, prognózu alebo výsledky medicínskych škál. Do centra pozornosti stavia aj funkčný stav pacienta, psychické prežívanie, sociálne zázemie, osobné potreby, spirituálnu dimenziu a kvalitu života s rešpektovaním hodnôt, prianí a preferencií pacienta i jeho rodiny.

Liečebňa sv. Filomény začala svoju činnosť 2. 1. 2023. Sídli v okrajovej časti mesta Vranov nad Topľou, v budove bývalého doliečovacieho a rehabilitačného oddelenia miestnej nemocnice. V jej okolí sa nachádza základná občianska vybavenosť vrátane autobusovej zastávky, pošty, obchodu, kostola a športového centra. Súčasťou areálu je aj oddychový park, interiérová kaplnka s pravidelnými bohoslužbami a priestory vytvárajúce pokojné a dôstojné zázemie pre pacientov, ich rodiny aj personál.

Integrovaný model zariadenia je postavený na spolupráci troch subjektov:





Zdravotnú starostlivosť zabezpečuje HONESTUM, n. o., ktorý poskytuje ambulantnú paliatívnu starostlivosť, mobilný hospic, lôžkový hospic (19 lôžok) a dom ošetrovateľskej starostlivosti (4 lôžka).

Sociálne služby zabezpečuje SPIRIT, n. o., a to formou zariadenia pre seniorov (15 lôžok) a špecializovaného zariadenia (25 lôžok).

Tretím subjektom je HEMADIKA, s. r. o., registrovaný sociálny podnik, ktorého cieľom je dosahovať pozitívny sociálny vplyv najmä podporou regionálneho rozvoja a zamestnávaním znevýhodnených a zraniteľných osôb (v súčasnosti 14 zamestnancov).

CHARAKTERISTIKA PALIATÍVNEJ SEKCIE INTEGROVANEJ STAROSTLIVOSTI

Paliatívna starostlivosť vo Vranove nad Topľou je zabezpečovaná kontinuálne na viacerých úrovniach.

Zahŕňa *včasnú paliatívnu starostlivosť* prostredníctvom ambulancie paliatívnej medicíny, ako aj *terminálnu hospicovú paliatívnu starostlivosť* poskytovanú mobilným a lôžkovým hospicom. Tento systém umožňuje zabezpečiť pacientom s nevyliečiteľným ochorením odbornú, komplexnú a nadväzujúcu starostlivosť podľa štádia ochorenia, individuálnych potrieb a aktuálneho zdravotného stavu.

Odborným garantom paliatívnej starostlivosti je paliatológ MUDr. Patrik Jakubek, MHA, primár hospicu, odborným garantom pre ošetrovateľstvo hospicu Mgr. Marianna Hudáková, vrchnou sestrou hospicu a DOS Mgr. Lucia Ivanová.



Odborné vedenie zariadenia sa súčasne aktívne podieľa na rozvoji paliatívnej medicíny a ošetrovateľstva prostredníctvom prednáškovej, publikačnej a konferenčnej činnosti. Dôraz pritom kladie na humánny a odborne podložený prístup, v ktorom skríningové nástroje či digitálne technológie slúžia iba ako podpora rozhodovania, nie ako náhrada klinického úsudku, interdisciplinárneho hodnotenia a rešpektovania pacientových cieľov starostlivosti.

AMBULANCIA PALIATÍVNEJ MEDICÍNY

Ambulancia paliatívnej medicíny poskytuje odbornú ambulantnú včasnú paliatívnu starostlivosť pacientom s nevyliečiteľným ochorením v období, keď ešte pokračuje aktívna onkologická alebo neonkologická liečba. Jej cieľom je včas identifikovať potreby pacienta, zmierňovať bolesť a ďalšie symptómy, podporovať kvalitu života a zabezpečovať plynulú nadväznosť ďalšej zdravotnej starostlivosti. Paliatívny tím tvoria lekár a sestra v ambulancii v priestoroch lôžkového hospicu.

LÔŽKOVÝ HOSPIC

Lôžkový hospic Honestum, n. o. predstavuje terminálnu paliatívnu starostlivosť pre pacientov s nevyliečiteľným ochorením a pacientov v závere života, ktorých zdravotný stav si vyžaduje nepretržitú paliatívnu lekársku a ošetrovateľskú starostlivosť a ktorých nie je možné zabezpečiť v domácom prostredí alebo v inom type zariadenia. Hospic má kapacitu 19 lôžok rozdelených do jednej trojlôžkovej, siedmich dvojlôžkových a dvoch jednolôžkových izieb. Skúsenosť pracoviska ukazuje, že výrazná časť pacientov a rodín preferuje jednolôžkové izby, ktoré poskytujú väčšie súkromie, pokoj a možnosť dôstojnejšieho sprevádzania v závere života, pričom túto potrebu sa zatiaľ nepodarilo naplno pokryť tak, aby bolo vždy možné zabezpečiť dôstojnú a plne personalizovanú rozlúčku so životom v súkromí, iba v prítomnosti najbližšej rodiny.

Primárom hospicu je MUDr. Patrik Jakubek, MHA, vrchnou sestrou hospicu a DOS je Mgr. Lucia Ivanová.

K 31. 12. 2025 tvorilo personálne zabezpečenie lôžkového hospicu 35 zamestnancov:

- 5 lekárov,
- 1 vrchná sestra,
- 1 staničná sestra,
- 4 zdravotné sestry,
- 6 praktických sestier/zdravotníckych asistentov,
- 4 sanitári,
- 1 fyzioterapeut,
- 2 opatrovatelia,
- 2 sociálni pracovníci,
- 1 psychológ,
- 1 spirituálny pracovník,
- 4 kňazi RK , 2 kňazi GK (1 kňaz EV, 1 kňaz PRAV na požiadanie),
- 1 účtovníčka.

PODMIENKY HRADENEJ HOSPICOVEJ STAROSTLIVOSTI ZDRAVOTNÝMI POISŤOVŇAMI

Hospicová pobytová starostlivosť (**lôžkový hospic**) je zdravotnými poisťovňami hradená najmä vtedy, ak:

1. je pacient v terminálnej fáze (ambulantným a hospicovým lekárom určená prognóza života pacienta ≤ 6 mesiacov) nezvratne progresívneho somatického ochorenia, po vyčerpaní všetkých terapeutických možností, ktoré by mohli chorobu vyliečiť alebo zastaviť jej progresiu,
2. zdravotný stav pacienta vyžaduje nepretržitú výlučne paliatívnu lekársku (paliatológom) a ošetrovateľskú starostlivosť na udržanie kvality života a dôstojnosti pacienta a je zameraná na paliatívne ovplyvnenie priebežných zmien zdravotného stavu (napr. úprava analgosedácie, psychofarmakologickej liečby, antiemetickej liečby, evakuácia ascitu),
3. zdravotnú starostlivosť nie je možné realizovať v domácom prostredí prostredníctvom mobilného hospicu alebo ADOS, ani v DOS alebo v zariadení sociálnych služieb.

FINANCOVANIE HOSPICU

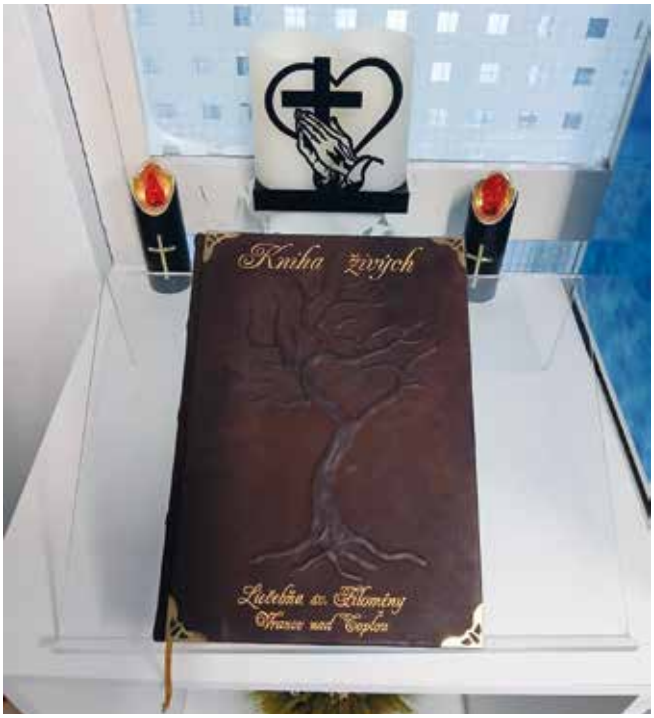
Financovanie hospicu je viaczdrojové.

- **platby zdravotných poisťovní**, ktoré na základe zmluvy uhrádzajú cenu za ošetrovací deň; od roku 2023 má hospic uzatvorené zmluvy so všetkými troma zdravotnými poisťovňami,
- **dary**, teda dobrovoľné a nenárokovateľné príspevky od rodín pacientov, blízkych osôb, firiem, nadácií, miest a individuálnych darcov,
- **dotácia z Ministerstva zdravotníctva SR** v rámci projektu MoHo, realizovaného v období 05/2023 – 12/2023 a 2025 – 2027.

ŠTATISTICKÉ ÚDAJE ZA ROK 2025

Ambulancia paliatívnej medicíny je pacientom k dispozícii 4 hodiny týždenne, resp. podľa dohody. V roku 2025 paliatívny tím ošetril celkovo 64 pacientov, pričom 24 % z nich následne pokračovalo v hospicovej starostlivosti.

Lôžkový hospic poskytol v roku 2025 hospicovú starostlivosť celkovo 232 pacientom pri obložnosti 94 %. Počet úmrtí predstavoval 187 pacientov, teda 81 %. Do domácej starostlivosti bolo po zlepšení domácich podmienok prepustených 19 pacientov, čo predstavuje 8 %. Päť pacientov bolo umiestnených do domu ošetrovateľskej starostlivosti a sedem pacientov do zariadenia sociálnych služieb. Priemerný počet ošetrovacích dní na jedného pacienta bol 29 dní.



DOPLNKOVÉ SLUŽBY HOSPICU

Osobitnú pozornosť si zaslúžia aj ostatné služby poskytované v rámci integrovanej starostlivosti.

Sociálne služby sú v zariadení neoddeliteľnou súčasťou komplexnej podpory pacientov a ich rodín. Sociálni pracovníci poskytujú špecializované sociálne poradenstvo, smútkové poradenstvo, pomáhajú pacientom a príbuzným orientovať sa v sociálnej situácii, nárokoch na sociálnu pomoc, možnostiach následnej starostlivosti a v prípade potreby ponúkajú aj podporu pozostalým po úmrtí pacienta. V lôžkovom hospici pôsobia dvaja sociálni pracovníci, ktorí sa spolupodieľajú na plánovaní starostlivosti.

Významnou zložkou starostlivosti sú aj služby psychológa. V zariadení pôsobí jeden psychológ s čiastočným úväzkom aj pre mobilný hospic. Psychologická starostlivosť zahŕňa podporu pacienta pri spracovávaní ochorenia, sprevádzanie v období straty, úzkosti a existenciálnej neistoty, ako aj podporu rodiny a podľa potrieb aj pomoc členom tímu. Psychológ nám v rámci interdisciplinárnej spolupráce pomáha zmierňovať psychickú záťaž, podporovať adaptáciu a posilňovať copingové mechanizmy pacientov, ich blízkych, ale aj zamestnancov hospicu.

Neoddeliteľnou súčasťou hospicovej filozofie je duchovné sprevádzanie. V lôžkovom hospici pôsobí jeden spirituálny pracovník a šiesti kňazi. Zariadenie disponuje interiérovou kaplnkou s pravidelnými bohoslužbami (3x týždenne). Spirituálna starostlivosť tu nie je vnímaná iba ako náboženská služba, ale aj ako podpora človeka v hľadaní pokoja, zmierenia, zmyslu a nádeje v náročnom období choroby a umierania. Zariadenie zároveň vytvára priestor na sprostredkovanie duchovného sprevádzania aj podľa individuálnych potrieb pacienta. Pracovisko neopúšťa ani rodinu po úmrtí pacienta, ale považuje podporu blízkych za prirodzené pokračovanie hospicovej služby. Približne mesiac po úmrtí zasiela pozostalým spomienkový list ako prejav blízkosti, úcty a pokračujúcej starostlivosti. Súčasťou tejto podpory sú aj pravidelné štvrťročné zádušné sväté omše a stretnutia s pozostalými, ktoré vytvárajú priestor na zdieľanie smútku, spomínanie aj hľadanie opory. Mimoriadne symbolický rozmer má aj každodenné pripomínanie zosnulých prostredníctvom Knihy živých.

Liečebňa sv. Filomény rozvíja akreditované dobrovoľníctvo a má vyhradený samostatný kontakt pre koordináciu dobrovoľníkov. Dobrovoľníci sú významnou oporou pacientom i rodinám, prinášajú ľudskú blízkosť, prítomnosť, sprevádzanie a pomoc pri aktivizačných alebo voľnočasových činnostiach. Počet dobrovoľníkov síce nie je presne známy, no ich zapájanie a pomoc je bezhraničná.

VZDELÁVANIE, PUBLIKAČNÁ ČINNOSŤ, SPOLUPRÁCA

Odborní garanti aj ďalší členovia tímu sa pravidelne zapájajú do konferencií, seminárov, odborných diskusií a publikačných aktivít, prostredníctvom ktorých prispievajú k rozvoju paliatívnej medicíny, ošetrovateľstva a interdisciplinárnej starostlivosti o pacienta s nevyliečiteľným ochorením. Popri odbornej činnosti venuje pracovisko pozornosť aj vzdelávaniu verejnosti. Dôležitým nástrojom sú informačné a edukačné materiály, letáky, infolisty či webové stránky, ktoré zrozumiteľným spôsobom približujú význam paliatívnej a hospicovej starostlivosti, možnosti pomoci aj podporu pre pacientov a ich rodiny. Súčasťou osvetových a vzdelávacích aktivít je aj spolupráca s občianskym združením **HOSPICEA, o. z.**, ktoré sa venuje komunikácii s verejnosťou, realizácii ankiet a dotazníkov, mapovaniu potrieb obyvateľstva a ďalším aktivitám zameraným na podporu povedomia o paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Prostredníctvom tejto spolupráce sa odborná prax prepája s verejnou osvetou, spätnou väzbou od komunity a hľadaním nových možností, ako citlivo a zrozumiteľne hovoriť o témach choroby, umierania, sprevádzania a pomoci. Cenné je aj to, že súčasťou tejto činnosti sú priamo zamestnanci pracoviska, ktorí do nej prinášajú svoje odborné skúsenosti, každodenný kontakt s pacientmi i rodinami a hlboké porozumenie reálnym potrebám praxe.

Zariadenie má aj charakter výučbového pracoviska. Odbornú prax na našom pracovisku absolvujú študenti ošet-



rovateľstva **Fakulty zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity**, **Inštitútu sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. Gojdiča Vysokej školy sv. Alžbety v Prešove** ako aj záujemcovia o **kurz opatrovateľstva**. Týmto spôsobom sa naše pracovisko aktívne podieľa nielen na poskytovaní odbornej a humánnej starostlivosti, ale aj na príprave budúcich zdravotníckych a pomáhajúcich pracovníkov pre prax.

Komplexnosť starostlivosti sa odráža aj v širokej medziodborovej a medzisektorovej spolupráci. Zariadenie spolupracuje s pracoviskami klinickej onkológie, vnútorného lekárstva a algeziológie, ako aj s odbornými spoločnosťami a inštitúciami, najmä so **Slovenskou spoločnosťou paliatívnej medicíny (SSPM)**, **Asociáciou hospicovej a paliatívnej starostlivosti (AHaPS), Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek (SKSaPA)** a **odborom zdravotníctva Prešovského samosprávneho kraja**, čím sa aktívne zapája do odborného dialógu, podpory kvality poskytovanej starostlivosti a rozvoja paliatívnej a ošetrovateľskej praxe v regióne.

AMBÍCIE HOSPICU

Víziou nášho hospicu je vytvárať bezpečný a pokojný priestor, ktorý dýcha domovom a v ktorom sa nevyliečiteľne chorý človek cíti dôstojne, bezpečne a nie osamelo. Naším cieľom je, aby pacient v závere života čo najmenej trpel, bol odborne sprevádzaný a zároveň zakúsil láskavú, úctivú a hlboko ľudskú starostlivosť.

Našou ambíciou je byť zosúladeným tímom, ktorý citlivo napĺňa bio-psycho-sociálno-spirituálne potreby pacienta i jeho rodiny. Veríme, že aj zomieranie môže mať podobu pokoja, úľavy a blízkosti a že smrť, hoci je neoddeliteľnou súčasťou života, môže byť sprevádzaná dôstojnosťou, prijatím a úctou.

Do budúcnosti chceme naše pracovisko ďalej rozvíjať tak, aby bolo ešte komfortnejšie a citlivejšie prispôsobené potrebám pacientov a ich blízkych – skvalitňovať prostredie izieb, zvyšovať počet jednolôžkových izieb a vytvárať tak viac priestoru pre súkromie, pokoj a dôstojné sprevádzanie pacienta v závere života. Rovnako chceme zveľaďovať aj areál parku, ktorý vnímame ako dôležitú súčasť liečivého prostredia a dopĺňať ho o príjemné oddychové a hydeparkové miesta určené na rozhovory, stíšenie, spomínanie či osobné úvahy.

Za dôležitú považujeme aj ďalšiu podporu spolupráce s okolitými nemocnicami a ambulantnými lekármi, predovšetkým v oblasti včasnej identifikácie pacientov, ktorí by mohli profitovať z paliatívnej starostlivosti. Sme presvedčení, že práve skoršie rozpoznanie potrieb paliatívneho pacienta a včasné nadviazanie spolupráce môžu výrazne prispieť k lepšej kvalite života pacienta, k primeranému plánovaniu starostlivosti a k väčšej podpore jeho rodiny.

KONTAKTNÉ ÚDAJE

Lôžkový hospic 0911 911 143; info@liecebnavranov.sk
Dobrovoľníctvo 0911 911 132;
dobrovolnici@liecebnavranov.sk
Adresa: HONESTUM, n.o., Domašská 670/4,
093 02 Vranov n/T.
Web: www.liecebnavranov.sk

MUDr. Patrik Jakubek, MHA
Liečebňa sv. Filomény
Domašská 670/4, 093 02 Vranov nad Topľou
jakubek@liecebnavranov.sk

Predstavujeme hospic Dom Božieho milosrdenstva

MUDr. Zuzana Benčová
lekárka Domu Božieho milosrdenstva

Komplex Domu Božieho milosrdenstva na sídlisku Belveder nad Banskou Bystricou bol vybudovaný pod pozitívnymi vplyvmi hospicového hnutia v Poľsku a Čechách, na Slovensku nasledujúc vybudovanie Hospicu Matky Terezy v Bardejovskej Novej Vsi. Banskobystrický biskupský úrad začal s jeho výstavbou s cieľom poskytnúť komplexnú sociálnu a duchovnú starostlivosť aj ako vyústenie záverov diecéznej synody, ktorú pápež Ján Pavol II. otvoril v roku 2003 na hlavnom banskobystrickom námestí.

Paliat. med. liec. boles., 2026;19(1e):27-28

Od roku 2007 prebiehali rozsiahle stavebné práce na vytúženom sociálno-zdravotníckom komplexe, ktorých investorom bolo Banskobystrické biskupstvo.

Dom Božieho milosrdenstva požehnal 6. apríla 2008 banskobystrický diecézny biskup Mons. Rudolf Baláž, pri príležitosti výročia úmrtia Božieho služobníka a veľkého apoštola Božieho milosrdenstva, pápeža Jána Pavla II. a jeho logom je milosrdné Božie srdce.

So zamyslením jeho autora – o. Mateja Kýšku, vás pozývame pozrieť sa na logo hospicu, ktoré zrkadlí jeho víziu, hodnoty.

DOM Hospic
Božieho milosrdenstvc

SRDCE

Nedokončené línie naznačujú jeho plasticitu. Trojrozmernosť. Živé srdce trojosobného Boha. Zachraňujúce, milujúce, odpúšťajúce, milosrdné a otvorené Božie srdce poznáme v osobe Ježiša Krista. V ňom a cez neho poznávame Boha. On je IKONOU Božou. „Kto mňa vidí, vidí Otca. Verte mi, že je som v Otcovi a Otec vo mne.“ (Jn 14,9a.11a). „Boh tak miloval svet, že poslal svojho jednorodeného Syna, aby každý, kto v neho verí mal život večný.“ (porov. Jn 3,16) „Nik nemá väčšiu lásku ako ten, kto položí svoj život za svojich priateľov.“ (Jn 15,13) „Aj ten, kto verí vo mňa, bude konať skutky, aké ja konám...“ (Jn 14,12b) Dom Božieho milosrdenstva má byť Božou ikonou v dnešnom svete. Je to Dom nádeje (pozri srdce ako sieť), kde sa miluje a slúži „skrze Krista, s Kristom a v Kristovi“ (žltý kríž v srdci vyjadruje túto základnú, východiskovú i cieľovú pravdu).

CHARAKTERISTIKA ZARIADENIA

Zriaďovateľom Domu Božieho milosrdenstva, n.o. bol z iniciatívy o. biskupa Rudolfa Baláža Biskupský úrad diecézy Banská Bystrica, a je ním aj naďalej, za služby súčasného o. biskupa Mons. ThDr. Mariána Chovanca. Štatutárnym riaditeľom je Ing. Andrej Dobrota. Spočiatku tu sídlila aj Diecézna charita Banská Bystrica pod vedením riaditeľa Mgr. MUDr. Štefana Paľúcha. Celkový komplex Domu Božieho Milosrdenstva, nad mestskou





časťou Trosky, upúta aj zvonicou, ktorá patrí kostolu Božieho milosrdenstva. Kostol má bezbariérový prístup, bývajú tu niekoľkokrát do týždňa sv. omše, každoročné slávenia sviatku Božieho milosrdenstva, nachádza sa v ňom relikvia sr. Faustíny a okrem pacientov, obyvateľov seniorskej časti a zamestnancov slúži aj pre verejnosť. Duchovnej službe sa tu od začiatku venuje o. Radoslav Bujdoš, ktorý je správcom neďalekej farnosti obce Riečka. V zariadení našli miesto opatery aj starnúci duchovní otcovia, ktorí boli tiež podľa svojich možností účastní na duchovnej službe (o. F. Očenáš, o. J. Hanák, o. V. Kraus).

Sociálno-zdravotnícky komplex sa otvoril službe verejnosti bez rozdielu vierovyznania a jeho súčasťou je zdravotnícke oddelenie hospic, zariadenie sociálnych služieb a materská škola, a kostol Božieho milosrdenstva. Na jednotlivých úsekoch slúžia zdravotnícki pracovníci, pracovníci pre sociálnu prácu a pracovníci prevádzkových zariadení.

Pilotným projektom na Slovensku v roku 2008 bolo situovanie materskej školy do sociálno-zdravotníckeho komplexu. Materská škola v Dome Božieho milosrdenstva je súčasťou Základnej školy s materskou školou Štefana Moysesa, má samostatný vchod z bočnej strany budovy a diskrétne riešené presklenie časti jedálne s možnosťou vzájomného registro-





vania sa malých i starších obyvateľov tohto domu. Zariadenie má vlastnú stravovaciu jednotku, strava sa pripravuje pre obyvateľov i zamestnancov zariadenia. Má vlastnú práčovňu, v časti Zariadenia pre seniorov aj malú telocvičňu a spoločenskú miestnosť.

Na lôžkovom oddelení paliatívnej medicíny – v hospici – sa nachádza 8 dvojposteľových izieb a sú tu umiestňovaní ťažko chorí a zomierajúci pacienti, alebo pacienti s ťažkými postupujúcimi neurodegeneratívnymi ochoreniami podľa zmluvných podmienok zdravotných poisťovní. Rozhodujúce sú však princípy hospicovej starostlivosti, celostný prístup ku chorým a podpora ich rodín. 24-hodinovú starostlivosť o pacientov v hospici poskytujú lekárky, zdravotnícky a ošetrovateľský personál, sociálni pracovníci, na žiadosť konkrétnych rodín niekedy externí rehabilitační pracovníci, asistentka výživy, kňaz, rehoľné sestry. Pacientom poskytujeme paliatívnu liečbu a súčasne sa snažíme uspokojiť aj ich psychické, sociálne a spirituálne potreby. Nesľubujeme vyliečenie, ale tiež neberieme nádej a poskytujeme náležitú liečbu symptómov.

Denný režim je iný ako v bežných zdravotníckych zariadeniach, plne sa prispôsobuje individuálnym potrebám a stavu pacientov. Príbuzní môžu svojich chorých navštíviť kedykoľvek. Pri peknom počasí je možné pacientov vyviezť na invalidnom vozíku alebo polohovateľnom lôžku na terasu. Príbuzní pacienta majú možnosť ubytovať sa v príslušných priestoroch zariadenia v prípade výrazne sa zhoršujúceho stavu ich blízkeho a zmierniť tak bolestivosť jeho odchádzania.

Snahou členov hospicového tímu hospicu je okrem komplexnej zdravotnícko-ošetrovateľskej starostlivosti o telo pacienta aj hospicové "sprevádzanie", pomoc prekonávať strach z bolesti, z odkázanosti na pomoc druhých a z odchodu z tohto sveta.

Je to teda psychická a sociálna podpora daných rodín, či sprostredkovanie duchovnej služby podľa priania pacienta. Počas 18-ročnej služby sme sa v hospici starali o viac ako 1 000 pacientov, bez ohľadu na ich stav, vierovyznanie a národnosť, nevynímajúc zložitejšie obdobie pandémie COVID-19.

Dúfame, že pre ľudí je naše zariadenie vnímané ako inštitúcia poskytujúca nadštandardné zdravotnícke, ošetrovateľské služby v duchu rodinnej atmosféry. Ak sa na starostlivosť o príbuzného nepozeráme ako na bremeno, ale ako na príležitosť preukázať si vzájomnú lásku a úctu, môže byť toto ťažké obdobie zároveň krásnym, cenným, môže rodinu ešte viac spojiť, môže byť posolstvom pre iných, že život má zmysel a hodnotu, ktorú mu ani choroba nemôže vziať. Svedectvá spokojných rodín po "dobrom umieraní" nám dávajú novú silu pokračovať a zlepšovať úroveň našej starostlivosti. Takisto ako iné hospice zápasíme s krízou ľudských zdrojov, napätiami ohľadom ekonomickej udržateľnosti projektu a pod. Taktiež túžime mať vlastného psychológa, ktorý je pre takúto službu veľmi potrebný a zatiaľ sa tak nestalo. Hoci by sme niekedy zúfali, dôverujeme Božiemu milosrdenstvu, ktoré aj nás zachytí do záchrannej "siete", keď naše sily dochádzajú. Tiež veríme, že nám pomáhajú početné zástupy príhovorcov v nebi, ktorí tu niekedy boli s nami. Prajeme všetkým slúžiacim v tejto oblasti priaznivé rozhodnutia tých, ktorí nás spravujú, aby sme mohli pokojne pracovať a tak viac sa zameriavať na chorých, ktorí našu službu potrebujú.

MUDr. Zuzana Benčová
Dom Božieho milosrdenstva Banská Bystrica
lekar@dombm.sk
https://dombm.sk
https://www.facebook.com/profile.php?id=100068758941103&locale=sk_SK

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

BOD

BRATISLAVSKÉ ONKOLOGICKÉ DNI

63. ročník

Hlavné témy:
NÁDORY HLAVY A KRKU
NÁDORY MOZGU

Paralelná sekcia
Onkológia pre všeobecných lekárov
Paliatívna medicína
Detská onkológia
Experimentálna onkológia
5th Joint Symposium based on the collaboration between IU-SCC and NCI

S.O.S | S.CH.S. Slovenská chemoterapeutická spoločnosť | SLS SkMA | SOLEN MEDICAL EDUCATION

2. 10. 2026
Hotel Park Inn,
Bratislava
V rámci Bratislavských onkologických dní,
63. ročníka

BOD

XXXVI. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ONKOLÓGII

SK SaPA Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek | S.O.S | SLS SkMA | SOLEN MEDICAL EDUCATION

Predstavujeme Dom RAFAEL – miesto dôstojnosti, prijatia a sprevádzania

Martina Janigová
zástupca riaditeľa hospicu

Téma dôstojného sprevádzania človeka v závere života nadobúda v dnešnej spoločnosti čoraz väčší význam. Práve v najťažších chvíľach človek potrebuje nielen odbornú zdravotnú starostlivosť, ale aj pochopenie, pokoj a ľudskú blízkosť. Dom RAFAEL – hospicové zariadenie v Bratislave, ktoré poskytuje komplexnú paliatívnu starostlivosť pacientom v terminálnom štádiu ochorenia, je dôkazom toho, že aj posledné obdobie života môže byť naplnené pokojom, úctou a kvalitnou odbornou starostlivosťou.

Paliat. med. liec. boles., 2026;19(1e):30

Dom RAFAEL vznikol v auguste 2016 a funguje ako nezisková organizácia pod prevádzkou Komunita RAFAEL, n. o. Zriaďovateľom zariadenia je Dom starostlivosti o ľudí, s. r. o. Hospic sa nachádza na Kutlíkovej ulici v bratislavskej Petržalke, v pokojnom prostredí na okraji lesoparku.

Svoje meno nesie podľa archanjela Rafaela, ochrancu, sprievodcu a uzdravovateľa, čo symbolicky vyjadruje poslanie hospicu – sprevádzať človeka s úctou, láskavosťou a citlivosťou v jednej z najťažších etáp života. Dôraz kladieme predovšetkým na zachovanie ľudskej dôstojnosti, zmierňovanie bolesti a komplexnú paliatívnu starostlivosť, ktorá prináša pacientom čo najvyššiu možnú kvalitu života. Naším cieľom nie je život umelo predlžovať ani skracovať, ale citlivo sprevádzať človeka až do jeho prirodzeného konca. V Dome RAFAEL veríme, že aj posledné chvíle života môžu byť naplnené blízkosťou, ľudskosťou a pocitom bezpečia, a preto robíme všetko pre to, aby nikto nemusel odchádzať osamotený.

Zariadenie disponuje kapacitou 14 lôžok. V roku 2025 sme prijali 69 pacientov a od nášho vzniku sme do večnosti odprevadili skoro 700 pacientov. Zdravotnícke služby poskytované v hospici sú financované zo všetkých troch zdravotných poisťovní. Náklady na ostatné služby sú financované z darov, zbierok a Nadácie J. Murgaša. Odborným garantom a hlavným lekárom zariadenia je MUDr. Michal Mrocek.

Súčasťou hospicovej starostlivosti je odborná zdravotná a ošetrovateľská starostlivosť, ktorú zabezpečuje tím dvoch lekárov, 13 zdravotných sestier, sanitárov a opatrovateľov a 1 fyzioterapeutky. Dôležitou súčasťou našej práce je však aj psychologická podpora, duchovné sprevádzanie a sociálne poradenstvo – nielen pre pacientov, ale aj pre ich rodiny a blízkych. Naša psychologička, duchovný acolyta a sociálna pracovníčka, spolu s kolektívom podporných THP pracovníkov a dobrovoľníkov vytvárajú prostredie, v ktorom sa kladie dôraz na rešpektovanie individuality človeka a zachovanie jeho dôstojnosti, s ohľadom na jeho potreby, želania a aktuálny zdravotný stav, ako aj podporu rodiny v náročnom období.

Dobrovoľníctvo považujeme za dôležitú súčasť Domu RAFAEL. Do nášho dobrovoľníckeho programu *Príďte k nám na návštevu* sa v roku 2025 zapojilo 28 dobrovoľníkov, ktorí prichádzali tráviť čas s našimi pacientmi. Spoločne obedovali, kávičkovali, viedli rozhovory, počúvali obľúbenú hudbu či dobrovoľníčku, ktorá hrávala na ukulele, chodievali na prechádzky. Budovaniu dobrovoľníckej komunity a ich podpore sa venuje koordinátorka.





Hospic je zároveň súčasťou širšieho poslania Komunity RAFAEL, pod ktorej strechou spolu fungujú štyri jednotky starostlivosti zamerané na pomoc starým, chorým a zomierajúcim ľuďom – okrem kamenného hospicu prevádzkujeme aj dom ošetrovateľskej starostlivosti (DOS), špecializované zariadenie a od konca 2024 vďaka podpore z Plánu obnovy postupne rozbiehame aj mobilný hospic pri kamennom. Ich spoločným cieľom je vytvárať priestor prijatia, bezpečia a ľudskosti bez ohľadu na zdravotný stav či životnú situáciu človeka.

Martina Janigová
zástupca riaditeľa hospicu
web: www.domrafael.sk

Spomienka na kolegyňu Kristínu Kroftovú, sestru Barboru

Paliat. med. liec. boles., 2026;19(1e):31



Dovoľte mi podeliť sa s vami s krátkou spomienkou na našu kolegyňu, MUDr. Kristínu Kroftovú, Sr. Barboru, ktorá nás náhle opustila 26. 12. 2025.

Prvý januárový deň v roku 1957 sa v Bratislave narodila budúca lekárka paliatívnej medicíny, spoluzakladateľka OZ Slnečnica a dlhoročná tvár Hospicu Dom pokoja a zmieru u Bernadetky Nitra. Absolventka Lekárskej fakulty Komenského univerzity v Bratislave ukončila štúdium 17. 6. 1983 a týmto dňom sa začala jej cesta k paliatívnej medicíne. Najprv v roku 1986 ukončila postgraduálne vzdelávanie v odbore všeobecné lekárstvo, následne v odbore geriatria.

MUDr. Kristína Kroftová do konca svojho života hľadala odpoveď na otázku o zmysle utrpenia v ľudskom živote, o jeho duchovnom rozmere a o poslaní. Bola osobitne vnímavá na krehkosť ľudí vo finálnom štádiu života, najmä ak sú bez primeranej podpory a pomoci. Stretnutie s rehoľnými sestrami vincentkami v roku 1987 ju viedlo k rozhodnutiu dať životu a službe hlbší a duchovný zmysel. Po zrelom uvážení požiadala o prijatie do Spoločnosti dcér kresťanskej lásky sv. Vincenta de Paul. Dňa 1. júla 1989 prijala rehoľné meno sestra Barbora. Po skončení rehoľnej formácie v roku 1990 celkom 12 dlhých rokov bola zamestnaná v Charitných domoch v Pezinku a v Močenku.

Priamo v teréne, v domácom prostredí a v prostredí sociálnych zariadení vnímala, ako človek vo finálnom štádiu života naliehavo potrebuje blízkosť a opateru, ale aj lekársku a ošetrovateľskú starostlivosť. Táto skúsenosť ju inšpirovala hľadať riešenie a účinnú pomoc. Bola odvážna a otvorená pre novátorské formy lekárskej služby, ak to situácia vyžadovala. Pokračovala systematicky a vytrvalo išla za svojím cieľom. V tých rokoch sa v iných krajinách už rozbiehala hospicová starostlivosť. So súhlasom provinciálnych predstavených sa sestra Barbora začala intenzívne zaujímať o túto novú formu zdravotnej starostlivosti o pacientov v terminálnom štádiu života. Podieľala sa na založení občianskeho združenia „SLNEČNICA SLOVENSKO“. Pod hlavičkou združenia sa mohol rozvíjať Mobilný hospic svätej Kataríny Labouré v Bratislave-Ružinove, v ktorom pôsobila ako odborný garant aj ako lekárka mobilného hospicu. Do júna 2010 navštevovala pacientov v domácom prostredí v Bratislave aj v okolí. Umožnila rodinám, aby ich príbuzný mohol v závere života ostať v domácom prostredí a v posledných chvíľach nezomieral bez lekárskej starostlivosti.

Okrem služby chorým sa aktívne podieľala aj na školení hospicových dobrovoľníkov.

Od 9. 2. 2009 bola MUDr. Kristína Kroftová zaradená do špeciálneho štúdia v odbore paliatívna medicína, na Slovenskej zdravotníckej univerzite. Dňa 19. 6. 2012 získala diplom o špecializácii v špecializačnom odbore paliatívna medicína.

V roku 2010 rehoľní predstavení Spoločnosti dcér kresťanskej lásky sv. Vincenta de Paul preložili sestru Barboru do komunity v Nitre. Od 13. 7. 2010 nastúpila do služby v zariadení Diecéznej charity Nitra, do hospicu Dom pokoja a zmieru u Bernadetky, najprv ako sekundárny lekár, následne ako odborný garant zariadenia. V jej pracovnom živote osobitnou kapitolou bola aj v Nitre služba mobilného hospicu, ktorá bola Sr. Barbore vždy bližšia a kde mohla plne rozvinúť svoje vnímanie k utrpeniu zomierajúceho človeka. Pre pacienta i pre jeho príbuzných táto služba bola veľkou psychologickou oporou.

Rehoľná sestra Barbora, MUDr. Kristína Kroftová, spájala svoje lekárske povolanie so svojim zasvätením Bohu pre službu zomierajúcim. Záležalo jej aj na duchovnej pohode pacienta a tiež na psychologickej pomoci jeho príbuzným. Pracovný pomer v Diecéznej charite v Nitre, ako garant v Hospici v Dome pokoja a zmieru u Bernadetky ukončila až dňom smrti 26. 12. 2025.

MUDr. Kristína Kroftová mala veľmi priateľský vzťah k ľuďom. Bola empatická, vedela vypočuť. Vďaka svojej otvorenej a radostnej povahe bola obľúbená. Svoje dary v plnosti využívala aj na duchovnú pomoc, vypočutie problémov. Rada mala ľudí a nešetrila čas, ktorý im s láskou vždy venovala. Aj preto navždy ostane v našej mysli a v našich srdciach.

MUDr. Leona Šóthová

20. svetový kongres Európskej asociácie pre paliatívnu starostlivosť

MUDr. Jozef Košč
Nemocnica AGEL Bánovce, Podporný a paliatívny konziliárny nemocničný tím

Praha sa v dňoch 14. – 16. mája 2026 stala centrom paliatívnej starostlivosti na svetovej úrovni. Práve v týchto dňoch sa konal 20. svetový kongres Európskej asociácie pre paliatívnu starostlivosť (z angl. European Association for Palliative Care, EAPC), tentokrát pod záštitou České společnosti paliativní medicíny. Hlavným mottom tohto ročníka bolo „Výskum v oblasti paliatívnej starostlivosti: od pevných základov k novým horizontom“ (z angl. Palliative Care Reasearch: From strong foundations to new horizons). Dôležitými diskutovanými témami tento rok boli okrem iného skorá integrácia paliatívnej starostlivosti do klinickej praxe, význam rehabilitácie v paliatívnej starostlivosti, digitalizácia v paliatívnej starostlivosti či etické otázky zomierania. Dôležitú časť kongresu predstavovala aj sekcia venovaná otázkam pediatrickej paliatívnej starostlivosti.

Kľúčové slová: *paliatívna starostlivosť, Európska asociácia pre paliatívnu starostlivosť, kongres EAPC, paliatívna sedácia, telemedicína*

20th World Congress of the European Association for Palliative Care
From May 14-16, 2026, Prague became a global center for palliative care. It was during these days that the 20th World Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC) took place, this time under the auspices of the Czech Society for Palliative Medicine. The main theme of this year's event was "Palliative Care Research: From Strong Foundations to New Horizons". Among the important topics discussed this year were, among others, the early integration of palliative care into clinical practice, the importance of rehabilitation in palliative care, digitalization in care, and ethical issues surrounding dying. An important part of the congress was also a section dedicated to issues in pediatric palliative care.

Key words: *palliative care, European Association for Palliative Care, EAPC congress, palliative sedation, telemedicine*

Paliat. med. liec. boles., 2026;19(1e):32-34

ÚVOD

Paliatívna medicína spája všetkých odborníkov pracujúcich v tejto oblasti v hlavnej myšlienke – starať sa o pacienta s ťažkým ochorením, s cieľom zabezpečiť takú kvalitu života, o ktorú pacient stojí. Každý pacient s ťažkým ochorením potrebuje starostlivosť nielen o telo, ale aj o psychiku, zároveň potrebuje vzťahy, blízkosť, dôstojnosť a pocit, že v ťažkých chvíľach svojej choroby nie je sám. A v tejto myšlienke paliatívna medicína spojila takmer dvetisíc odborníkov z oblasti medicíny, psychológie, sociálnej práce, výskumu a iných profesií, ktorí sa v dňoch 14. 5. – 16. 5. 2026 delili v Prahe o svoje skúsenosti a hľadali odpovede na rôzne otázky v oblasti paliatívnej starostlivosti. Práve v týchto dňom prebiehal 20. svetový kongres Európskej spoločnosti pre paliatívnu starostlivosť, ktorý zdôraznil, že moderná paliatívna starostlivosť sa čoraz viac orientuje na kvalitu života, zachovanie autonómie a multidisciplinárnu spoluprácu naprieč zdravotníckym a sociálnym systémom. Týmto článkom prinášame súhrn najvýznamnejších poznatkov kongresu a ich význam pre klinickú prax.

VČASNÁ INTEGRÁCIA PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

Posledné dekády prechádza paliatívna medicína významným rozvojom. Nepredstavuje iba starostlivosť o zomierajúceho pacienta, ale stáva sa integrálnou súčasťou starostlivosti už od momentu diagnostiky závažného, život limitujúceho ochorenia. Dominantnou témou kongresu bol preto aj význam a potreba včasného zapojenia paliatívnej starostlivosti do manažmentu chronických a život limitujúcich ochorení. Scott Murray zdôraznil, že pacienti neprežívajú výraznú psychickú, sociálnu či spirituálnu záťaž iba v období záveru života, ale takáto záťaž sprevádza pacientov už v období diagnostiky ochorenia. Pacienti aj v skorých štádiách nevyliečiteľných ochorení môžu mať nenaplnené potreby paliatívnej starostlivosti. Množstvo prednášok sa venovalo možnostiam včasnej identifikácie paliatívne relevantných pacientov v primárnej starostlivosti. V tomto kontexte zohrávajú dôležitú úlohu všeobecní lekári, ktorí môžu byť významnými koordinátormi paliatívnej starostlivosti. Viacerí autori priniesli výsledky používania nástroja SPICT (z angl. Supportive and Palliative Care Indicators Tool), ktorý slúži na včasnú identifikáciu pacientov s paliatívnymi potrebami. Včasné začatie paliatívnej starostlivosti prispieva k zvyšovaniu kvality života, zmierneniu utrpenia pacientov a ich rodín, skráteniu pobytu v nemocnici a počtu hospitalizácií v závere života a v istých prípadoch môže život pacienta aj predĺžiť.





ÚLOHA REHABILITÁCIE V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

Kongres EAPC 2026 ukázal, že rehabilitácia a paliatívna starostlivosť nie sú protiklady, ale prístupy, ktoré sa vzájomne dopĺňajú so spoločným cieľom – maximalizácie kvality života pacienta. Rebecca Tiberini a Matthew Maddocks prezentovali dôležitý koncept ,,living fully until you die“ – žiť naplno až do smrti. Tým zdôraznili, že pacient s pokročilým, život ohrozujúcim ochorením nechce byť len pasívnym prijímateľom starostlivosti. Paliatívny pacient môže aktívne pomocou modernej rehabilitácie zlepšovať svoju funkčnosť, nezávislosť od okolia, pokračovať v zmysluplných aktivitách, zlepšovať svoj psychický stav. Rehabilitácia v istých prípadoch dokáže prostredníctvom zvyšovania fyzickej aktivity znižovať únavu, prostredníctvom pohybu zlepšovať náladu a spánok, a mobilizáciou redukovať bolesť. Ukazuje sa, že respiračná rehabilitácia znižuje dyspnoe a zvyšuje toleranciu záťaže. Táto sekcia prispela k vyvráteniu mylnej predstavy, že kým pacient ešte podstupuje rehabilitáciu v rehabilitačnom zariadení, tak ešte nemôže byť predsa paliatívny. Aj samotná Svetová zdravotnícka organizácia (z angl. World Health Organization, WHO) dnes označuje integráciu rehabilitácie do paliatívnej starostlivosti ako ,,dobrú klinickú prax“.

PALIATÍVNA STAROSTLIVOSŤ V PEDIATRII

Joanne Wolfe stručne zhrnula vývoj pediatrickej paliatívnej starostlivosti za posledných 25 rokov. Zdôraznila, že pediatrická paliatívna starostlivosť predstavuje samostatný vysokošpecializovaný odbor, ktorý sa odlišuje od paliatívnej starostlivosti u dospelých, čo vyžaduje odlišné prístupy v riešení jednotlivých problematík. Kým dospelý pacient je autonómny pri určovaní starostlivosti, v pediatrii je rozhodovanie rodinný, komplexný proces. Kongres ukázal, že kľúčovým konceptom je ,,rodina ako centrum starostlivosti“ (z angl. family-centered care). Tým sa pediatrická starostlivosť presúva od starostlivosti zameranej iba na pacienta, k starostlivosti o celú rodinu. Zaujímavosťou bol dôraz kladený na starostlivosť o súrodencov pacientov, ktorí sú veľakrát ,,neviditeľní“, a pritom prežívajú často vysokú úroveň úzkosti, neistoty a obáv.

PALIATÍVNA STAROSTLIVOSŤ O GERIATRICKÉHO PACIENTA

Paliatívna starostlivosť v geriatrii patrí medzi najdôležitejšie výzvy budúcnosti. Alarmujúce je starnutie populácie, čo vedie k nárastu pacientov s krehkosťou, demenciou, polymorbídnosťou a s potrebou dlhodobej starostlivosti. Geriatria a paliatívna medicína majú často podobné ciele. Preto hlavným posolstvom tejto sekcie bola potreba prepájania týchto dvoch odborov. Prioritou veľkej časti geriatrických pacientov nie je dĺžka života, ale zachovanie jeho kvality a funkčnosti. Diskutovanou bola aj téma hospitalizácií u krehkých pacientov, u ktorých aj krátka hospitalizácia môže spôsobiť trvalý pokles funkčného stavu. V mnohých prípadoch hospitalizácia u takéhoto pacienta predstavuje rizikový faktor zhoršenia kvality života a progresie ochorenia.

DIGITALIZÁCIA V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

Tohtoročný kongres ukázal, že aj v paliatívnej medicíne sa otvára otázka digitalizácie, technológií a telemedicíny. Telemedicína vie pomôcť k efektívnejšej paliatívnej starostlivosti – redukuje vyčerpávajúce transporty pacientov do zdravotníckych zariadení, umožňuje častejší kontakt s paliatívnym tímom, skoršiu identifikáciu problémov, lepšie pochopenie sociálnej situácie, či znižuje u pacientov stres (vo svojom prirodzenom prostredí sa cítia bezpečnejšie). Mnohí prednášajúci však upozornili aj na limity telemedicíny. Tie vychádzajú z dôležitých aspektov paliatívnej starostlivosti – prítomnosť, neverbálna komunikácia, empatický kontakt, vzťah, ktoré sú v digitálnom svete výrazne limitované. Diskutovanou oblasťou bolo aj využívanie technológií, prostredníctvom ktorých môže pacient pomocou rôznych aplikácií zaznamenávať závažnosť svojich symptómov. Systém následne dokáže upozorniť paliatívny tím na zhoršenie stavu a umožniť skorú in-



tervenciu. Aj keď telemedicína a digitalizácia zohráva svoju významnú úlohu v zdravotníctve, nesmie nahradiť ľudskosť paliatívnej starostlivosti, ktorá ju robí jedinečnou.

PALIATÍVNA SEDÁCIA

Otázky paliatívnej sedácie patrili k najdiskutovanejším témam kongresu. Paliatívna sedácia nie je synonymom eutanázie. Je to intervencia, pomocou ktorej sa snažíme zmierniť nezvládnuteľné symptómy, keď všetky dostupné terapeutické možnosti zlyhali. Profesor Jeroen Hasselaar detailne a prehľadne vo svojej prednáške zhrnul základné aspekty tejto problematiky vychádzajúc z aktualizovaných odporúčaní EACP z roku 2024. Jedným z nich je, že cieľom nie je pacienta uspať, ale podať mu len toľko sedácie, koľko je potrebné na zmiernenie utrpenia. Otvorený dialóg zdravotníkov s pacientom a rodinou predstavuje v procese paliatívnej sedácie jednu z najdôležitejších úloh. Viacerí prednášajúci upozornili, že práve nepochopenie cieľov sedácie vedie v spoločnosti, medzi pacientmi a zdravotníkmi k mnohým obavám a etickým konfliktom. Hlavným odkazom tejto sekcie bolo, že paliatívna sedácia nie je zlyhaním paliatívnej medicíny, ale v určitých situáciách je jej legitímnou súčasťou založenou na medicínskych dôkazoch.

ANALÝZA A ZHODNOTENIE REFORMY NÁRODNÉHO SYSTÉMU PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI NA SLOVENSKU – TRI ROKY PO PRIJATÍ ZÁKONA (ZÁKON Č. 267/2022 Z. Z.)

Svoje dáta prezentovali na EACP kongrese 2026 aj odborníci zo Slovenska pod vedením MUDr. Andrey Škripekovej, PhD. Poster s názvom „Implementation and Comparative Review of the National Palliative Care Health System Reform in Slovakia (Act No.267/2022 Z. z.) – Three Years After Adoption“ opisuje komplexnú analýzu jednej z najvýznamnejších reforiem v zdravotníctve v oblasti paliatívnej starostlivosti na Slovensku za posledné desaťročia a zameriava sa na hodnotenie dosahov tejto legislatívnej reformy. Táto reforma má zásadný vplyv na poskytovanie paliatívnej starostlivosti. Prispela totiž okrem iného k zvýšeniu úhrad za výjazdy mobilných hospicov či zlepšenie financovania hospicov (kde úhrada za jeden liečebný deň stúpla zo 46 eur na 250 eur). Počet pacientov využívajúcich služby mobilných hospicov vzrástol medzi rokmi 2021 a 2025 o 78 %. K tomuto zlepšeniu dostupnosti paliatívnych služieb prispel aj zvýšený záujem lekárov o tento špecializačný odbor, čo naznačuje, že legislatívna reforma zvýšila atraktivitu odboru paliatívnej medicíny a vytvorila lepšie podmienky pre profesionálny rozvoj zdravotníkov. Z posteru zároveň vyplýva, že aj napriek celkovému pozitívnemu trendu rozvoja paliatívnej starostlivosti, pretrvávajú významné regionálne rozdiely v dostupnosti tejto formy starostlivosti, ktoré je potrebné eliminovať.

ZÁVER

Svetový kongres EAPC ukázal, aké dôležité je pre kvalitnú paliatívnu starostlivosť zdieľanie skúseností, vzdelávanie, výskum a medziodborová spolupráca. Paliatívna starostlivosť má v modernom zdravotníctve veľmi dôležité miesto a jej význam sa bude s narastajúcim starnutím populácie zvyšovať. Tohtoročný kongres zdôraznil, že paliatívna starostlivosť nie je len starostlivosť na konci života, ale mala by byť súčasťou starostlivosti už od momentu diagnostiky závažného ochorenia. Budúci ročník Svetového kongresu Európskej asociácie pre paliatívnu starostlivosť sa bude konať v dňoch 20. – 22. mája 2027 v škótskom Glasgowe, kde hlavným motívom bude udržanie ľudskosti v srdci inovácií v paliatívnej starostlivosti – „Humanising the Future: New Generations, New Technologies, Enduring Values“.

MUDr. Jozef Košč
Nemocnica AGEL Bánovce
Hviezdoslavova 23/3, 957 01 Bánovce nad Bebravou
Podporný a paliatívny konziliárny nemocničný tím
jozef.kosc@nbn.agel.sk

COFFEEIN

SLOVENSKÁ PRAŽIAREŇ KÁVY

KVALITNÁ KÁVA NA NÁROČNÉ DNI



teraz so špeciálnou 10% zľavou s kódom

zdravie10

Objavte chuť čerstvo praženej kávy na

www.coffeein.sk

*kód zdravie10 si môžete uplatniť v 1. kroku nákupného košíka
Platnosť zľavového kódu trvá do 31. 12. 2026

