

Výživa a hydratácia terminálne chorých onkologických pacientov

PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.¹, Mgr. Anna Herinková², PhDr. Marcela Ižová, PhD.¹

¹Fakulta zdravotníctva KU Ružomberok

²Klinika radiačnej a klinickej onkológie, ÚVN SNP Ružomberok- FN

Pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti onkologicky chorým sa stretávame s viacerými problémami i etickými dilemami, ktoré sa týkajú samotného pacienta, ale aj jeho príbuzných a blízkych. Medzi najčastejšie z nich radíme problémy výživy a hydratácie. V článku sme sa preto zamerali na výživu, hydratáciu a osobitosti aplikácie v terminálnom štádiu onkologického ochorenia. V úvode sa venujeme argumentom pre a proti výžive a hydratácii v terminálnom štádiu ochorenia. Opisujeme najčastejšie etické problémy, s ktorými sa zdravotnícki pracovníci stretávajú. Jadro príspevku tvoria výsledky klinického výskumu, ktorý bol realizovaný na Klinike radiačnej a klinickej onkológie Ústrednej vojenskej nemocnice SNP-FN Ružomberok. Pomocou kvalitatívnych a kvantitatívnych metód sme zisťovali, s akými problémami a etickými dilemami sa stretávajú sestry pri podávaní výživy a zabezpečovaní hydratácie pacientom v terminálnom štádiu ochorenia. Po vyhodnotení výsledkov sme zistili, že najviac problémov súvisí s podávaním, respektíve rozhodnutím nepodávať umelú výživu a hydratáciu. Výskum bol súčasťou projektu KEGA Možnosti interdisciplinárnej kooperácie pri realizovaní nefarmakologickej liečby v ústavných zariadeniach.

Kľúčové slová: výživa, hydratácia, onkologické ochorenia, terminálne štádium, etické dilemy, projekt KEGA

Nutrition and hydration of terminally ill cancer patients

When we providing palliative care to cancer patients, we encounter several problems and ethical dilemmas that affect the patient and their family members. The most problems are related to nutrition and hydration. In this paper, we therefore focused on nutrition, hydration and the specificities of their application in the terminal stage of cancer. In the introduction we describe the arguments for and against nutrition and hydration in the terminal stage of the disease. We are dedicated to the most common ethical problems that healthcare workers face. The main part of the contribution consists of results of clinical research, which was carried out at the Department of Radiation and Clinical Oncology in the Military hospital in Ružomberok. We used qualitative and quantitative methods we found out which problems and ethical dilemmas nurses face in the application of nutrition and providing hydration to patients in the terminal stage of the disease. After evaluating the results, we found that the most problems are related to the administration or the decision not to administer artificial nutrition and hydration. The research was part of the KEGA project Possibilities of interdisciplinary cooperation in the implementation of non-pharmacological treatment in institutional facilities.

Keywords: nutrition, hydration, oncological diseases, terminal stage, ethical dilemmas, KEGA project

Paliat. med. liec. boles., 2020;13(1-2e):21-25

Úvod

Onkologické ochorenia často sprevádza porucha výživy. Príčinou je ochorenie (zmena metabolizmu bielkovín, tukov a cukrov, nepomer medzi príjmom a výdajom energie – ubúda tuková a svalová hmota, výdaj prevyšuje príjem), ale aj samotná liečba (najčastejšie chemoterapia, rádioterapia) a jej nežiaduce účinky (1, 2). Najvýznamnejším problémom je malnutícia a výrazný pokles hmotnosti. Podvýživou trpí až 75 % pacientov (3, 4). Zlý stav výživy má za následok zníženie kvality života, pokles vitálnych funkcií, vyššiu mieru komplikácií a horšiu odpoveď na protinádorovú liečbu (5). Už 5 % pokles telesnej hmotnosti môže významne znížiť čas na liečbu a dĺžku prežitia (6). Preto je výživa

a hydratácia dôležitou súčasťou liečby. U onkologicky chorých však treba rozlíšiť o aký typ liečby ide.

Pri kuratívnej liečbe je cieľom udržať zdravú telesnú hmotnosť – hlavne zabrániť nechcenému chudnutiu a následnému oslabeniu imunity (7). Dodržať zásady správnej výživy. Zlepšiť výsledný klinický stav a redukovať dĺžku hospitalizácie.

V paliatívnej liečbe je cieľom udržanie primeranej kvality života, minimalizovanie diskomfortu, zmiernenie komplikácií, nepredlžovanie procesu umierania a maximálne rešpektovanie jedinečnosti konca každého ľudského života (8). V paliatívnej liečbe sa môžu využívať všetky formy nutričnej podpory: úprava diéty, sipping alebo umelá klinická výživa – enterálna a paranterálna (9).

Pri indikácii umelej (arteficiálnej) výživy a hydratácie je dôležité zohľadniť:

- Predpokladanú prognózu ochorenia z hľadiska dĺžky prežívania.
- Ciele liečby (Dôstojné umieranie? Predĺženie života v prijateľnej kvalite?...).
- Príčinu nedostatočného perorálneho príjmu a možnosti kauzálneho riešenia (napr. výživa sondou u pacientov s mechanickou stenózou...).
- Pranie, názor pacienta a jeho rodiny na enterálnu a parenterálnu výživu (10)
- Prítomnosť symptómov súvisiacich s dehydratáciou – vplyv dehydratácie na kvalitu života (9). Musíme zohľadniť i fakt, že mierna dehydratácia u pacientov v paliatívnej starostlivosti vedie k zmierneniu opuchov a výpotkov v telových dutinách,

nauzey a vracania, kašľa a dušnosti, zmiernuje bolesť znížením útlaku z nádoru, tiež zmiernuje vnímanie utrpenia (8,11).

Enterálna výživa u onkologicky chorých

Enterálna výživa u onkologicky chorých je jednoduchšia, má nižšie riziko komplikácií a je lacnejšia. Dôležité je však zvážiť zavedenie sondy alebo podávanie stravy cez perkutánnu endoskopickú gastrostómiu (PEG) u terminálne chorých. PEG nemá byť indikovaný u pacientov v terminálnom štádiu s očakávanou dĺžkou života 1-2 mesiace (6). Vyživovanie umelou cestou nezastaví postupné zhoršovanie celkového stavu, sonda pacientovi nepredĺži život, ale môže mu jeho záver zneprijemniť (7).

Parenterálna výživa u onkologicky chorých

Ak je indikovaná parenterálna výživa a hydratácia, môže byť aplikovaná intravenózne alebo subkutánne (hypodermoklýza). Dôležité je však myslieť na fakt, že kanyla a opakované vpichy ihlil predstavujú pre chorého záťaž a diskomfort. Pacient v refraktérnom štádiu nádorovej kachexie **už nebude** benefitovať z podávanej výživy, nie je schopný utilizovať substráty (12).

V terminálnej fáze onkologického ochorenia môže klinická umelá výživa zhoršovať kvalitu života a môže byť postupom zhoršujúcim zomieraním (13). Pre zlepšenie komfortu pacienta sú intervencie skôr zamerané na pravidelnú starostlivosť o ústnu dutinu (DÚ) - zvlhčovanie a toaletu DÚ, odstraňovanie hlienu, vyplachovanie vodou, čajom. Pacientovi sa odporúča cmúľanie kociek ľadu, s prímiesou napr. ananásového džúsu. Dôležité je aj zmiernenie symptómov ako je bolesť, zápcha, nauzea, vracanie, úzkosť, strach a depresia (8,14). Súčasťou starostlivosti je psychická a duchovná podpora pacienta a jeho blízkych, prípadne terapeutická komunikácia (15).

Etické dilemy výživy a hydratácie v paliatívnej starostlivosti o onkologicky chorých

Otázka výživy a zváženie jednotlivých intervencií je v klinickej praxi

Tabuľka 1. Oblasti nefarmakologickej liečby

Dôležitosť oblastí	priemer	Smer. odchýlka	Medián
Hydratácia	1,18	0,54	1
Výživa	1,38	0,68	1
Mobilita	1,50	0,72	1
Spánok	1,54	0,78	1
Aktivizácia	1,58	0,75	1
Sebestačnosť	1,89	1,03	2
Edukácia	1,96	0,94	2

mnohokrát spojené s etickými dilemami. Často sa stretávame s nasledujúcimi situáciami:

- rodinní príslušníci a zdravotníci cítia bezmocnosť pri konfrontácii tvárou v tvár s „rakovinou“ a umieraním. Ich odpoveďou na tento pocit je obhajoba pre umelú výživu a hydratáciu (16).
 - Umierajúceho práve kvôli zaisteniu „dostatočnej“ výživy a hydratácie často hospitalizujú, a to aj napriek tomu, že jeho pranie bolo prežiť záver života doma (17).
 - Pacient je umiestnený do nemocnice na pranie rodiny, lebo je potrebné „urobiť ešte niečo“. Mnohí umierajúci a ich príbuzní očakávajú až do úplného konca zázrak. A tak lekári bojujú, intervedujú a zaťažujú umierajúceho liečbou, ktorá už prináša viac bolesti ako je očakávaný prínos (18).
- K hlavným etickým dilemám patrí:
- rozpor medzi princípom beneficencie a non- maleficiencie. Konať v prospech pacienta a zároveň mu neuškodit nadmernou starostlivosťou.
 - Rozhodnutie nie tak o začatí, ale najmä o ukončení liečby (12,13),
 - Dať prednosť tomu, čo je v záujme pacienta (autonómia) **a zvážiť možné výhody proti prípadným nežiaducim účinkom navrhovanej liečby** (18).

Aplikácia výživy a hydratácie na Klinike radiačnej a klinickej onkológie ÚVN SNP-FN Ružomberok

Ako prebieha aplikácia výživy u terminálne chorých onkologických pacientov sme zisťovali prostredníctvom klinického výskumu. Výskum bol súčasťou projektu KEGA Možnosti interdisciplinárnej kooperácie pri realizácii nefarmakologickej liečby v ústavných zariadeniach. Hlavnými riešiteľmi boli pe-

dagógovia a vedeckí pracovníci Fakulty zdravotníctva KU Ružomberok, Fakulty zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici a Vysoké školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, ktorí úzko spolupracovali s odborníkmi z praxe. Členmi tímu odborníkov boli aj zamestnanci oddelení a kliník Ústrednej vojenskej nemocnice SNP Ružomberok-FN. Počas troch rokov realizácie projektu sme identifikovali kľúčové oblasti výskumu (tabuľka 1), ktoré označili zdravotníci pracovníci ako najdôležitejšie.

Ako z tabuľky vyplýva, najčastejšie sa zdravotníckimi pracovníkmi zameriavajú na uspokojovanie biologických potrieb a realizujú nefarmakologické metódy spojené s výživou a hydratáciou. Hodnotia ich ako najviac dôležité. Preto bolo aj našou prioritou podrobne rozpracovať tieto metódy. Zamerali sme sa na realizáciu intervencii sestier a ostatných zdravotníckych pracovníkov pri aplikovaní výživy a hydratácie u seniorov a ťažko chorých. Východiskom pre nás boli údaje, ktoré prezentuje tabuľka 2, kde sme zistili frekvenciu realizácie jednotlivých intervencii zameraných na výživu.

Klinický výskum sme začali na Klinike radiačnej a klinickej onkológie (KRaKO) ÚVN SNP Ružomberok FN a prostredníctvom nižšie uvedených metód sme zisťovali, aké nefarmakologické liečebné postupy zamerané na výživu a hydratáciu realizujú zdravotníckimi pracovníkmi u terminálne chorých onkologických pacientov. V nadväznosti na úvod príspevku sme sa zamerali aj na problémy a etické dilemy, ktoré tento spôsob liečby sprevádzajú.

1 Pre hodnotenie sme použili 5 stupňovú škálu, kde 1 bolo označenie pre veľmi dôležité, 2- dôležité, 3- neviem sa vyjadriť, 4- menej dôležité, 5- nedôležité. U položiek výživa a hydratácia 200 z 223 respondentov označilo možnosť 1.

Tabuľka 2. Intervencie v oblasti výživy

Realizácia intervencií v oblasti výživy	priemer	smer. odchýlka	medián
edukácia - správny stav výživy	1,47	0,84	1
úprava konzistencie stravy	1,75	1,02	1
strava podľa diétného režimu	2,08	1,23	2
pravidelné stravovanie	2,13	1,11	2
parenterálna výživa	2,71	1,30	3
podávanie stravy podľa sebestačnosti	3,06	1,59	3
PEG	3,30	1,64	4

Cieľ výskumu

- Zistiť, aké výživové problémy riešia zdravotnícki pracovníci na KRaKO.
- Zistiť, aké intervencie realizujú sestry, lekári a ostatní členovia tímu pri zabezpečovaní výživy a hydratácie u terminálne chorých onkologických pacientov.
- Zistiť s akými etickými dilemami spojenými s výživou a hydratáciou sa stretávajú najčastejšie.

Metodika výskumu

Na získanie, čo najkomplexnejších informácií sme použili kombináciu kvalitatívnych a kvantitatívnych metód, rovnako i metodologickú trianguláciu. V iniciálnej fáze výskumu to bola **analýza dokumentu**, kde sme sa zamerali na určené oblasti v zdravotnej dokumentácii pacientov. Zisťovali sme: 1. najčastejšie typy ochorení, ktoré si vyžadujú nutričnú podporu, 2. spôsob podávanej výživy a hydratácie, 3. spôsob hodnotenia výživy (nutričný skrining, laboratorne parametre), 4. spoluprácu pri podávaní výživy.

Následne sme realizovali **pološtruktúrované rozhovory** so sestrami na klinike. Otázky sme rozdelili do kategórii: 1. najčastejšie ošetrovateľské intervencie spojené s výživou a hydratáciou, 2. spolupráca pri podávaní výživy a hydratácie, 3. problémy pri podávaní výživy a etické dilemy v starostlivosti, 4. vedomosti sestier o aplikácii výživy pacientom v terminálnom štádiu ochorenia. Doplňujúcimi metódami boli štruktúrované pozorovanie a klinické kazuistiky, ktorých výsledky pre ich rozsah neuvádzame.

Výskumný súbor

Výskumný súborom boli zdravotné záznamy, sestry pracujúce na KRaKO (počet 11), pacienti v terminálnom štádiu onkologického ochorenia

(počet 4). Výber respondentov bol zámerný. Kritériom výberu u sestier bola skúsenosť so starostlivosťou o terminálne chorých, prax viac ako jeden rok na onkologickom oddelení, súhlas so zaznamenávaním verbálnej výpovede.

Priebeh a realizácia výskumu

Na začiatku výskumu sme pracovali so zdravotnými záznamami pacientov. Dokumenty boli analyzované v priebehu roku 2019 (po dohode s vedením kliniky). Počas mesiacov február - marec 2019 sme realizovali rozhovory so sestrami pracujúcimi v lôžkovej časti kliniky. V druhej polovici roku sme spracovali výsledky pozorovaní a klinických kazuistík hospitalizovaných pacientov (všetci pacienti súhlasili a podpísali informovaný súhlas).

Výsledky výskumu – analýza dokumentu

Po spracovaní údajov zo zdravotných záznamov sme zistili, že najčastejšími diagnózami (**Oblasť 1**), ktoré si vyžadovali nutričnú podporu boli:

- Nádory hlavy a krku.
- Pokročilé nádorové ochorenie.
- Tumory mozgu.
- Nádory žalúdka a pankreasu.

Pri hodnotení, akým spôsobom bola výživa a hydratácia aplikovaná (**Oblasť 2**). Bolo poradie nasledovné:

1. Úprava konzistencie stravy, úprava a voľba vhodnej diéty (najčastejšie u nádorov hlavy a krku, pri vedľajších účinkoch liečby – postradiačná mukozitída).
2. Sipping, orálne nutričné suplementy.
3. Enterálna výživa pomocou PEG.
4. Parenterálna výživa a hydratácia pomocou centrálného venózneho katétra (CVK) v súčasnosti aj pomocou PICC, port a cath systém (nádory hlavy a krku, pokročilé nádorové ochorenie).

Pri **Oblasti 3**, ktorá bola zameraná na spôsob hodnotenia výživy, sme sledovali zaznamenávanie údajov súvisiacich s výživou. Zistili sme, že sestry posudzujú stav výživy pri prijatí, ale aj počas priebehu liečby/realizovaní paliatívnej starostlivosti. Pravidelne sa sleduje hmotnosť pacienta, pri perorálnom prijíme veľkosť porcie, uvádzajú sa aktuálne výživové problémy. Pri prijatí sa zapisuje aktuálna hmotnosť, úbytok hmotnosti za posledný rok, výskyt problémov (nechutenstvo, pálenie záhy, nauzea, vracanie, dysfágia a spôsob prijímania stravy). Súčasťou dokumentácie sú hodnotiace škály. Celkový zdravotný stav je hodnotený podľa Karnofského skóre, výživa podľa Protokolu iniciálnej indikácie ambulantnej enterálnej výživy pre dospelých pacientov, u pacientov s nádormi hlavy a krku sa hodnotí Škála SZO - hodnotenie orálnej mukozitídy. Súčasťou dokumentácie je aj tabuľka Bilancia tekutín a príjem stravy (hodnotí sa príjem per os, intravenózne, celkový príjem stravy a diuréza). Pravidelne sa kontrolujú laboratorne parametre – celkové bielkoviny, albumín, glykémia a CRP.

V **oblasti 4** boli najčastejšie uvedené intervencie v spolupráci: ošetrojúci lekár - sestra - asistent výživy - gastroenterológ. Menej často sestra a vedúci tímu pre venózne vstupy. Bola zaznamenaná aj edukácia príbuzného o podávaní stravy, tekutín, zmierňovaní príznakov negatívne vplyvujúcich na výživu onkologicky chorého.

Výsledky výskumu pološtruktúrovaný rozhovor so sestrami

Pri analýze rozhovorov sme zistili aké intervencie realizujú sestry pri poskytovaní paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti zameranej na výživu a hydratáciu, všetky odpovede prezentuje tabuľka 3.

Pri vyhodnotení **druhej kategórie** sestry uviedli, že najčastejšie spolupracujú s ošetrojúcim lekárom, asistentom výživy, gastroenterológom, členmi nutričného tímu a tímu pre venózne vstupy (na KRaKO sa výživa, hydratácia a aplikácia liečiv zabezpečuje prostredníctvom PICC a port a cath systému², enterálna výživa sa aplikuje pomocou PEG).

² PORT A CATH systém využívajú od roku 2009 a PICC od roku 2019

Tabuľka 3. Intervencie sestier súvisiace so starostlivosťou o výživu pacientov

Pravidelné monitorovanie pacientovho zdravotného a psychického stavu
Edukácia pacienta a rodiny
Podávanie výživy per os s rešpektovaním schopností pacienta a jeho aktuálnych problémov, pomoc pri aplikácii sippingu
Podávanie výživy enterálne, parenterálne, starostlivosť o periférny a centrálny venózný katéter. Starostlivosť o PEG
Starostlivosť o ústnu dutinu
Zmierňovanie symptómov negatívne vplyvujúcich na stravovanie pacienta
Sledovanie PVT a vylučovanie, úprava prostredia

V tretej kategórii sa sestry vyjadrili k problémom a etickým dilemám, ktoré majú pri aplikácii výživy a hydratácie. Najčastejšie to bolo:

- Odmietanie spolupráce pacienta, pre jeho zlý zdravotný alebo psychický stav.
- Nevhodná aplikácia výživy, nadmerná hydratácia – pri infúznej liečbe.
- Nátlak rodiny, podávanie výživy a hydratácie, ktoré nie je v súlade so zdravotným stavom pacienta.
- Nesúlady medzi želaním pacienta a práním rodiny.
- Iatrogénna trauma spôsobená nadmernou starostlivosťou.

V poslednej kategórii sme sa zamerali na vedomosti sestier a zistili sme, že sestry majú poznatky o osobitostiach výživy a hydratácie v terminálnom štádiu onkologického ochorenia.

Majú pravidelné semináre na oddelení, zúčastňujú sa odborných konferencií. Úzko spolupracujú s poradcami v oblasti klinickej výživy ako aj s členmi nutričného tímu a tímu pre venózne vstupy.

Diskusia

Problematika výživy onkologicky chorých je veľmi široká. Pretože sa pri nej zameriavame nielen na problémy nádorovej kachexie, spôsoby podávania a zloženia stravy, ale aj na zväženie indikácie umelej výživy a hydratácie. Aj v predchádzajúcom texte, v ktorom sme sa zamerali na výživu a hydratáciu v paliatívnej starostlivosti o onkologických pacientov sme ich identifikovali niekoľko a boli zároveň i predmetom nášho skúmania.

Zistili sme, že najčastejšie ide o problémy vzťahujúce sa k zdravotnému a psychickému stavu pacienta. V rozhovore to uviedlo všetkých 11 sestier. Príčinou sú zmeny vyplývajúce zo samotného ochorenia. U chorého je prítomná refraktérna kachexia, aktívny katabolizmus s faktormi znemožňujúcimi riešiť progresívny úbytok hmotnosti úpravou stravy (4), rovnako i efekt nutričnej podpory je malý (13). Pri zabezpečovaní hydratácie u pacientov v terminálnom štádiu má negatívny vplyv intravenózna hydratácia. **Pokračujúca, plne kompenzovaná hydratácia môže terminálne chorých zatažovať a viesť k edémom, dušnosti a môže sa rozvinúť aj ascites. Môže nastať až zhoršovanie bolesti ako dôsledok edému v oblasti nádorového tkaniva (14).** Zmeny psychiky môžu súvisieť s pokročilým štádiom ochorenia s nežiaducimi prejavmi liečby a prejavujú sa nepokojom, agresivitou, zmätenosťou (15, 19). Pacient má odmietavý postoj k liečbe a k jednotlivým terapeutickým aktivitám, ku ktorým patrí i výživa a hydratácia. V takomto prípade je prioritou psychická podpora a terapeutická komunikácia.

Druhým cieľom nášho výskumu bolo zistiť, aké intervencie realizujú sestry, lekári a ostatní členovia tímu pri zabezpečovaní výživy a hydratácie u terminálne chorých onkologických pacientov. Rozdelili sme ich na intervencie spojené s uspokojením primárnych potrieb pacienta – bazálnou starostlivosťou a intervencie súvisiace s umelou výživou a hydratáciou (UV, UH), ktoré sú už liečebnou modalitou. Práve druhé spomínané sú v praxi spájané s problémom, či z nich bude terminálne chorý profitovať. Podľa odporúčaní Európskej spoločnosti pre enterálnu a parenterálnu výživu (ESPEN) je pri indikácii arteficiálnej výživy u pacientov s pokročilým nádorovým ochorením dôležité zdefinovať terapeutický cieľ, ktorý je potrebné prediskutovať s pacientom (12, 20). Preto môžu byť intervencie v paliatívnej starostlivosti zamerané na aplikáciu výživy v malých dávkach a v upravenej forme per os alebo pomocou enterálnej, parenterálnej výživy a hydratácie. Podľa stupňovitého systému nutričnej podpory sú intervencie zamerané na: liečbu symptómov, ktoré obmedzujú príjem

potravy, diétnu radu, edukáciu pacienta, zmenu konzistencie stravy, aplikáciu perorálnych nutričných náhrad, sipping a umelú klinickú výživu (5, 21). Aj prostredníctvom našich empirických metód sme zistili, že sestry i ostatní zdravotnícki pracovníci zameriavajú svoje intervencie na vhodnú aplikáciu výživy, prispôbenú aktuálnemu zdravotnému a psychickému stavu pacienta, ktorý je určovaný nielen na základe jeho verbálnej výpovede, alebo pozorovaním, ale i na základe validných údajov z hodnotiacich nástrojov a laboratórnych parametrov. Aplikácia výživy a tekutín je spojená so starostlivosťou o DÚ a zmierňovaním symptómov negatívne vplyvujúcich na stravovanie pacienta.

Posledný cieľ bol zameraný na etické problémy a dilemy, ktoré výživu a hydratáciu v paliatívnej starostlivosti sprevádzajú. Etické otázky súvisia s dodržiavaním základných etických princípov, s právami pacientov a právami nevyliciteľne chorých a zomierajúcich. Zdravotnícki pracovníci pri podávaní výživy a hydratácie musia odhadnúť, kedy má UV a UH priaznivý účinok pri liečbe pacienta a nepoškodzuje ho. Musia rešpektovať pranie pacienta a jeho rodiny a akceptovať právo pacienta na stálu starostlivosť i napriek tomu, že sa cieľ „uzdravenie“ z choroby mení na zachovanie pohodlia a kvality života. V praxi sa však stretávame i s problémom, ako sa s týmto problémom vyrovnajú príbuzní a blízki, ktorí sú skôr za pokračovanie terapie (16). Niekedy i zdravotnícki pracovníci pochybujú o správnosti svojho rozhodnutia. V štúdiu (17), ktorá bola zameraná na vedomosti a postoje sestier pri poskytovaní umelej klinickej výživy sa zistilo, že na zabezpečenie dôslednej a primeranej starostlivosti na konci života sú potrebné hlboké klinické a etické znalosti o arteficiálnej výžive a hydratácii. Komparáciou s našim výskumom sme zistili podobné problémy. Sestry sa najčastejšie stretávajú s porušením etických princípov beneficencie a non-maleficiencie (nevhodná aplikácia výživy, nadmerná hydratácia, nátlak rodiny, podávanie výživy a hydratácie, ktoré nie je v súlade so zdravotným stavom pacienta) a neakceptovaním prania pacienta.

Záver

Hlavným cieľom paliatívnej starostlivosti je dôraz na kvalitu života pacientov a ich rodín. Súčasťou kvality života je komplexná terapia symptómov a podpora pacientov na konci života, aj ich rodín a blízkych ľudí tak, aby utrpenie všetkých bolo znesiteľné (22). Aj onkologicky chorý pacient má schopnosť vidieť situáciu v jej relativite – zmiernenie bolesti a utrpenia, obťažujúcich symptómov, sociálna integrácia, zachovanie dôstojnosti a sebestačnosti – to všetko vytvára podmienky pre udržanie si dobrej kvality života napriek objektívnym obmedzeniam choroby. Preto aj stanovenie vhodného spôsobu výživy a hydratácie s prihliadnutím na aktuálny stav pacienta a jeho profitovanie z liečby má veľký význam a je zárukou kvalitnej starostlivosti. Musíme si byť vedomí zodpovednosti za svoje rozhodnutia. Umelá výživa a hydratácia je zbytočná a zaťažujúca pre pacienta v terminálnom štádiu, pri súčasnom zlyhávaní životných funkcií. Je zaťažujúca aj v prípadoch, keď nemôže prispieť k zvládnutiu dominujúceho a život ohrozujúceho stavu. Pacienta a rodinu je potrebné upokojiť, že jeho komfort je pre nás najvyššia priorita za každých okolností, a že zastavenie UH neznamená zastavenie starostlivosti.

Literatúra

1. Voleková, M. Manuál enterálnej výživy pre ambulantnú prax. Bratislava: Herba; 2012.
2. Minárik P, Mináriková D. Strava a výživa v prevencii a liečbe rakoviny. Bratislava: Farmaceutická fakulta Univerzity Komenského; 2017.
3. Caccialanza, R. et. al. Nutritional Support in Cancer Patients: A Position Paper from the Italian Society of Medical Oncology (AIOM) and the Italian Society of Artificial Nutrition and Metabolism (SINPE). *Journal of Cancer*. 2016; 7(2): 131-135.
4. Hudáková Z, Novosedláková M. Onkologické ošetrovatelstvo 2. Ružomberok: Verbum; 2012.
5. Raková, J. a kol. Dietológia a liečebná výživa II. Košice: Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach; 2019.
6. Zápotocká J, Gombašová L, Zakuciová M. Enterálna alebo parenterálna výživa, kedy a ktorá. *Gastroenterológia pre prax*. 2017; 16(4): 157-161.
7. Škripeková A. Korelácia stúpajúcej hladiny albumínu a naplnenia terapeutického cieľa pri parenterálnej nutričnej podpore. *Nutrition News*. 2017; 1, (1): 6-7.
8. Kuricová R, Žiaková K, Nemcová J. a kol. Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Martin: Osveťa; 2018.
9. Herinková A, Zrubáková K, Vaněk P. Fakty a mýty o výžive onkologického pacienta. Ed. Zrubáková K, Novosedláková M. Rodina- Zdravie- Choroba. Ružomberok: Verbum, 2014. s. 233- 241.
10. Krajčík Š, Mikus P, Bajánová E. a kol. Výživa vo vyššom veku. Bratislava: Herba; 2018
11. Škripeková A. Výživa pacientov s pokročilým nádorovým ochorením. *Farmakoterapeutické postupy*. 2013; 3 (1): 55-59.
12. Škripeková A. Ukončovanie parenterálnej výživy na konci života. *Nutrition News*. 2018; 2 (1): 14-17.
13. Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J. Paliatívni medicína pro praxi. Praha: Galen; 2012.
14. Nemcová J. Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Martin: JLF UK v Martine; 2013.
15. Kopáčiková M. a kol. Posudzovanie symptómov a spirituálnych potrieb pacientov v paliatívnej starostlivosti. Bratislava: SAP; 2015.
16. Amano K. et al. Beliefs and Perceptions About Parenteral Nutrition and Hydration by Family Members of Patients With Advanced Cancer Admitted to Palliative Care Units: A Nationwide Survey of Bereaved Family Members in Japan. *Journal of pain and symptom management*. 2020; 60 (2): 355-361.
17. Albanesi B. et al. Exploring Nurses' Involvement in Artificial Nutrition and Hydration at the End of Life: A Scoping Review. *Journal of parenteral and enteral nutrition*. 2020; 44 (1). Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1002/jpen.1772>
18. Herinková A, Zrubáková K, Darmošová R. Etické dilemy hydratácie a výživy v závere života. Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti v teórii a praxi. 2010. [Online] Dostupné na internete: <https://www.prohuman.sk/zdravotnictvo/zbornik-eticke-aspekty-osetrovateľskej-starostlivosti-v-teorii-a-praxi-pdf-2010>
19. Gulášová L. a kol. Psychické zmeny u nevyliciteľne chorých pacientov. 2014. [Online] Dostupné na internete: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologických-konferencií-abstrakt/psychicke-zmeny-u-nevyliciteľne-chorých-pacientov>
20. Kuberová H. a kol. Liečebný pedagóg v tíme starostlivosti o seniorov. Ružomberok: Verbum; 2016.
21. Arends et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical nutrition*. 2016. [Online]. Dostupné na internete: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.015>
22. Križanová K. Paliatívna medicína. *Onkológia*. 2014; 9 (6): 342-344.

PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.

Fakulta zdravotníctva KU Ružomberok
Námestie A. Hlinku 48, 034 01 Ružomberok
katarina.zrubakova@ku.sk