

Paliatívna medicína a liečba bolesti



Prehľadové články / Review articles

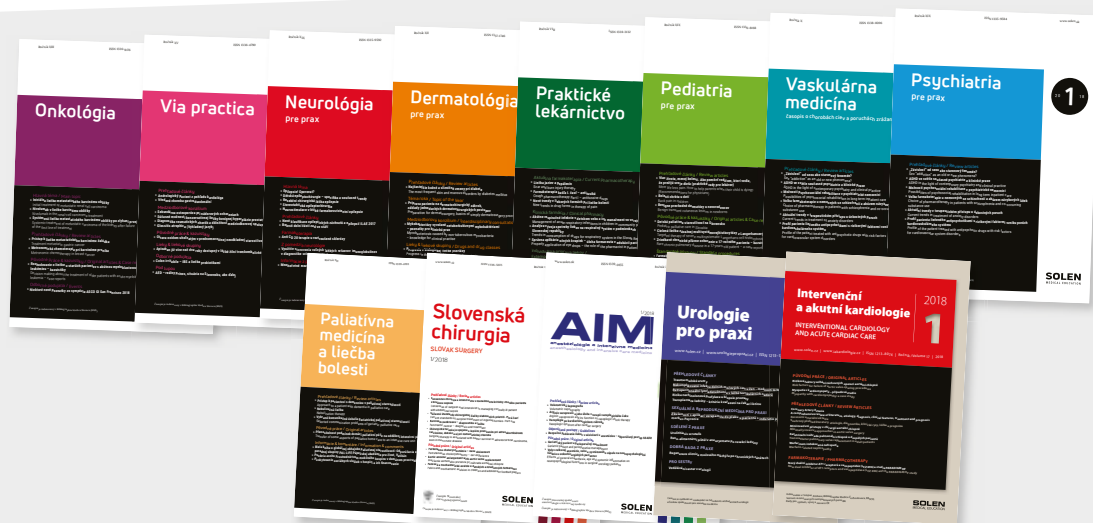
- » **Srdcové zlyhávanie z pohľadu paliatívnej medicíny**
Heart failure in the view of palliative medicine
- » **Aké miesto má paliatívna medicína v onkológii?**
What is the place of palliative medicine in oncology?

Pôvodné práce / Original articles

- » **Hodnoty a prežívaná zmyslupnosť života u zomierajúcich pacientov**
The Values and Perceived Meaningfulness of Life of Dying Patients
- » **Výživa a hydratácia terminálne chorých onkologických pacientov**
Nutrition and hydration of terminally ill cancer patients
- » **Ošetrovateľská diagnóza úzkost ze smrti u klientů v lůžkovém hospici**
Nursing diagnosis of death anxiety of clients in inpatient hospice
- » **Zkušenosti pracovníků v sociálních službách s průběhem a výsledky supervizí**
Experience of workers in social services with the course and results of supervision



časopisy



konferencie



knihy



online
vzdelávanie

www.solen.sk
mudr.online
www.facebook.com/solen



Vážené záujemkyne a zájemci o paliatívnu medicínu a paliatívnu starostlivosť!

Vydávanie internetového časopisu je stále redšie a už neobsahuje temer žiadne medicínske príspevky. Dôvodom je neprimeraná záťaž odborníkov v paliatívnej medicíne a nemožnosť sústrediť sa na odovzdávanie vedomostí.

Je mi to osobne veľmi ľúto, hoci mám výrazný podiel na tejto situácii.

Naopak, praktická stránka našej činnosti sa pomaly, ale iste zlepšuje. Stále viac lekárov má záujem o paliatívnu medicínu, trochu menej sestier. Sestier je všeobecný nedostatok hlavne pre nedostatočné platby za výkony a z toho vyplývajúce nízke mzdy. Tomuto nevieme účinne čeliť.

Nepripravených a zdecimovaných nás zastihla aj epidémia infekcií SARS-CoV-2, ktorá má obdobu len v epidémii tzv. španielskej chrípky pred 100 rokov. Vysoká smrtnosť, vyčerpaní zdravotníci, nedostatočný počet sanitiek dopravnej služby, nemožnosť rozhodovania ventilovaných pacientov o svojom osude (dosiaľ nie je prijatý zákon o dispozícii pacienta - vyslovenom predchádzajúcom prianí, ktorý súvisí s určením zákonného zástupcu v rozhodovaní za pacienta v bezvedomí), žiaden čas na zisťovanie, čo si pacient praje aj keď je pri vedomí. Žiadna paliatívna starostlivosť o zomierajúcich pacientov, u ktorých je potrebné odstúpiť od život zachraňujúcej liečby, ani o tých, ktorým nemožno dať život zachraňujúcu intenzívnu liečbu.

Vo vydavateľstve Solen, v knižnej edícii Meduca vyšla v r. 2020 učebnica Špeciálna onkológia, na ktorej sa tvorivo zúčastnilo množstvo autorov. V predhovore sa zostavovatelia Juraj Kaušitz a Dalibor Ondruš vyjadrujú k mnohým aspektom publikácie, jej dočasnej platnosti, aj k potrebe takúto knihu vydať, aby zhrnula pokrok v poznatkoch v diferenciálnej diagnostike a v liečbe nádorových ochorení všetkých orgánových systémov. Napriek tomu, že na začiatku kladú dôraz na nové postupy, ktoré vedú k zlepšeniu výsledkov liečby, k zníženiu mortality a k lepšiemu prežívaniu pacientov, nezmieňujú sa ani jednou vetou o potrebe paliatívnej medicíny v starostlivosti o kvalitu života pacientov prežívajúcich s príznakmi nevyliciteľnej choroby. Podobne ani v jednej jedinej kapitole sa jednotliví autori v liečbe metastatických ochorení, alebo ochorení recidivujúcich a progredujúcich nezmieňujú o možnosti ukončiť paliatívnu chemoterapiu alebo rádioterapiu alebo chirurgickú liečbu pri zhoršení celkovej výkonnosti a odoslať pacienta do paliatívnej starostlivosti. Je to aj napriek tomu, že jeden zo základných (stále sa inovujúcich) zdrojov poznatkov o diagnostike a liečbe zhubných nádorov National comprehensive cancer network (NCCN) sa venuje všeobecnej a špecializovanej paliatívnej starostlivosti veľmi podrobne.

Čaká nás ešte dlhá a krivá cesta k naplneniu práva pacienta na paliatívnu starostlivosť v ktorejkoľvek fáze jeho ochorenia, ktoré mu spôsobuje bolesti alebo iné závažné symptómy, zníženie kvality života, výkonnosti a iných nepriaznivých dôsledkov ochorenia.

S miernym optimizmom sa pozerám do budúcnosti a stále si opakujem, že mnohí lekári a sestry prichádzajú na to, že pre chorých nie je potrebná len a len víťaziaca medicína, ale aj medicínske, ošetrovateľské, duchovné a sociálne pochopenie ich života a vplyvu na ich blízky, keď končia postupne svoj "boj" s nevyliciteľným a progredujúcim ochorením.

S úctou a srdečne Kristina Križanová



Obsah

Content

Úvodné slovo

Editorial

- 3** MUDr. Kristína Križanová
Úvodné slovo

Prehľadové články

Review articles

- 5** MUDr. Peter Mikus, PhD.
Srdcové zlyhávanie z pohľadu paliatívnej medicíny
Heart failure in the view of palliative medicine

- 9** MUDr. Mária Novisedláková
Aké miesto má paliatívna medicína v onkológii?
What is the place of palliative medicine in oncology?

Pôvodné práce

Original articles

- 15** Mgr. Diana Horniaková, prof. PhDr. Mgr. Patricia Dobríková, PhD. et PhD.,
Mgr. Mária Dėdová, PhD.
Hodnoty a prežívaná zmysluplnosť života u zomierajúcich pacientov
The Values and Perceived Meaningfulness of Life of Dying Patients
- 21** PhDr. Katarína Zrubáková, PhD., Mgr. Anna Herinková, PhDr. Marcela Ižová, PhD.
Výživa a hydratácia terminálne chorých onkologických pacientov
Nutrition and hydration of terminally ill cancer patients
- 26** PhDr. Zdeňka Římovská, Ph.D., Bc. Filip Schramm
Ošetrovateľská diagnóza úzkosť ze smrti u klientů v lůžkovém hospici
Nursing diagnosis of death anxiety of clients in inpatient hospice
- 31** Doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc., Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.,
Mgr. Martina Ležáková, DiS.
Zkušenosti pracovníků v sociálních službách s průběhem a výsledky supervizí
Experience of workers in social services with the course and results of supervision

PALIATIVNÁ MEDICÍNA A LIEČBA BOLESTI

Ročník 13, 2020, číslo 1-2e, vychádza 2-krát ročne
Dátum vydania: február 2021

Vychádza v spolupráci s:

- Slovenskou spoločnosťou paliatívnej medicíny SLS (www.paliativnamedicina.eu)
- Českou spoločnosťou paliatívnej medicíny (www.paliativnimedicina.cz).

Redakčná rada:

doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD.
MUDr. Lucia Dzurillová
MUDr. Jana Hoozová
MUDr. Katarína Jakubovíťšová
MUDr. Mária Jasenková
MUDr. Peter Križan, CSc.
MUDr. Kristína Križanová
PhDr. Jana Nemcová, PhD.
MUDr. Leona Šóthová

Odborní editori:

MUDr. Jana Hoozová
MUDr. Leona Šóthová

Vydavateľ:

SOLEN, s. r. o., IČO 35865211

Sídlo vydavateľa a adresa redakcie:

SOLEN, s. r. o., Ambrova 5, 831 01 Bratislava, tel.: 02/5465 1381, redakcia@solen.sk

Redaktorka časopisu:

Ing. Drahoslava Výžinkárová, 0910 956 370, vyzinkarova@solen.sk

Grafická úprava a sadzba:

Ján Kopčok, kopcok@solen.sk

Všetky publikované články prechádzajú recenziou.

Registrácia MK SR pod číslom EV3582/09

ISSN 1339-4193 (online)

Časopis je indexovaný v Bibliographia Medica Slovaca (BMS).

Citácie sú spracované v CiBaMed.

Citátná 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.

Akokoľvek časť obsahu alebo článku nesmie byť kopírovaná alebo inak rozmnožovaná s cieľom ďalšieho šírenia akýmkoľvek spôsobom a v akejkolvek forme bez písomného súhlasu vydavateľstva SOLEN, s.r.o., ako vlastníka autorských práv.

Vydavateľ nenesie zodpovednosť za údaje a názory autorov jednotlivých článkov.

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Srdcové zlyhávanie z pohľadu paliatívnej medicíny

MUDr. Peter Mikus, PhD.

Klinika geriatrickej SZU a UNB

Srdcové zlyhávanie je komplexný klinický syndróm, kde okrem poškodenia srdca možno pozorovať zmeny na rôznych orgánoch a orgánových systémoch. Pokročilé srdcové zlyhávanie je stavom, ktorý významným spôsobom znižuje kvalitu života a spôsobuje utrpenie pacientom. Klasifikácia srdcového zlyhávania podľa ejekčnej frakcie ľavej komory môže byť nedostatočná pre patofyziologické rozdelenie. Je žiaduce použiť aj iné parametre na určenie klinického fenotypu a jeho znakov. U starších pacientov je potrebné prihliadať na špecifiká vyššieho veku. Pri pokročilom srdcovom zlyhavaní je nutné aplikovať paliatívne postupy na zmiernenie symptómov a zlepšenie kvality života.

Kľúčové slová: pokročilé srdcové zlyhávanie, prognóza, klasifikácia, paliatívna starostlivosť, starší

Heart failure in the view of palliative medicine

Heart failure is a complex clinical syndrome, where we can see a multiorgan damage. Advanced heart failure is a condition that significantly reduces quality of life and causes suffering to patients. Classification of heart failure according to the left ventricular ejection fraction may be insufficient for pathophysiological classification. It is desirable to use other parameters to determine the clinical phenotype and its characteristics. In elderly patients, the specificities of older age should be taken into account. In case of advanced heart failure, palliative procedures must be applied to relieve symptoms and improve the quality of life.

Keywords: advanced heart failure, prognosis, classification, palliative care, elderly

Paliat. med. liec. boles., 2020;13(1-2e):5-8

Definícia a epidemiológia srdcového zlyhávania

Srdcové zlyhávanie je klinický syndróm charakterizovaný typickými symptómami (napr. dýchavica, opúchanie dolných končatín a únava), ktoré môžu byť sprevádzané znakmi (napr. zvýšený tlak v jugulárnych vénach, rachôtky nad pľúcami, periférne edémy) spôsobené štrukturálnymi a/alebo funkčnými abnormalitami srdca, ktoré vedú k zníženiu srdcového výdaja a/alebo k zvýšeným vnútroštruktúrnym tlakom v pokoji alebo počas záťaže (1). Definíciou srdcového zlyhávania je viacero a okrem vyššie uvedenej definície Európskej kardiologickej spoločnosti považujem za užitočnú definíciu Americkej asociácie srdca: **Srdcové zlyhávanie je komplexný klinický syndróm spôsobený akýmkoľvek štrukturálnym alebo funkčným poškodením plnenia komôr alebo vývrhu krvi.**

Hlavnými prejavmi srdcového zlyhávania sú dýchavica a únava, ktoré môžu obmedzovať toleranciu námahy a retencia tekutín, ktorá môže viesť k pľúcnej a/alebo orgánovej kongescii a/alebo periférnym edémom. Niektorí pacienti majú intoleranciu námahy, ale nemajú výrazné príznaky retencie tekutín, kým iní majú najmä edémy, dýchavicu a slabosť. Keďže niektorí pacienti

nemajú prejavy retencie tekutín, tak sa preferuje názov srdcové zlyhávanie pred kongestívnym srdcovým zlyhavaním (2). Snaha o čo najkomplexnejšiu definíciu srdcového zlyhávania rôznymi odborníkmi spoločnosťami demonštruje skutočnosť, že naozaj ide o komplexný klinický syndróm, kde **okrem poškodenia srdca možno pozorovať zmeny na rôznych orgánoch a orgánových systémoch.**

V súčasnosti delíme srdcové zlyhávanie podľa ejekčnej frakcie ľavej komory na 3 skupiny:

- srdcové zlyhávanie s redukovanou ejekčnou frakciou ľavej komory (HFrEF), keď je ejekčná frakcia ľavej komory (EF LK) menej ako 40 %.
- srdcové zlyhávanie so zachovanou ejekčnou frakciou ľavej komory (HFpEF), keď je EF LK 50 % a viac,
- srdcové zlyhávanie v strednom rozmedzí (mid-range) (HFmrEF), keď je EF LK 40 - 49 %.

Pacienti s HFpEF sú častejšie starší, častejšie ženy, častejšie majú anamnézu artériovej hypertenzie a fibrilácie predsiení, kým prekonaný infarkt myokardu majú menej často (1).

Prevalencia srdcového zlyhávania závisí od jeho definície, ale pohybuje sa medzi 1 - 2 % dospelých populácie vo vyspelých krajinách a narastá na 10 %

a viac v staršej populácii vo veku nad 70 rokov (1). Starší pacienti vo veku 65 rokov a viac tvoria 80 % pacientov hospitalizovaných pre srdcové zlyhávanie (3). Doživotné riziko vzniku srdcového zlyhávania vo veku 55 rokov je 33 % pre mužov a 28 % pre ženy. 12-mesačná celková mortalita pre hospitalizovaných pacientov so srdcovým zlyhavaním je 17 %, pre stabilizovaných / ambulantných pacientov 7 %. 12-mesačná pravdepodobnosť hospitalizácie pre hospitalizovaných pacientov so srdcovým zlyhavaním je 44 %, pre stabilizovaných/ambulantných pacientov 32 %. Celková **mortalita** je vo všeobecnosti vyššia u pacientov s HFrEF (1). Väčšina pacientov s HFpEF nezomiera na srdcové zlyhávanie. HFpEF je v súčasnosti častejšie ako HFrEF, s eskalujúcou incidenciou u osôb vo veku 70 rokov a starších (3).

Napriek tomu, že bolo vyvinutých niekoľko desiatok prognostických modelov pre srdcové zlyhávanie, dodnes nie je možné určiť **prognózu** pacientov porovnateľnú ako pri onkologických ochoreniach (1). Rok od prvej hospitalizácie pre srdcové zlyhávanie je mortalita 30 %, môže však byť až 60 % u pacientov s viacerými komorbiditami. Pacienti v stupni NYHA II majú vyššie riziko náhlej smrti, kým pacienti v NYHA IV majú jednorozhodnú

mortalitu 75 % so signifikantne vyšším rizikom úmrtia na progresívne srdcové zlyhávanie (3).

Ťažko predvídateľný klinický priebeh srdcového zlyhávania súvisí s tým, že je ťažké plánovať starostlivosť na konci života. Mnoho pacientov, ich opatrovateľov, ale aj lekárov zlyháva pri uznaní progresívneho, terminálneho charakteru srdcového zlyhávania. Napríklad v Kanade onkologické ochorenia tvoria 25 % úmrtí a 90 % onkologických pacientov dostáva paliatívnu starostlivosť alebo starostlivosť na konci života. Kardiovaskulárne ochorenia spôsobujú vyše tretinu úmrtí, avšak len nepatrnej časti pacientov sa dostáva paliatívnej starostlivosti (4). Podobne v USA 50 % pacientov prijatých do hospicu malo onkologické ochorenie ako primárnu diagnózu a len 12,2 % malo ako primárnu diagnózu srdcové ochorenie. **To svedčí pre nedostatočné využívanie hospicovej starostlivosti pre pacientov so srdcovým zlyhávaním (3).**

Terminológia pokročilého štádia srdcového zlyhávania

Nie vždy je úplne jednoznačná aj terminológia pokročilého štádia srdcového zlyhávania. V minulosti sa ustúpilo od pojmu terminálne srdcové zlyhávanie pre jeho negatívny psychologický náboj, podobne to bolo aj s termínom end-stage srdcové zlyhávanie. Presadil sa termín pokročilé srdcové zlyhávanie. V súčasnosti sa termínom pokročilé srdcové zlyhávanie nazýva štádium srdcového zlyhávania, ktoré je výzvou pre pacientov so srdcovým zlyhávaním. Je to **nestabilný stav, keď sú prítomné zhoršené klinické symptómy, časté sú rehospitalizácie a je charakteristický vysokou mortalitou.** Štandardné terapeutické prístupy sú nedostatočné a je potrebné pristúpiť k ďalším liečebným opatreniam, zvažuje sa transplantácia srdca a implantácia podporných systémov. V tejto situácii je dôležitý správny výber pacientov, ktorí z takýchto postupov môžu profitovať. Viacerí autori odporúčajú od pokročilého srdcového zlyhávania odlišovať tzv. end-stage srdcové zlyhávanie. **Pri end-stage srdcovom zlyhávaní už pokročilé terapeutické intervencie neprinášajú pre pacientov benefit, nakoľko sú u nich**

prítomné ireverzibilné poškodenia orgánov. V tomto prípade by sa mala uprednostniť paliatívna starostlivosť na zlepšenie kvality života a zmiernenie utrpenia (5).

Jednou z hlavných dilem konca života pri srdcovom zlyhávaní je slabá a neefektívna komunikácia medzi pacientami / opatrovateľmi a lekármi. Môže to byť spôsobené diskomfortom pre všetky zúčastnené strany vo vzťahu k terminálnej, progresívnej povahe ochorenia ako aj pri diskusii o plánovaní starostlivosti na konci života (3).

Klasifikácia srdcového zlyhávania

Od roku 1902 sa používa klasifikácia srdcového zlyhávania podľa Newyorskej srdcovej asociácie NYHA. Štvrté štádium podľa tejto klasifikácie je charakterizované tým, že pacienti nie sú schopní urobiť akúkoľvek fyzickú činnosť bez ťažkostí, symptómy srdcového zlyhávania sú zjavné už v pokoji alebo pri minimálnej námahe (osobná hygiena), ktorá ťažkosti stupňuje (6). Aj z tohto popisu štvrtého štádia podľa NYHA klasifikácie je zrejmé utrpenie a nízka kvalita života pacientov.

Americké odborné spoločnosti v súčasnosti delia štádiá srdcového zlyhávania na A, B, C, D. Štádium D zahŕňa pacientov s pokročilým srdcovým zlyhávaním, ktorí sú symptomatickí napriek medicínskej podpore a vyžadujú hospitalizáciu, transplantáciu srdca alebo paliatívnu starostlivosť (5).

Pacienti s pokročilým srdcovým zlyhávaním, ktorí majú progresívne zhoršovanie klinických symptómov, vysoký podiel rehospitalizácií, morbiditu a mortality, tvoria veľmi významný podiel zo širokej populácie so srdcovým zlyhávaním. **Pokročilé srdcové zlyhávanie** je veľkou výzvou pre lekárov, zdravotnícky systém, aby to zvládli po stránke etickej aj ekonomickej.

Pre pokročilé srdcové zlyhávanie sú charakteristické nasledovné skutočnosti: 1.) závažné symptómy podľa NYHA klasifikácie stupeň III a IV; 2.) epizódy klinických znakov retencie tekutín a/alebo periférnej hypoperfúzie; 3.) objektívne dôkazy závažnej kardiálnej dysfunkcie, t.j. prítomnosť aspoň jedného z nasledov-

ných: ejekčná frakcia ľavej komory <30%, pseudonormálny alebo reštrikčný transmitrálny prietok zistený dopplerovskou echokardiografiou, vysoké ľavostranné alebo pravostranné plniace tlaky komôr, zvýšené natriuretické peptidy; 4.) závažné zhoršenie funkčnej kapacity, ktoré sa prejaví buď neschopnosťou záťaže, skrátením 6-minútového testu chôdze pod 300 metrov alebo maximálnou spotrebou kyslíka <12-14 ml/kg/min; 5.) anamnéza viac ako jednej hospitalizácie pre srdcové zlyhávanie v posledných šiestich mesiacoch; 6.) prítomnosť všetkých vyššie popísaných znakov napriek optimálnej liečbe. Táto definícia identifikuje skupinu pacientov so zhoršenou kvalitou života, zlou prognózou a vysokým rizikom klinických príhod (5).

Pacienti s pokročilým srdcovým zlyhávaním majú multiorgánovú dysfunkciu, čo je spôsobené prirodzeným priebehom ochorenia. **Srdcové zlyhávanie je systémovým syndrómom s multiorgánovým postihnutím.** Na jednej strane orgány ako obličky, pľúca, pečeň a mozog sú postihnuté nízkym srdcovým výdajom a zápalovým stavom podporeným srdcovým zlyhávaním. To znamená, že čím je horšia výkonnosť srdca, tým horšie je multiorgánové zlyhávanie. Na strane druhej chronické ochorenie obličiek, vaskulárna encefalopatia, vaskulárna demencia, anémia, zlyhávanie pľúc a pečene zhoršujú pacientov celkový klinický stav a jeho prognózu. Tieto ochorenia zhoršujú výkonnosť srdca a prognózu. Je to napríklad preťaženie tekutinami pri obličkovom zlyhávaní, alebo pravostranné srdcové zlyhávanie pri pľúcnej artériovej hypertenzii. Prítomnosť **závažných** nekaridiálnych komorbidít je úzko spojená so zhoršovaním klinického stavu pacienta a predpovedá ireverzibilný syndróm end-stage srdcového zlyhávania. Rozlíšenie medzi pokročilým srdcovým zlyhávaním a end-stage srdcovým zlyhávaním sa považuje za dôležitú výzvu (5).

Klasifikácia srdcového zlyhávania podľa ejekčnej frakcie ľavej komory môže byť nedostatočná pre patofyziologické rozdelenie. Je žiaduce použiť aj iné parametre na určenie klinického fenotypu a jeho znakov. Nedávno Severino so spolupracovníkmi vyvinul nový staging

Tabuľka 1. HML klasifikácia srdcového zlyhávania (7, 8)

srdce	pľúca	dysfunkcia ostatných orgánov (obličky, pečeň, CNS)
H-1: poškodená systolická alebo diastolická funkcia bez štrukturálneho poškodenia H-2: systolická alebo diastolická dysfunkcia ľavej komory a štrukturálne poškodenie (hypertrofia, predchádzajúci infarkt myokardu) H-3: systolická a diastolická dyfunkcia (a/alebo EF LK < 35 %) s remodeláciou ľavej komory H-4: biventrikulárna systolická a diastolická dysfunkcia	L-0: bez ovplyvnenia pľúc L-1: hemodynamická kongescia L-2: klinická kongescia L-3: kardiálne pľúca (arterializácia pľúcnej vaskulatury)	M-0: bez dysfunkcie iných orgánov M-1: dysfunkcia jedného orgánu spôsobená srdcovým zlyháváním M-2: dysfunkcia dvoch orgánov spôsobených srdcovým zlyháváním M-3: multiorgánová dysfunkcia

systém pre srdcové zlyhávania. Je podobný TNM klasifikácii, ktorý sa používa v onkológii. Táto klasifikácia sa nazýva HLM klasifikácia, kde „H“ predstavuje poškodenie srdca (heart damage), je to analóg pre „T“ v TNM klasifikácii. „L“ je účasť pľúc (lung involvement), nakoľko pľúca sú „blízkym“ orgánom srdca, predstavuje analóg pre „N“ v TNM klasifikácii. „M“ je zhoršenie funkcie (malfunction) periférnych orgánov akými sú obličky, pečeň, mozog, hemopoetický systém a predstavuje analóg pre „M“, t.j. metastázy v TNM klasifikácii. Táto HLM klasifikácia (tabuľka 1) integruje klinické, laboratórne a inštrumentálne parametre týkajúce sa srdca, pľúc a iných orgánov (7, 8).

Starší pacienti

U starších pacientov je potrebné vziať do úvahy, že väčšina z nich je multimorbidná. To znamená, že majú aspoň dve chronické ochorenia, ktoré sú často v pokročilom štádiu. **Multimorbidita** zvyšuje pravdepodobnosť nepriaznivého vývoja ochorenia, rehospitalizácie, dizability a smrti. Chronické ochorenie obličiek, ktoré je časté vo vyššom veku, významne nepriaznivo ovplyvňuje prognózu a manažment pacient s kardiovaskulárnym ochorením. Multimorbidita je spojená aj s **polyfarmáciou**, ktorá často vedie k nežiaducim účinkom liekov a liekovým interakciám, čo opäť zvyšuje riziko rehospitalizácie, dizability a smrti. Multimorbidita môže viesť k vzniku **geriatrických syndrémov**, ktoré menia ciele zdravotnej starostlivosti, a tým aj priebeh kardiovaskulárneho ochorenia. Napríklad krehkosť je komplexným funkčným syndrómom.

Je spôsobená samotným starnutím, a/alebo prítomnosťou, väčšinou viacerých, chronických ochorení v pokročilom štádiu. Krehkosť zvyšuje vulnerabilitu organizmu voči vonkajším stresorom, akými sú napríklad akútne interkurentné ochorenia, zmena prostredia, úraz, operácia a pod. Krehkí jedinci častejšie padajú, majú dizabilitu, sú častejšie hospitalizovaní a skôr zomierajú, ako jedinci, ktorí nie sú krehkí. Ďalšími príkladmi geriatrických syndrémov sú inkontinencia, demencia, delírium, poruchy chôdze. Všetky tieto stavy komplikujú manažment kardiovaskulárných ochorení. Geriatrické syndrómy taktiež ovplyvňujú klinické prejavy kardiovaskulárných ochorení. Zhoršenie srdcového zlyhávania sa môže prejaviť pádom, zmätenosťou, stratou funkčnej autonómie (9).

U starších pacientov slabne snaha o predĺžovanie života. Do popredia sa **dostáva snaha o zlepšenie kvality života**. Väčšina veľkých klinických kardiovaskulárných štúdií zaraďovala skôr mladších a zdravších pacientov. Je len málo solídnych vedeckých dát o liečbe starých a napríklad krehkých pacientov. V klinickej praxi extrahujeme dáta zo štúdií a odporúčania a snažíme sa ich racionálne aplikovať na starých pacientov s geriatrickými syndrómami. Starší pacienti by nemali byť vylúčení z dostupnosti moderných diagnostických a liečebných postupov. Pacientom so zachovaným funkčným profilom by mala byť poskytnutá diagnostika a liečba rovnaká, ako u mladších pacientov. U pacientov s nízkou funkčnou rezervou, ale so zachovanou autonómiou v dennom živote by sa mal vykonať detailnejší geriatrický assessment, aby sa definoval pomer ri-

zika a benefitu rôznych diagnostických a terapeutických stratégií. A u pacientov s výrazným znížením funkcie a autonómie je potrebné uvážlivo voľiť stratégiu vrátane aplikácie depreskripcie. U geriatrickej populácie je potrebné aplikovať holistický prístup centrován na pacienta. Cieľom je zmiernenie symptómov, zachovanie funkčného statusu a kvality života (9).

Ovplyvnenie symptómov

Medzi najčastejšie symptómy v end stage štádiu srdcového zlyhávania patria bolesť, dýchavica, depresia, nespavosť, anxieta.

Najčastejšie pacienti udávajú **bolesti** predkolení spôsobené opuchmi, bolesti pri telesnej aktivite, bolesti pod pravým rebrovým oblúkom pri napätí puzdra pečene (10). Bolesť pacienti udávajú ako najhorší symptóm. Bolesť je potrebné zhodnotiť a liečiť. Zaoberať možno paracetamolom. Nesteroidové antiflogistiká môžu zhoršiť srdcové zlyhávania, zvýšiť tlak krvi a zhoršiť obličkové funkcie, preto v tomto prípade nie sú vhodné. Pri nedostatočnom efekte možno použiť aj kodeín alebo dihydrokodeín, ktorý utlmí aj často prítomný kašeľ spôsobený kongesciou pľúc. Ak bolesť pretrváva možno prejsť na podávanie morfinu, resp. iné opioidy. Preterminálne sa môže pristúpiť aj k analgosedácii (11).

60 % pacientov s pokročilým srdcovým zlyháváním trpí **dýchavicou**. Zmierniť sa môže diuretickou liečbou, vazodilatátormi, eventuálne inotropnou terapiou. Problémom môže byť vývoj rezistencie na diuretiká. V prípade prítomnosti pleurálneho výpotku, ak je to možné, tak je nutné vykonať odľahčovaciu pleurálnu punkciu. Ak dýchavica napriek liečbe pretrváva, tak sa má podať morfin. Efekt môžu mať aj benzodiazepíny. Oxygenoterapia môže zlepšiť subjektívne ťažkosti pacienta, aj keď nie je hypoxemický. Podobný efekt má aj prísun čerstvého vzduchu na tvár pacienta napríklad ventilátorom, otvorením okna (11).

Smutná nálada pri pokročilom srdcovom zlyháváním môže prejsť do **depresie**, ktorá významným spôsobom ešte viac znižuje kvalitu života a zhoršuje aj prognózu pacientov. Môže byť liečená selektívnymi inhibítormi spätného vy-

chytávania serotonínu. Avšak tricyklické antidepresíva sú nevhodné, lebo majú silný anticholinergný efekt a môžu spôsobiť hypotenziu a arytmiu. Pri **anxiете** môžu byť účinné anxiolytiká. Dôležitá je sociálna a spirituálna podpora, ktorá zmieňuje depresiu a anxiету (11).

Ďalšími príznakmi pokročilého srdcového zlyhávania sú **nešpecifické prejavy** ako slabosť, delírium, insomnia, nauzea, zvracanie, kachexia, ulcerácie predkolení, zápcha, hnačka, imobilita, pruritus. V týchto prípadoch sa aplikuje symptomatická liečba jednotlivých stavov. Nemali by sme zabúdať na depreskripciu liekov, ktoré nemajú pozitívny efekt na symptómy a prognózu pacienta (11).

V prípade, že má pacient implantovaný **kardioverter-defibrilátor (ICD)**, ten môže aplikovať v posledných dňoch života časté elektrické výboje. To je pre pacienta veľmi nepríjemný a bolestivý zážitok. Preto by sme nemali zabudnúť na diskusiu s pacientom o načasovaní vypnutia ICD. Podobne je potrebné prediskutovať s pacientom aj rozhodnutie, kedy už nevykonávať kardio-pulmonálnu resuscitáciu (12).

Záver

Srdcové zlyhávanie je komplexný klinický syndróm, kde okrem poškodenia srdca možno pozorovať zmeny na rôznych orgánoch a orgánových systémoch. Pokročilé srdcové zlyhávanie je stavom, ktorý významným spôsobom znižuje kvalitu života a spôsobuje utrpenie pacientom. Preto by sa mali aj u týchto pacientov aplikovať paliatívne postupy, mala by im byť dostupná paliatívna a hospicová starostlivosť. V tomto smere je žiaduca edukácia všeobecných lekárov, internistov, kardiológov, geriatrov a špecialistov pre paliatívnu medicínu.

Literatúra

1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2016; 37: 2129-2200.
2. Yancy CW, Jessup M, Chair V, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force Practice Guidelines. Circulation. 2013; 16: 240-327.
3. Chen-Scarabelli C, Saravolatz L, Hirsch B, et al. Dilemmas in end-stage heart failure. J Geriatr Cardiol. 2015; 12: 57-65.
4. Howlet J, Molin L, Fortin M, et al. End-of-life planning in heart failure: it should be the end of the beginning. Can J Cardiol. 2010; 26: 135-141.
5. Severino P, Mather PJ, Pucci M, et al. Advanced heart failure and end-stage heart failure: does a difference exist. Diagnostics. 2019; 9(4):170; <https://doi.org/10.3390/diagnostics9040170>
6. White PD, Myers MM. The classification of cardiac diagnosis. JAMA. 1921; 77:1414-1415.
7. Severino P, Mestrini V, Mariani MV, et al. Structural and myocardial dysfunction in heart failure beyond ejection fraction. Heart Fail Rev. 2020; 25:9-17.
8. Fedele F, Severino P, Calcagno S, et al. Heart failure TNM-like classification. JACC 2014; 63: 1959-60.
9. Ungar A, Rivasi G, Petrovic M, et al. Toward a geriatric approach to patients with advanced age and cardiovascular diseases: position statement of the EuGMS Special Interest Group on Cardiovascular Medicine. Eur Geriatr Med 2020; 11:179-184.
10. Goodlin SJ, Wingate S, Albert NM, et al. Investigating Pain in Heart Failure Patients: The Pain Assessment, Incidence, and Nature in Heart Failure (PAIN-HF) Study. Clin Invest. 2012; 18:776-783.
11. Martínez-Sellés M, Vidán MT, López-Palop R, et al. End-stage heart disease in the elderly. Rev Esp Cardiol. 2009; 62:409-421.
12. Pinilla JMC, Díez-Villanueva P, Freire RB, et al. Consensus document and recommendations on palliative care in heart failure of the Heart Failure and Geriatric Cardiology Working Groups of the Spanish Society of Cardiology. Rev Esp Cardiol. 2020; 73:69-77.

MUDr. Peter Mikus, PhD.

Klinika geriatrickej SZU a UNB
Krajinská 91, 825 56 Bratislava
peter.mikus@szu.sk

Aké miesto má paliatívna medicína v onkológii?

MUDr. Mária Novisedláková

Oddelenie klinickej onkológie a paliatívnej medicíny, UNsP Milosrdní bratia, Bratislava

Počas posledných piatich dekád sa paliatívna starostlivosť vyvinula z filozofie starostlivosti, ktorá sa zameriava na posledné dni života na profesionálnu špecializáciu, ktorá prináša súčasnú podpornú starostlivosť pacientom s pokročilými ochoreniami počas celého priebehu ochorenia (1). Randomizované klinické štúdie o integrácii onkologickej a paliatívnej starostlivosti poukazujú na prínosy pre zdravie, zlepšené prežívanie, kontrolu symptómov, menej úzkosti a depresie, redukciu zbytočnej chemoterapie na konci života, zlepšenú spokojnosť rodiny a kvalitu života, zlepšené využitie zdrojov zdravotnej starostlivosti (2). Plná integrácia onkologickej a paliatívnej starostlivosti sa spolieha na špecifické znalosti a zručnosti dvoch modelov starostlivosti, v onkológii na tumor zameraný prístup, hlavným cieľom ktorého je liečiť ochorenie aj na pacienta zameraný prístup (zameraný na „hostiteľa“), ktorý sa celistvo orientuje na pacienta s ochorením (2).

Kľúčové slová: paliatívna starostlivosť, onkologická starostlivosť, integrácia

What is the place of palliative medicine in oncology?

Over the past five decades, palliative care has evolved from a philosophy of care that focuses on the last days of life to a professional specialty that delivers comprehensive supportive care to patients with advanced illnesses throughout the disease trajectory(1). Randomised clinical trials on integration of oncology and palliative care point to health gains: improved survival and symptom control, less anxiety and depression, reduced use of futile chemotherapy at the end of life, improved family satisfaction and quality of life, and improved use of health-care resources (2). Full integration of oncology and palliative care relies on the specific knowledge and skills of two modes of care: the tumour-directed approach, the main focus of which is on treating the disease; and the host-directed approach, which focuses on the patient with the disease (2).

Key words: palliative care, oncological care, integration

Paliat. med. liec. boles., 2020;13(1e):9-14

História

Onkológia má korene v tzv. „mainstreamovej“ medicíne (t.j. interná medicína) a je primárne založená na modeli akútnej starostlivosti (2). Od polovice 60-tych rokov minulého storočia boli hospice a paliatívna starostlivosť formované mimo hlavných systémov zdravotnej starostlivosti a často boli financované charitami (2). Hlavným zameraním paliatívnej starostlivosti bola starostlivosť na konci života, so starostlivosťou poskytovanou multidisciplinárnymi tímami pracujúcimi s pacientami a ich rodinami (2).

Onkologická starostlivosť bola roky kritizovaná pre jej disproporčné zameriavanie sa „na tumor“, v porovnaní s celkovou pozornosťou venovanej „pacientovi s nádorom“. Koncept hospicovej starostlivosti a neskoršej paliatívnej starostlivosti bol predstavený čiastočne ako reakcia na absenciu na pacienta zameranej starostlivosti. Záujem o paliatívnu onkologickú starostlivosť zosilnel v 70-tych rokoch minulého storočia (2, 3). Suportívna (podporná) starostlivosť sa objavila ako koncept a prístup starostlivosti v neskorých 80-tych rokoch,

o niečo neskôr ako paliatívna starostlivosť, ale s podobnou orientáciou na individuálneho pacienta s ochorením, teda na „hostiteľa“, a nielen na tumor (2,4). Suportívna liečba sprevádzala celý priebeh ochorenia, zahrňujúc aj pacientov s kuratívnu liečbou, často s mnohými nežiaducimi účinkami.

Neskorým nežiaducim účinkom liečby sa dostalo pozornosti počas 80-tych rokov. Za rozšírenú suportívnu onkologickú starostlivosť môže byť považovaná intervencia pri nových zdravotných problémoch u pacientov prežívajúcich nádorové ochorenia (2,5,6). Rozdiel medzi paliatívnou a suportívnou starostlivosťou primárne súvisí s rozdielmi v štádiách ochorenia, v ktorých je aplikovaná, nie s liečbou samotnou (2,7). To sa odráža v podobných definíciách konceptov US National Cancer Institute (NCI) a WHO (2, 8). Podľa definície WHO, paliatívna starostlivosť sa zameriava na pacientov so život limitujúcim ochorením, zatiaľ čo suportívna liečba je poskytovaná bez ohľadu na liečebný zámer a môže tiež zahrňovať rehabilitáciu u pacientov vyliečených

z nádorového ochorenia (2). Preto liečba bolesti, únavy, fyzickej a psychickej vyčerpanosti po kuratívnej liečbe je lepšie charakterizovaná ako suportívna liečba (2). Obsah a profesionálna kompetencia potrebná na poskytovanie paliatívnej a suportívnej starostlivosti sú podobné, obidve so zameraním na pacienta žijúceho s ochorením alebo nežiaducimi účinkami liečby, či oboma súčasne. (2).

Už v roku 2002 poukazuje revidovaná WHO definícia paliatívnej starostlivosti na integráciu onkológie a paliatívnej starostlivosti: „Paliatívna starostlivosť je aplikovateľná včasne v priebehu ochorenia, v spojení s ďalšími terapiami, ktoré sú určené na predĺženie života, ako sú chemoterapia alebo rádioterapia, a zahrňa tie vyšetrenia, ktoré sú potrebné k lepšiemu pochopeniu a manažovaniu vyčerpávajúcich klinických komplikácií.“ (2,9).

Za poslednú dekádu početné kľúčové klinické štúdie potvrdili benefity ambulantnej paliatívnej starostlivosti, čo stimulovalo väčší záujem a rast v tejto oblasti (10,11), v súčasnosti je však kultúra onkologickej a paliatívnej starostlivosti ešte oddelená (2).

Paliatívna medicína a nádorové ochorenie

Napriek veľkým pokrokom v protinádorovej terapii počas posledných dekád, pretrvávajú u pacientov s nádorovým ochorením významná morbidita a mortalita (12,13). Štúdie konzistentne ukazujú, že onkologickí pacienti majú medián 8-12 symptómov, mnoho z nich je poddiagnostikovaných a podliečovaných (14,15). Okrem bremena fyzických symptómov, majú títo pacienti často nezaplnené potreby suportívnej starostlivosti, ako sú psychická vyčerpanosť a potreba informácií o zdravotnom stave ako aj o liečebnom plánovaní (12,16).

Táto potreba **suportívnej (podpornej) starostlivosti** je umocnená faktom, že incidencia nádorových ochorení narastá celosvetovo so starnutím populácie, a že mnoho pacientov s nádorovým ochorením žije dlhšie s nevyhnutným ochorením vzhľadom na efektívnejšie terapie (12,17). Tradične centrálnu úlohu v poskytovaní suportívnej starostlivosti zohrávajú onkológovia. Mnohí z nich vidia suportívnu liečbu ako esenciálnu súčasť onkologickej starostlivosti a sú spokojní, ak je poskytovaná. Onkológovia sú vždy zahrnutí v paliácii s nádorovým ochorením súvisiacich symptómov, manažovaní nežiaducich účinkov liečby, diskusii o prognóze, uľahčení diskusie o konci života, a odporúčaní pacientov k iným špecialistom (12,18,19,20).

Existujú však významné rozdiely v zabezpečovaní suportívnej a paliatívnej starostlivosti medzi onkológmi (12). Suportívna liečba sama o sebe sa stáva viac špecializovanou s rapidne rastúcim objemom znalostí a výskumu (21). Paliatívna starostlivosť sa počas posledných dekád vyvinula z filozofie starostlivosti pre umierajúcich pacientov na profesionálnu disciplínu s odbornou znalosťou manažmentu symptómov, psychosociálnou a spirituálnou starostlivosťou, podporou poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, komunikácie medzi pacientom a klinikom, komplexného rozhodovania sa a starostlivosti na konci života (12, 22). Je obzvlášť dobré, aby fungovala popri onkologických tímoch, aby poskytovala komplexnú podpornú starostlivosť onkologickým pacientom a ich rodinám (12,23). Je dôležité, aby poskytovanie pa-

Obrázok 1. Modely paliatívnej starostlivosti (2)



liatívnej starostlivosti nebolo limitované iba na posledné dni alebo týždne života, pretože mnohé kľúčové domény starostlivosti môžu a mali by byť poskytované oveľa skôr v priebehu ochorenia (obrázok 1), aby zlepšili pacientove liečebné výsledky (24).

Uznávajúc pridanú hodnotu paliatívnej starostlivosti, mnoho národných a medzinárodných organizácií ako sú WHO, ASCO a NCIS, podporujú zahrnutie včasnej paliatívnej starostlivosti popri štandardnej onkologickej starostlivosti (25-28).

Relevantnou otázkou viac nie je, či by mala byť paliatívna starostlivosť poskytovaná, ale aký je optimálny model jej poskytovania, kedy je ideálny čas pacienta konzultovať, u koho je najväčšia potreba konzultácie, a koľko paliatívnej starostlivosti by mali onkológovia poskytovať, zvlášť vzhľadom na nedostatok zdrojov pre paliatívnu starostlivosť medzinárodne (12).

Včasná paliatívna starostlivosť

Počas poslednej dekády došlo k explózii klinických štúdií porovnávajúcich súčasnú onkologickú a paliatívnu starostlivosť voči onkologickej starostlivosti samotnej v ambulantnej aj klinickej praxi, poskytujúc úroveň I dôkazov, ktoré podporujú integráciu paliatívnej starostlivosti počas priebehu ochorenia (12). **Výsledkom väčšiny týchto klinických štúdií bolo, že súčasná paliatívna starostlivosť zlepšuje kvalitu života, zmierňuje symptómy, a zlepšuje komu-**

nikáciu pacienta a klinika v porovnaní s onkologickou starostlivosťou samotnou (12,29-35). Niektoré štúdie tiež dokázali, že paliatívna starostlivosť zlepšuje náladu, spokojnosť pacienta, kvalitu starostlivosti na konci života, prežívanie, ako aj samotné výsledky liečby (tabuľka 1) (12).

Hoci skoršie odporúčanie paliatívnej starostlivosti je lepšie ako neskoré, optimálne načasovanie konzultácie ešte nebolo definované. Dodnes sa iba jedna randomizovaná klinická štúdia pokúsila adresovať priamo túto otázku. Projekt štúdie ENABLE III porovnávala včasnú paliatívnu starostlivosť (medzi 8-12 týždňom od diagnózy) versus odloženú (o 3 mesiace neskôr) (36). Primárny výsledok bol hodnotený v 3 mesiacoch. Investigátori viedli pozdĺžnu analýzu a nereportovali významný rozdiel medzi dvomi skupinami v kvalite života. V rokoch 2016 a 2017 boli publikované 3 metaanalýzy autorov Kavalieratos a spol. (43 štúdií – pacienti so životom limitujúcim ochorením), Gaertner a spol. (10 štúdií – pacienti s pokročilým ochorením) a Haun a spol. (7 štúdií – včasná paliatívna starostlivosť u onkologických pacientov) o vplyve paliatívnej starostlivosti na zdravotné výsledky (tabuľka 2) (12, 37-39). Všetky tri dospeli k záveru, že paliatívna starostlivosť bola asociovaná so zlepšenou kvalitou života, aj keď s malou veľkosťou efektu. Dve dospeli k záveru, že paliatívna starostlivosť zlepšila kontrolu symptómov, žiadna nereportovala významné zlepšenie prežívania (12,37-39). Tento pozorovaný malý benefit však

Tabuľka 1. Randomizované klinické štúdie od roku 2009 porovnávajúce paliatívnu a onkologickú starostlivosť voči onkologickej starostlivosti samotnej (12)

STUDY	WHO ADVANCED	WHEN	WHERE	WHAT	QUALITY OF LIFE	SYMPTOMS	MOOD	SATISFACTION	COMMUNICATION	EDUCATION	SURVIVAL	CAREGIVERS
Mainly outpatient clinic												
Tsoulas 2011 ²¹ , Geyer 2012 ²²	Lung	Within 8 wk of diagnosis	USA	Outpatient-based	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ
Zimmermann 2014 ²³	Breast, Lung, GI, GU, GYN	Progression 6-24 mo	Canada	Outpatient-based	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ
Tsoulas 2016 ²⁴ , Blumstein 2017 ²⁵	Lung, GI	Within 8 wk of diagnosis	USA	Outpatient-based	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ
Mulloni 2018 ²⁶	Pancreas	Within 8 wk of diagnosis, progression >2 mo	Italy	Outpatient-based	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ
Grønmo 2017 ²⁷	Solid tumors	Symptomatic based on EORTC QLQ-C30	Denmark	Outpatient-based	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ
Home-led PC												
Edelman 2008 ²⁸ , Devine-Debn 2016 ²⁹	Breast, Lung, GI, GU	Within 8-12 wk of diagnosis	USA	AtH-led, phone-based	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ
Opar 2012 ³⁰	Solid tumors	Likely to be referred to hospice within the next 12 mo	USA	AtH embedded in oncology	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ
Tanner 2014 ³¹	Solid tumors	Newly diagnosed metastatic disease; progression <12 mo	Australia	AtH-led	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ
McGee 2015 ³²	Not clearly specified	Within 100 d of diagnosis	USA	AtH-led	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ
Sakuma 2015 ³³	Solid and hematologic malignancies	Within 1-2 mo of diagnosis, progression 6-24 mo	USA	AtH-led, phone-based	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ
Vandecasteele 2018 ³⁴	Solid tumors	Within 12 wk of diagnosis or recent progression; progression <12 mo	Belgium	AtH-led GP team	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ
Inpatient												
Gudzen 2016 ³⁵	Solid and hematologic malignancies	On admission	USA	IP team	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ
Blumstein 2016 ³⁶ , 2017 ³⁷	Stomach, breast, lung, colorectal	On admission	USA	IP team	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ	Did not differ

Abbreviations: AtH, advanced practice nurse; ED, end of life; EORTC QLQ-C30, European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire; GI, gastrointestinal; GU, genitourinary; GYN, gynecologic; IP, inpatient; PC, palliative care; PC, palliative care; R, registered nurse.

The outcomes are color coded to facilitate interpretation. Green = favored the palliative care group with statistically significant findings; light green = some outcomes significantly favored palliative care group, other outcomes equivocal; orange = no statistically significant difference between the palliative care group and the usual oncologic care group; red = favored the usual oncologic care group with statistically significant findings.

Tabuľka 2. Systematické prehľady porovnávajúce paliatívnu a onkologickú starostlivosť voči zvyčajnej starostlivosti samotnej (12)

META-ANALYSIS	SETTING	NO. OF STUDIES	NO. OF PATIENTS	QUALITY OF LIFE	SYMPTOMS	MOOD	SURVIVAL	OTHER OUTCOMES
Kavalieratos 2016 ³⁸	Cancer and noncancer	15	2355	Did not differ: SMD, 0.10; 95% CI, -0.08 to 0.28	Did not differ: SMD, -0.14; 95% CI, -0.28 to 0.01	Did not differ: SMD, -0.14; 95% CI, -0.28 to 0.01	Did not differ: HR, 0.90; 95% CI, 0.88 to 1.1	PC was associated consistently with improvements in advance care planning, patient and caregiver satisfaction, and lower health care utilization.
	Cancer only	11	1670	Did not differ: SMD, 0.12; 95% CI, -0.02 to 0.27	Did not differ: SMD, -0.14; 95% CI, -0.28 to 0.01	Did not differ: SMD, -0.14; 95% CI, -0.28 to 0.01	Did not differ: HR, 0.82; 95% CI, 0.80 to 1.13	
Gartner 2017 ³⁹	Cancer and noncancer	12	2454	Did not differ: SMD, 0.10; 95% CI, -0.08 to 0.28	Did not differ: SMD, -0.14; 95% CI, -0.28 to 0.01	Did not differ: SMD, -0.14; 95% CI, -0.28 to 0.01	Did not differ: HR, 0.82; 95% CI, 0.80 to 1.13	
	Cancer only	5	828	Did not differ: SMD, 0.10; 95% CI, -0.08 to 0.28	Did not differ: SMD, -0.14; 95% CI, -0.28 to 0.01	Did not differ: SMD, -0.14; 95% CI, -0.28 to 0.01	Did not differ: HR, 0.82; 95% CI, 0.80 to 1.13	
	Early only	2	388	Did not differ: SMD, 0.10; 95% CI, -0.08 to 0.28	Did not differ: SMD, -0.14; 95% CI, -0.28 to 0.01	Did not differ: SMD, -0.14; 95% CI, -0.28 to 0.01	Did not differ: HR, 0.82; 95% CI, 0.80 to 1.13	
Reuh 2017 ⁴⁰	Advanced cancer	7	1618	Did not differ: SMD, 0.10; 95% CI, -0.08 to 0.28	Did not differ: SMD, -0.14; 95% CI, -0.28 to 0.01	Did not differ: SMD, -0.14; 95% CI, -0.28 to 0.01	Did not differ: HR, 0.82; 95% CI, 0.80 to 1.13	RCs on professional PC services that provided or coordinated comprehensive care for adults at early advanced stages of cancer.

Abbreviations: 95% CI, 95% confidence interval; HR, hazard ratio; PC, palliative care; SMD, standardized mean difference; RCs, randomized controlled trials.

The outcomes are color coded to facilitate interpretation. Green = favored the palliative care group with statistically significant findings; orange = no statistically significant difference between the palliative care group and the usual oncologic care group.

môže byť preto, že štúdie zahrnuté do metaanalýz mali malé veľkosti účinkov a tiež zahrňovali štúdie s rôznymi dizajnami (40). Okrem heterogenity medzi klinickými štúdiami, tieto metaanalýzy používali rozdielne kritéria, čo spôsobilo zahrnutie rozdielných štúdií a trochu sa líšiacie zistenia.

Okrem zlepšenia výsledkov pacienta ako aj jeho liečby, paliatívna starostlivosť znižuje náklady na zdravotnú starostlivosť. Paliatívne tímy minimalizujú ďalšiu diagnostiku, intervencie, a hospitalizácie na konci života pacienta, ktoré majú diskutabilný benefit a sú tiež nákladné (41). Smith a spol. spracoval systematický prehľad 46 štúdií a dospeli k záveru, že paliatívna starostlivosť bola konzistentne menej nákladná voči porov-

návaným skupinám (42). Iný systematický prehľad z roku 2018 reportoval, že konzultácia paliatológom do 3 dní od prijatia pacientov s nádorovým ochorením, bola spojená s redukciami celkových nákladov na hospitalizáciu (43).

Načasovanie paliatívnej starostlivosti

Odporúčanie do paliatívnej starostlivosti sa často vyskytuje v časoch krízy (t.j. na konci života), paliatívna starostlivosť je však efektívnejšia, keď je zavedená včasne. Vhodné a načasované intervencie pri riešení symptómov, edukácia pacienta, manažment vedľajších účinkov liečby môže pomôcť minimalizovať návštevy na pohotovosti aj potrebu hospitalizácie s maximalizáciou

pacientovej funkčnosti (44). Opakované longitudinálne konzultácie môžu pomôcť zlepšiť stratégie zvládania v čase stresu (45). Prospektívne observačné štúdie a randomizované klinické štúdie ukazujú, že seriózne konverzácie o zdravotnom stave, dlhodobé plánovanie liečby, spirituálna podpora a zlepšenie pochopenia prognózy môže pomôcť redukovať agresívnu zdravotnú starostlivosť na konci života. Všetky tieto procesy musia byť v priebehu ochorenia správne načasované. Paliatívna starostlivosť môže podporiť tých pacientov, ktorí si želajú zomrieť doma (46-48).

Optimálne načasovanie ostáva otáznou. V retrospektívnej kohortovej štúdii pacienti, ktorí boli odporúčaní do komplexných onkologických centier viac ako 6 mesiacov pred smrťou, boli porovnávaní s tými, ktorí boli odporúčaní 6 mesiacov alebo menej pred smrťou. Včasnejšie konzultácie boli spojené so signifikantne lepšimi výsledkami v posledných 30 dňoch života, s menšou mierou návštev pohotovosti (41% vs 63%; $P=0.002$) a hospitalizácií (51% vs 75%; $P<0.001$) (44). Jang a spol. viedol populačnú štúdiu, aby zistil vplyv paliatívnej starostlivosti na agresivitu liečby na konci života u 5381 pacientov s pokročilým karcinómom pankreasu. Zahrnutie paliatívnej starostlivosti bolo asociované s menej agresívnou liečbou meranou použitím chemoterapie blízko smrti, s prijatím na jednotku intenzívnej starostlivosti, návštevami pohotovosti a hospitalizáciami blízko smrti. Okrem toho bola včasná paliatívna starostlivosť spojená s lepšimi liečebnými výsledkami (49).

Niektorí pacienti s pokročilým nádorovým ochorením majú limitovanú potrebu suportívnej starostlivosti v čase diagnózy a vyžadujú paliatívnu starostlivosť. **Preto namiesto paliatívnej starostlivosti pre všetkých je vhodnejšie vybrať pre správneho pacienta správnu úroveň intervencie v správnom čase (správne načasovaná paliatívna starostlivosť).** Jedným z prístupov determinujúcich správne načasovanie zahŕňa Delphi konsenzus (50).

V jednej štúdii sa 60 medzinárodných expertov pýtali na vhodný čas, kedy referovať pacienta s pokročilým nádorovým ochorením v ambulancii paliatívnej starostlivosti. Konsenzus bol definovaný

apriori, so súhlasom prinajmenšom 70 % expertov. Načasovanie konzultácie bolo hodnotené zo 4 rôznych uhlov: prognóza, čas od diagnózy, priebeh liečby a výkonnostný stav. Väčšina expertov považovala viac ako 24 mesiacov za príliš skoro a identifikovala optimálny čas, čo sa týka prognózy, medzi 6-24 mesiacmi. Podobne, ideálne načasovanie konzultácie bolo do 3 mesiacov od diagnózy u pacientov s pokročilým ochorením, ak medián prežívania bol 1 rok a menej, progresia prinajmenšom na jednej línii systémovej liečby a výkonnostný stav ECOG 2 a viac (50). Iný prieskum sa pýtal pacientov s pokročilým ochorením, ktorí boli odporúčaní do ambulancií paliatívnej starostlivosti na ich názor ohľadom optimálneho načasovania konzultácie. Medián prežívania bol 8,5 mesiaca a väčšina (n=144; 72%) reportovala, že načasovanie ich konzultácie bolo správne, u 42 (21%) konzultácia bola príliš neskoro a iba 14 (7%) cítilo, že bola príliš skoro (51). Správne načasovanie paliatívnej starostlivosti je lepšie realizovať ešte ambulantne, kedy k pacientom môžeme pristupovať radšej proaktívne ako reaktívne (52).

Aký je vhodný pacient?

V súčasnosti je rozdiel medzi dátami z výskumov, ktoré odporúčajú rutinnú včasnú paliatívnu konzultáciu a realitou klinickej praxe. Ak by sme sa riadili striktne dátami z klinických štúdií a adherovali ku ASCO smernici, pacienti s pokročilým nádorovým ochorením by mali byť konzultovaní nezávisle od objemu symptómov, podľa preddefinovaných časových kritérií (t.j. diagnóza, a /alebo prognóza) s výslednou univerzálnou včasnou konzultáciou (12,35, 53).

Na druhej strane, onkológovia často konzultujú pacientov selektívne podľa potreby, čo môže byť neskoro kvôli nedostatočnej detekcii symptómov a nedostatku štandardizovaných kritérií (12). Optimálnym modelom by mohla byť kombinácia týchto dvoch extrémov s použitím štandardizovaných kritérií. Konzultácia by bola poskytnutá pacientom, ktorí sú najvhodnejší pre špeciálnu paliatívnu starostlivosť. Podobne ako cieľená protinádorová liečba, na ktorú odpovedajú nádory s určitými mu-

táciami, paliatívna starostlivosť pravdepodobne bude mať najväčší benefit u pacientov, ktorí majú / očakáva sa, že budú mať vysokú intenzitu symptómov alebo iné potreby podpornej terapie. To by mohlo byť umožnené viac personalizovaným prístupom a prispôbením obmedzených zdrojov paliatívnej starostlivosti potrebám jednotlivcov (12).

Štandardizované kritéria pre automatické odporúčenie paliatívnej starostlivosti?

V ére personalizovanej onkologickej liečby by pacienti, ktorí majú najväčšiu potrebu podpornej starostlivosti, mali byť identifikovaní a automaticky referovaní špecialistom na paliatívnu starostlivosť (12,52). Nedávne klinické štúdie dokazujú, že rutinné hodnotenie symptómov ambulantným onkológom nezlepšuje iba kvalitu života, ale tiež prežívanie pacienta (54). Pacienti vo všeobecnosti preferujú konzultáciu založenú na ich potrebách. Jedna štúdia vyhodnotila, že pacienti, ktorí cítili, že boli konzultovaní ohľadom paliatívnej starostlivosti príliš skoro, mali v čase konzultácie limitovanú záťaž symptómami (51). Konzultácia na základe potrieb pacienta je podporovaná zisteniami medzinárodného konsenzuálneho panelu z roku 2016, keď panel 60 expertov dosiahol konsenzus na 11 hlavných kritériách pre konzultáciu pacienta v ambulancii paliatívnej starostlivosti (12, 50). Pacienti s ktorýmkoľvek z týchto kritérií by mali byť konzultovaní. 9 z 11-ich kritérií bolo založených na potrebách pacientov a iba dve boli podľa načasovania (Tabuľka 3).

Úloha primárnej paliatívnej starostlivosti.

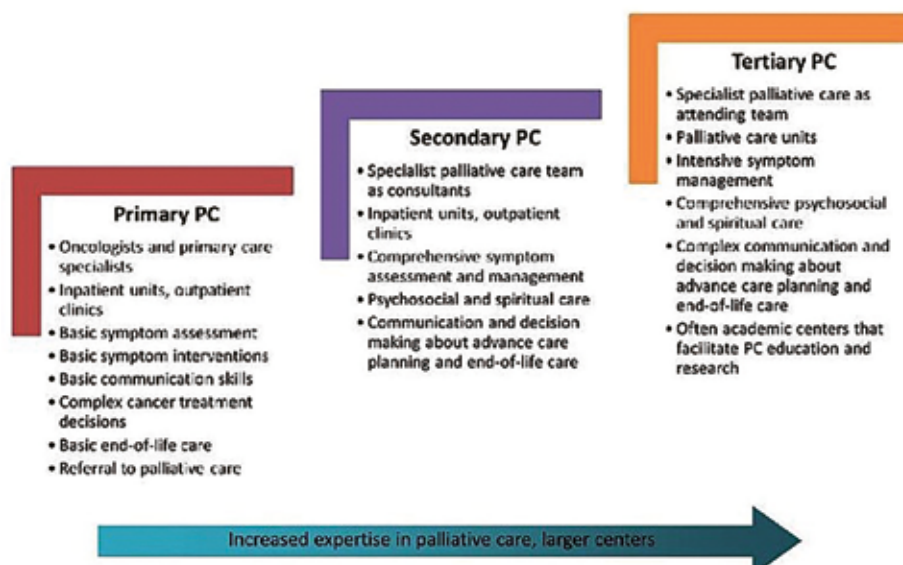
Koľko paliatívnej starostlivosti môže onkológ poskytnúť? Hoci onkológovia vždy zohrávajú úlohu v poskytovaní paliatívnej starostlivosti, jednou z kľúčových otázok je, koľko by sa od nich malo odôvodnene očakávať (12). Konceptne môže byť paliatívna starostlivosť kategorizovaná do troch úrovní na základe odborných znalostí (obrázok 2). **Primárna paliatívna starostlivosť** je základná paliatívna starostlivosť poskytovaná onkologickými tímami a lekármi primárneho kontaktu, **sekundárna**

Tabuľka 3. Hlavné kritéria pre konzultáciu paliatológom podľa medzinárodného konsenzu (12) V inej populačnej štúdii s viac ako 11 000 pacientami, bola použitá paliatívna výkonnostná škála (palliative performance scale = PPS), určila pacientov ako stabilných (PPS, 70-100%), prechodných (PPS, 40-60%), na konci života (PPS, 10-30%), alebo mŕtvych. Vstup do prechodného stavu (PPS, <=60%) bol považovaný za potencionálny indikátor konzultácie paliatológom (55).

CRITERIA	CATEGORY
1. Severe physical symptom(s)	Need-based criteria, distress
2. Severe emotional symptom(s)	Need-based criteria, distress
3. Request for hastened death	Need-based criteria, distress
4. Spiritual or existential crisis	Need-based criteria, distress
5. Assistance with decision making/ care planning	Need-based criteria, care needs
6. Patient request	Need-based criteria, care needs
7. Delirium	Need-based criteria, neurologic
8. Brain or leptomeningeal metastases	Need-based criteria, neurologic
9. Spinal cord compression or cauda equina	Need-based criteria, neurologic
10. Within 3 mo of diagnosis of advanced/incurable cancer for patients with a median survival <1 y	Time-based criteria
11. Diagnosis of advanced cancer with progressive disease despite second-line systemic therapy (incurable)	Time-based criteria

paliatívna starostlivosť je poskytovaná špecializovanými tímami paliatívnej starostlivosti pracujúcimi ako konzultanti pri riešení zložitejších potrieb podpornej starostlivosti a **terciárna paliatívna starostlivosť** zahŕňa paliatívnu starostlivosť ako intenzívnu podpornú starostlivosť, ktorá je komplexná a poskytovaná tímom na jednotke akútnej paliatívnej starostlivosti (56). Klinické štúdie ukazujú jasne, že sekundárna paliatívna starostlivosť integrovaná s primárnou je lepšia ako primárna paliatívna starostlivosť samotná. Avšak za okolností obmedzených zdrojov, kedy je plne integrovaný model neuskutočniteľný, je jedinou možnosťou sólo praktický model, v ktorom onkológ zastáva všetky aspekty podpornej / paliatívnej starostlivosti (12, 20, 57).

Aj za podmienok plne integrovaných modelov (čo nie je slovenská realita), sa od onkológov očakáva, že budú poskytovať primárnu paliatívnu starostlivosť a zabezpečovať základné potreby suportívnej liečby v prvej línii (12), čiastočne aj preto (to je aj slovenská realita), že je nedostatok pracovnej sily poskytujúcej paliatívnu starostlivosť na to, aby podporila všetkých pacientov, ktorí majú pokročilé ochorenia a / alebo signifikantnú záťaž symptómami (12). Primárna paliatívna starostlivosť poskytovaná onkológmi môže byť tiež hodnotená nepriamo rozsahom vzdelá-

Obrázok 2. Úrovně paliatívnej starostlivosti; primárna, sekundárna, terciárna (12)

nia a ich znalostí v paliatívnej medicíne. Je dôležité rozlišovať medzi potrebou paliatívnej a podpornej starostlivosti, k ich lepšiemu manažovaniu onkológmi ale aj inými špecialistami, napr. v prípadoch toxicít pri imunoterapii alebo tromboembolizme. Je potrebný ďalší výskum, aby sa definovali základné kompetencie a lepší prístup k vzdelávaniu ďalšej generácie onkológov (12).

Paliatívna liečba poskytovaná onkologickými tímami

Existujú iba limitované dáta popisujúce optimálny model primárnej paliatívnej starostlivosti poskytovanej onkologickými tímami samotnými. Výsledky niektorých štúdií podčiarkli komplexnosť paliatívnej starostlivosti a ukazujú, že ďalšia edukácia klinických onkológov je potrebná na to, aby komplexnejšie riešili problémy paliatívnej starostlivosti (20). Pacienti majú benefit zo schopnosti mať prístup k dobrej podpore symptómov od začiatku ich diagnózy. Mnoho z nich potom nevyžaduje sekundárnu paliatívnu starostlivosť a má benefit z kompletne integrovanej starostlivosti od diagnózy po smrť. Onkologické tímy si zasa môžu odvodiť ďalšiu profesionálnu spokojnosť, že sú schopní poskytnúť podporu symptómov hlavne v oblastiach, kde prístup k špeciálnej starostlivosti paliatívnymi tímami môže byť limitovaný. Potenciálne limitácie v poskytovaní primárnej paliatívnej starostlivosti onkologickými tímami zahŕňajú čas vyžadovaný od klinických onkológov, aby sa mohli

adekvátne venovať všetkým aspektom starostlivosti (57). Udržanie kompetencií v oboch modalitách aktívnej protinádorovej liečby a v hodnotení a liečbe symptómov môže byť náročné, ak nie nemožné (59).

Pre onkologické tímy bez prístupu k multidisciplinárnej podpore nemusí byť úplne holistická starostlivosť možná a riziko ich vyhorenia sa môže zvýšiť (60). Potreby zdravotníkov môžu byť v rušnom klinickom prostredí prehliadnuté a koordinácia psychosociálnej podpory pozostalých môže byť náročná. Tímy paliatívnej starostlivosti môžu byť preto povolanejšie tieto potreby uspokojiť. Manažovanie prechodov v starostlivosti, vrátane prechodu od aktívnej protinádorovej terapie k čisto podpornému prístupu, môže byť v primárnej paliatívnej starostlivosti ťažké vyvážiť (61).

Záver

Včasné zavedenie starostlivosti zameranej na pacienta špecializovanými tímami paliatívnej starostlivosti popri liečbe zameranej na tumor poskytuje starostlivosť zameranú na pacienta. Systematické prehodnocovanie a využitie výsledkov hlásených pacientom a aktívne zahrnutie pacienta do rozhodovania o protinádorovej liečbe má za výsledok lepšiu kontrolu symptómov, zlepšenie fyzického a mentálneho stavu a lepšie využitie zdrojov zdravotnej starostlivosti. Absencia medzinárodnej dohody o obsahu a štandardoch o organizácii, vzdelávaní a výskume paliatívnej

starostlivosti v onkológii sú dve hlavné bariéry úspešnej integrácie (2,4). Kedy a ako by mala byť paliatívna starostlivosť poskytovaná? Aký je optimálny model integrovanej starostlivosti? Aký je biologický a klinický efekt prežívania s pokročilým nádorovým ochorením roky po diagnóze? Starostlivosť zameraná na pacienta by mala byť integrovanou súčasťou onkologickej starostlivosti nezávisle na pacientovej prognóze ako aj intencii liečby. Aby bolo možné tento cieľ dosiahnuť je nutná zmena v profesionálnej kultúre ako aj prioritách zdravotnej starostlivosti (2).

Literatúra:

- Hui D., Bruera E.: Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer, *Journal of Clinical Oncology*. 2020; 38 (9):852-865.
- Kaasa S, Loge JH, Aapro M et al.: Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol*. 2018;19(11):e588-e653.
- Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, et al: Effects of early integrated palliative care in patients with lung and GI cancer: A randomized clinical trial. *J Clin Oncol*. 2017; 35: 834-841.
- Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M, et al: Systematic versus on-demand early palliative care: A randomised clinical trial assessing quality of care and treatment aggressiveness near the end of life. *Eur J Cancer*. 2016; 69:110-118.
- Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M, et al: Systematic versus on-demand early palliative care: Results from a multicentre, randomised clinical trial. *Eur J Cancer*. 2016; 65:61-68.
- Scarpi E, Dall'Agata M, Zagonel V, et al. Systematic vs. on-demand early palliative care in gastric cancer patients: A randomized clinical trial assessing patient and healthcare service outcomes. *Support Care Cancer* 1007/s00520-018-4517-2 [pub ahead of print on October 24, 2018]
- Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, et al: Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: The Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*. 2009; 302:741-749.
- Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, et al. Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: Patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2015; 33:1438-1445.
- Dionne-Odom JN, Azuero A, Lyons KD, et al: Benefits of early versus delayed palliative care to informal family caregivers of patients with advanced cancer: Outcomes from the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2015; 33:1446-1452.
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010; 363:733-742.
- Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, et al: Early palliative care for patients with advanced cancer: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2014; 383: 1721-1730.
- Hui D, Hannon BL, Zimmermann C, Bruera E. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(5):356-376.
- Siegel RL, Miller KD, Jemal A. *Cancer statistics, 2018*. *CA Cancer J Clin*. 2018;68:7-30.
- Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, et al. Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population. *Qual Life Res*. 1994;3:183-189.
- Chang VT, Hwang SS, Feuerman M, Kasimis BS. Symptom and quality of life survey of medical oncology patients at

- a Veterans Affairs Medical Center: a role for symptom assessment. *Cancer*. 2000;88:1175-1183.
16. Whelan TJ, Mohide EA, Willan AR, et al. The supportive care needs of newly diagnosed cancer patients attending a regional cancer center. *Cancer*. 1997;80:1518-1524.
 17. Fitzmaurice C, Dicker D, Pain A, et al. The global burden of cancer 2013. *JAMA Oncol*. 2015;1:505-527.
 18. Cherny NI, Catane R; European Society of Medical Oncology Taskforce on Palliative and Supportive Care. Attitudes of medical oncologists toward palliative care for patients with advanced and incurable cancer: report on a survey by the European Society of Medical Oncology Taskforce on Palliative and Supportive Care. *Cancer*. 2003;98:2502-2510.
 19. Hui D, Cerana MA, Park M, Hess K, Bruera E. Impact of oncologists' attitudes toward end-of-life care on patients' access to palliative care. *Oncologist*. 2016;21:1149-1155.
 20. Bruera E, Hui D. Integrating supportive and palliative care in the trajectory of cancer: establishing goals and models of care. *J Clin Oncol*. 2010;28:4013-4017.
 21. Hui D, Parsons HA, Damani S, et al. Quantity, design, and scope of the palliative oncology literature. *Oncologist*. 2011;16:694-703.
 22. Yoong J, Park ER, Greer JA, et al. Early palliative care in advanced lung cancer: a qualitative study. *JAMA Intern Med*. 2013;173:283-290.
 23. Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nat Rev Clin Oncol*. 2016;13:159-1571.
 24. Greer JA, Jackson VA, Meier DE, Temel JS. Early integration of palliative care services with standard oncology care for patients with advanced cancer. *CA Cancer J Clin*. 2013;63:349-363.
 25. Levy MH, Smith T, Alvarez-Perez A, et al. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Palliative Care. Fort Washington, PA: National Comprehensive Cancer Network; 2017. nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx. Accessed April 19, 2017.
 26. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol*. 2017;35:96-112.
 27. American Cancer Society. A Guide to Palliative or Supportive Care. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2018. cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/palliative-care/supportive-care-guide.html. Accessed April 25, 2018.
 28. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018. who.int/cancer/palliative/definition/en/. Accessed April 25, 2018.
 29. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;383:1721-1730.
 30. Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, et al. Effects of early integrated palliative care in patients with lung and GI cancer: a randomized clinical trial. *J Clin Oncol*. 2016;35:834-841.
 31. Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M, et al. Systematic versus on-demand early palliative care: results from a multicentre, randomised clinical trial. *Eur J Cancer*. 2016;65:61-68.
 32. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*. 2009;302:741-749.
 33. Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2018;19:394-404.
 34. El-Jawahri A, LeBlanc T, VanDusen H, et al. Effect of inpatient palliative care on quality of life 2 weeks after hematopoietic stem cell transplantation: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2016;316:2094-2103.
 35. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363:733-742.
 36. Bakitas M, Tosteson T, Li Z, et al. Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2015;33:1438-1445.
 37. Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, et al. Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2016;316:2104-2114.
 38. Gaertner J, Siemens W, Meerpohl JJ, et al. Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis [serial online]. *BMJ*. 2017;357:j2925.
 39. Haun MW, Estel S, Rucker G, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer [serial online]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6:CD011129.
 40. Barnard ND, Willett WC, Ding EL. The misuse of meta-analysis in nutrition research. *JAMA*. 2017;318: 1435-1436.
 41. Smith TJ, Cassel JB. Cost and non-clinical outcomes of palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2009;38:32-44.
 42. Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. *Palliat Med*. 2014;28:130-150.
 43. May P, Normand C, Cassel JB, et al. Economics of palliative care for hospitalized adults with serious illness: a meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018;178:820-829.
 44. Hui D, Kim SH, Roquemore J, Dev R, Chisholm G, Bruera E. Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end-of-life care in cancer patients. *Cancer*. 2014;120:1743-1749.
 45. Hoerger M, Greer JA, Jackson VA, et al. Defining the elements of early palliative care that are associated with patient-reported outcomes and the delivery of end-of-life care. *J Clin Oncol*. 2018;36:1096-1102.
 46. Wright AA, Zhang B, Ray A, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA*. 2008;300:1665-1673.
 47. Mack JW, Weeks JC, Wright AA, Block SD, Prigerson HG. End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. *J Clin Oncol*. 2010;28:1203-1208.
 48. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers [serial online]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;6:CD007760.
 49. Jang RW, Krzyzanowska MK, Zimmermann C, Taback N, Alibhai SM. Palliative care and the aggressiveness of end-of-life care in patients with advanced pancreatic cancer [serial online]. *J Natl Cancer Inst*. 2015;107:dju424.
 50. Hui D, Masanori M, Watanabe S, et al. Referral criteria for outpatient specialty palliative cancer care: an international consensus. *Lancet Oncol*. 2016;17:e552-e559.
 51. Wong A, Hui D, Epner M, et al. Advanced cancer patients' self-reported perception of timeliness of their referral to outpatient supportive/palliative care and their survival data [abstract]. *J Clin Oncol*. 2017;35(15 suppl):10121.
 52. Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nat Rev Clin Oncol*. 2016;13:159-1571.
 53. Gaertner J, Siemens W, Meerpohl JJ, et al. Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis [serial online]. *BMJ*. 2017;357:j2925.
 54. Basch E, Deal AM, Dueck AC, et al. Overall survival results of a trial assessing patient-reported outcomes for symptom monitoring during routine cancer treatment. *JAMA*. 2017;318:197-198.
 55. Sutradhar R, Seow H, Earle C, et al. Modeling the longitudinal transitions of performance status in cancer outpatients: time to discuss palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45:726-734.
 56. vonGunter CF. Secondary and tertiary palliative care in US hospitals. *JAMA*. 2002;287:875-881.
 57. Hui D, Bruera E. Models of integration of oncology and palliative care. *Ann Palliat Med*. 2015;4:89-98.
 58. Muir JC, Daly F, Davis MS, et al. Integrating palliative care into the outpatient, private practice oncology setting. *J Pain Symptom Manage*. 2010;40:126-135.
 59. Rangachari D, Smith TJ. Integrating palliative care in oncology: the oncologist as a primary palliative care provider. *Cancer J*. 2013;19:373-378.
 60. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Ahles T. Oncologists' perspectives on concurrent palliative care in a National Cancer Institute-designated comprehensive cancer center. *Palliat Support Care*. 2013;11:415-423.
 61. Pfeil TA, Laryionava K, Reiter-Theil S, Hiddemann W, Winkler EC. What keeps oncologists from addressing palliative care early on with incurable cancer patients? An active stance seems key. *Oncologist*. 2015;20:56-61.

MUDr. Mária Novisedláková
Oddelenie klinickej onkológie a
paliatívnej medicíny,
UNSP Milosrdní bratia, Bratislava



Hodnoty a prežívaná zmysluplnosť života u zomierajúcich pacientov

Mgr. Diana Horniaková^{1,3}, prof. PhDr. Mgr. Patricia Dobríková, PhD. et PhD.^{1,2}, Mgr. Mária Dėdová, PhD.³

¹Hospic milosrdných sestier, Trenčín

²Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská Univerzita v Trnave

³Filozofická Fakulta, Trnavská Univerzita v Trnave

Cieľom skúmania prežívanej zmysluplnosti života a preferovaných hodnôt v životoch nevyliciteľne chorých pacientov je, aby sme získali čo najviac vedomostí o hodnotách, ktoré sprevádzajú pacientov v posledných fázach ich života a zohrávajú rolu v komunikácii a rozhodovaní. Pre náš výskum sme posúdili 116 pacientov, z ktorých u 17 sme boli schopní administrovať celú batériu. Zistovali sme, či existuje vzťah medzi mierou životnej spokojnosti a prežívanou zmysluplnosťou života. Na zistenie vzťahu medzi premennými sme použili Pearsonovu koreláciu, pričom sme zistili veľmi silný vzťah ($r = -0,918$; $p < 0,001$). Z hľadiska hodnôt medzi najpreferovanejšie hodnoty našich respondentov patria: Láska ($N = 17$), Rodina ($N = 17$), Dôstojnosť ($N = 13$), Nádej ($N = 11$), Zdravie ($N = 12$). Zdravie si síce zvolilo medzi sedem najpreferovanejších hodnôt až dvanásť pacientov, no tá sa umiestňovala vo väčšine prípadov na 4. až 6. priečke rebríčka volených hodnôt. Pokiaľ ide o dimenzie, pod ktoré spadali konotačné asociácie pacientov, päť asociácií spadalo pod biologickú dimenziu, šesť pod psychickú a 1 pod noetickú dimenziu. Ako veľmi zaujímavé sa ukázalo, že konotačné chápanie dôstojnosti nevyliciteľne chorými pacientami korešponduje so základnými myšlienkami hospicovej starostlivosti, ako úprimné informovanie o zdravotnom stave, slušné zaobchádzanie s pacientami, rešpektovanie jedinečnosti každého pacienta a prejavovanie ľudskosti.

Kľúčové slová: hodnoty, prežívaná zmysluplnosť života, kvalita života, paliatívna starostlivosť

The Values and Perceived Meaningfulness of Life of Dying Patients

The aim of examining the perceived meaningfulness of life and the preferred values in the lives of terminally ill patients, is to gain as much knowledge as possible about the values that accompany patients in the last stages of their lives and play a role in communication and decision-making. For our research, we evaluated 116 patients, of whom 17 we were able to administer the entire battery. We investigated whether there is a relationship between the level of life satisfaction and the perceived meaning of life. We used Pearson's correlation to determine the relationship between the variables, and we found a very strong relationship ($r = -0.918$; $p < 0.001$). In terms of values, the most preferred values of our respondents include: Love ($N = 17$), Family ($N = 17$), Dignity ($N = 13$), Hope ($N = 11$), Health ($N = 12$). Although health chose up to twelve patients among the seven most preferred values, it was in most cases at the 4th to 6th ranks of the ranking of selected values. Regarding the dimensions that included connotational associations of patients, five associations fell under the biological dimension, six under the psychic dimension and 1 under the noetic dimension. It turned out to be very interesting that the connotative understanding of the dignity of terminally ill patients corresponds to the basic ideas of hospice care, such as honest health information, fair treatment of patients, respect for the uniqueness of each patient and expressions of humanity.

Keywords: values, perceived meaningfulness of life, quality of life, palliative care

Paliat. med. liec. boles., 2020;13(1-2e):15-20

Úvod

Otázku o zmysle svojej existencie a zmysle života si človek kladie už od nepamäti, prakticky vo všetkých životných etapách. Nad zmysluplnosťou života sa môžeme pozastaviť od nepatrného okamihu umeleckého zážitku pri výtvarnom veľdiel, cez hľadanie odpovede na to, kým sme, až po hraničné životné situácie. Práve v okamihu, keď sa človek blíži k samotnej hranici bytia a nebytia, pátra po otázke zmyslu najviac. Príkladom môžu byť ľudia, ktorí sú nevyliciteľne chorí. Práve ľudia, ktorí sa ocitli v situácii, ktorá sa nedá nijakým spôsobom zvrátiť, si otázku o zmysle svojho života kladú

s mimoriadnou naliehavosťou. Cieľom našej práce bolo preskúmať hodnoty a prežívanie zmysluplnosti života u 17 pacientov v terminálnom štádiu choroby umiestnených do hospicovej starostlivosti Hospicu Milosrdných sestier v Trenčíne. V práci kladieme dôraz na noetický prístup k otázke hodnôt, ktorý nadväzuje na axiologickú koncepciu V. E. Frankla, predstaviteľa III. viedenského smeru a tvorcu logoterapie. Táto koncepcia sa zakladá na vnímaní významu sféry hodnôt pre existenciu a realizáciu zmyslu života.

Keďže človek je bio-psycho-sociálno-spirituálne bytie, je dôležité skúmať faktory, ktoré signifikantne vplývajú na

jeho kvalitu života, zvlášť v prípadoch, keď zomierajúci človek nemôže zostať vo svojom prirodzenom domácom prostredí (1), pričom jedným z častých dôvodov je, že na Slovensku nejestvuje rýchla a efektívna finančná pomoc pre členov domácnosti, ktorí by sa chceli postarať o zomierajúceho príbuzného alebo blízkeho človeka. Relatívna chudoba slovenských domácností nedovoľuje ich členom opustiť prácu a platená dovolenka vyčlenená na starostlivosť o zomierajúceho príbuzného neexistuje (2).

Hodnoty

Hodnoty sú jedným z najdôležitejších komponentov psychického vývinu,

duševného zdravia i duševnej zrelosti. Zohrávajú dôležitú úlohu pri rozvoji a organizovaní štruktúry osobnosti a odrážajú motivačnú štruktúru. **Preferencia hodnôt a ich uskutočňovanie môžu byť rozhodujúce pre dosahovanie šťastia, ale takisto aj príčinou konfliktov a krízových stavov.** Hodnoty, ktoré jednotlivci uznáva, a ktoré ho motivujú sú hierarchicky usporiadané a tvoria hodnotový systém. Formovanie hodnotového systému závisí od samotného jednotlivca, od spoločenských, kultúrnych, sociálnych a výchovných vplyvov (3).

Predstavitelia existenciálnej analýzy a logoterapie považujú hodnoty za jednu z najdôležitejších kategórií v súvislosti s psychickým vývinom, duševným zdravím i vyzrievaním jednotlivca (4). Vnásajú do problematiky hodnôt viaceré nové pohľady. V prvom rade uvádzajú, že je úplne neodôvodnené hovoriť o jednotlivcovi ako o telesno-duševnom celku. Duša a telo vytvárajú len biopsychickú dimenziu, ktorá je síce východisková, ale nie je sformovaným prejavom základných procesov činnosti človeka. Predstavitelia preto vychádzajú z **trojdimenzionálneho modelu osobnosti (telesno-duševno-duchovná jednota), pretože iba noetická (duchovná) dimenzia dáva ľudskej existencii osobitnú formu a s noetickým rozmerom osobnosti sú úzko späté hodnoty.** V nej sa prejavujú charakteristické zdroje svojej dynamiky a poukazujú na základy ľudskej slobody, zodpovednosti, angažovania sa vo svete hodnôt, skúsenosti zmyslu a iných kvalít, ktoré charakterizujú existenciu osoby (5, 6). Ďalej zistili, že vnútorná hodnotová orientácia človeka rozhodujúcou mierou súvisí s jeho duševným zdravím. Väčšia diferenciovanosť a variabilnosť hodnotovej orientácie ovplyvňuje vývin osobnosti stabilným a pozitívnym smerom. Zdravá hodnotová orientácia skôr obsahuje viac približne rovnako dôležitých hodnôt, ako malý počet extrémnych hodnôt (4). Ďalším prínosom je zameriavanie sa na konotačnú stránku zvolených hodnôt (3). Takýto prístup umožňuje určiť rozdiely medzi denotačným (t.j. aké hodnoty si človek vyberá) a konotačným (obsah, ako danú hodnotu človek chápe, aký význam jej pripisuje) chápaním danej hodnoty konkrétnou osobou. Existenciálne

orientovaná psychológia hodnôt sa ani tak nesnaží o určenie behaviorálneho aspektu odpovedí na „slová-podnety“ označujúce hodnotu, ale skôr o obsah, aký človek spája so „slovom-pojmom“, ktorý je predmetom jeho uvažovania a hodnotenia a do ktorej existenciálnej dimenzie (biologickej, psychickej, noetickej) hodnota patrí. Týmto obsahom človek totiž žije, vyznačuje smer jeho existenciálneho počínania a určuje úroveň spokojnosti alebo nespokojnosti so životom, a to nielen v danej chvíli, ale aj v nadčasovom význame. V takto formulovanej koncepcii výskumu hodnôt nejde o hodnotenie „teoreticky“ cenených alebo preferovaných hodnôt, ale o prijaté, akceptované, internalizované hodnoty, teda hodnoty, ktorými jednotlivci „žijú“, v rámci ktorých sa rozvíja, ktoré realizuje a ku ktorým sa vzťahuje. Takéto hodnoty jednotlivca majú existenciálne významný charakter (6).

Pokiaľ má človek vo svojom živote nedostatok existenciálnych hodnôt, znehodnocuje sa tak jeho schopnosť duševného rastu a rozvoja, čo postupne môže viesť až k existenciálnej frustrácii alebo noogénnej neuróze (neurózy vyskytujúce sa v dôsledku pocitu bezzmyselnosti v sprievode psychických a somatických príznakov). Takéto ťažkosti súvisia najmä s nedostatkom v oblasti rozvoja aktivity noetického rozmeru osobnosti, s rezignáciou stávať sa samým sebou a hodnotovo sa naplňovať (3, 5). Hodnoty tak v logoterapeutickom chápaní predstavujú jeden z najdôležitejších komponentov psychického vývinu, duševnej zrelosti a duševného zdravia človeka. Zohrávajú dôležitú formálnu úlohu pri rozvoji osobnosti jednotlivca a podieľajú sa na organizovaní štruktúry osobnosti. **Participácia na hodnotách a skúsenosť s nimi rozširuje a prehĺbuje životnú spokojnosť človeka, reguluje jeho postoje i vzťah k úspechom a prehrám a napokon, tvorí základný pilier jeho zmyslu života** (3).

Zmysel života podľa V. E. Frankla

Frankl (5) chápe človeka ako bytosť hľadajúcu zmysel svojho života. **Vôľa k zmyslu je túžba človeka po zmysluplnosti existencii, vôľa vidieť, vykladať a or-**

ganizovať jednotlivé podnety ako zmysluplné celky. Zmysel je transcendentný, človek siaha sám zo seba po nejakom zmysle, je nasmerovaný na niečo, čo je viac, než je on sám. Zmysel života je spojený s pocitom žiť pre niekoho alebo pre niečo. Pritom ide o niečo jedinečné, neopakovateľné a konkrétne – jedinečnosť osoby a situácie vytvára jedinečnú úlohu. Zmysel má byť hľadaný, v živote človeka nejde o dodanie zmyslu zvonka. Pri tomto hľadaní vedie človeka svedomie, otázku zmyslu však kladie život, nie človek. O zmysluplnosti života môžu rozhodnúť aj vrcholné životné body, aj jediný okamih môže dať spätne zmysel celému životu. Človek má navyše schopnosť nachádzať zmysel nielen v tom, čo je a bolo, ale aj v tom, čo byť môže. Ďalšou dôležitou charakteristikou Franklovho poňatia zmyslu je názor, že život nikdy nemôže byť bez zmyslu. **Za všetkých podmienok a okolností, aj v najťažších situáciách je možné vidieť úlohu, ktorú má človek splniť.** Neexistuje žiadna situácia, ktorá by v sebe nezahrňala nejaký možný zmysel. Zmysel života je možné naplniť realizáciou hodnôt, ktoré boli podľa Franklovej koncepcie tvorivé, zážitkové a postojevé. Práve postojevé hodnoty, označované ako najvyššie, vyjadrujú postoj človeka k utrpeniu a k osudu, ktorý sa nedá zmeniť (5).

Podľa Franklovej žiačky Lukasovej, vychádza Franklova teória zmyslu zo sebatranscendencie človeka. To znamená, že človek nie je do seba uzatvorenou entitou, ktorej cieľom by bolo udržiavať len seba samého. Naopak, človek je podľa tejto teórie svetom otvorená bytosť, ktorá má prirodzenú tendenciu smerovať k nejakému vonkajšiemu cieľu a uskutočňovať nejakú úlohu mimo seba. Tento cieľ alebo úloha, ktorá sa nachádza mimo človeka dáva ľudskému životu zmysel. Inak povedané, človek potrebuje zmysel, kvôli ktorému prekračuje samého seba. Ak sa podarí človeku oslobodiť sa od egocentrického myslenia a konania a venovať svoje úsilie hodnotám, ktoré ho presahujú, získava pokoj a napätie sa vytráca. Nezáleží na tom, ak nebude mať vždy úspech, ak nebude vždy šťastný a nedostane sa mu vďaka, pretože bude naplňovať úlohu, ktorú si sám zvolil a bude žiť zmysluplným životom. (4)

Metodika a charakteristika súboru

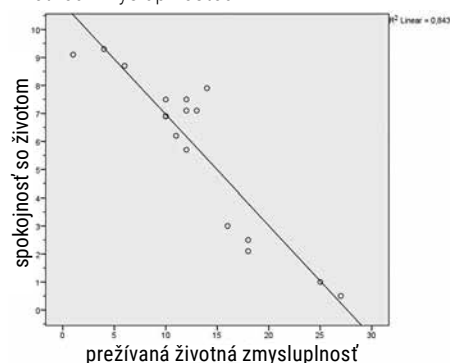
Vo výskume sme použili vlastný dotazník zisťujúci demografické údaje respondenta. Následne sme použili vizuálnu analógovú škálu celkovej miery spokojnosti so životom, ktorá tvorí časť z metodiky SEIQoL, na ktorej respondent zaznačí bod, ktorý odzrkadľuje jeho mieru spokojnosti so životom. Počiatočný bod vľavo uvádza mieru spokojnosti so životom formou „Je to také zlé, ako to len môže byť“ a bod vpravo zase „Je to také dobré, ako to len môže byť“ (7).

Ďalej sme použili Popielskeho Škálu preferencie hodnôt, ktorú tvorí 24 hodnôt, pričom 8 patrí do noetickej, 8 do psychickej a 8 do biologickej dimenzie. Ku každej hodnote má respondent napísať prvú asociáciu. Následne má vybrať 7 pre neho najdôležitejších hodnôt a zoradiť ich podľa dôležitosti.

Následne sme použili Lukasovej LOGO-Test, ktorý skúma prežívanú zmyslupnosť života. Pozostáva z troch častí, pričom prvá skúma zdroje hodnôt a zmyslu, druhá časť zisťuje prípadné prejavy existenciálnej frustrácie a tretia časť pozostáva zo životných príbehov, ku ktorým sa má respondent vyjadriť a následne uviesť aj svoj vlastný životný príbeh.

Výskum sme realizovali od augusta 2018 do novembra 2019. Spolu sme posúdili 116 pacientov. Batériu dotazníkov sme najmä z dôvodu ťažkého zdravotného stavu spojeného s neschopnosťou dokončiť celú batériu (39 pacientov) a prítomných kognitívnych porúch (31 pacientov) alebo porúch vedomia (29 pacientov) napokon kompletne administrovali 17 pacientom hospitalizovaným v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíne, ktorým bola ukončená kauzálna liečba a vzhľadom na terminálne štádium ochorenia im bola nasadená liečba paliatívna. Pacienti boli vo veku od 59 do 87 rokov, pričom priemerný vek bol 74,71 rokov ($SD = 8,82$), z toho 9 žien vo veku 65 až 87 rokov ($M = 76,67$; $SD = 7,05$) a 8 mužov vo veku 59 až 87 rokov ($M = 72,5$; $SD = 10,5$). Štrnásť respondentov uviedlo rímsko-katolícke vierovyznanie, dvaja evanjelické a jeden respondent uviedol, že je bez vyznania. Siedmi respondenti mali uzatvorený manželský vzťah,

Obrázok 1. Regresná priamka vzťahu medzi mierou spokojnosti so životom a prežívanou životnou zmyslupnosťou



štyria boli rozvedení a šiesti ovdovelí. Respondenti boli v čase administrácie batérie orientovaní miestom, časom i osobou, na základe dotazníka SPMSQ (8) mali zachované kognitívne funkcie, reagovali a komunikovali primerane vzhľadom na potreby testovania. Pri väčšine pacientov prebehla administrácia batérie rozdelená na viaceré stretnutia a za pomoci administrátora, ktorý zapisoval odpovede respondentov pre ich zvýšenú únavu a pociťovanie slabosti.

Výsledky a diskusia

V našom výskume sme použili vizuálnu analógovú škálu, časť z metódy SEIQoL, na ktorej mal respondent zaznačiť mieru spokojnosti so svojim životom. Najnižšia zaznamenaná hodnota bola 0,5 a najvyššia 9,3 ($M = 5,82$; $SD = 2,86$). Respondenti vykazovali spokojnosť so životom v pásme medzi stredom (ten môžeme ponímať ako „Nie je to ani dobré, ani zlé“) a pravým bodom vizuálnej analógovej škály („Je to tak dobré, ako to len môže byť“), pričom platí, že čím vyššia hodnota, tým vyššia spokojnosť.

Tiež sme zisťovali, či existuje vzťah medzi mierou životnej spokojnosti a prežívanou zmyslupnosťou života. Na zistenie vzťahu medzi premennými sme použili Pearsonovu koreláciu, pričom sme zistili veľmi silný vzťah ($r = -0,918$; $p < 0,001$; Durbin-Watsonov koeficient = 2,17). Anova potvrdila, že regresný model je signifikantný a môžeme ho interpretovať ($F_{(1)} = 80,59$; $p < 0,001$). Koeficient determinácie ($r^2 = 0,84$) nám uvádza, že 84% zmien miery spokojnosti so životom sa môže vysvetliť zmenami prežívanej zmyslupnosti života. Na Obrázku 1 uvádzame regresnú priamku, pričom platí,

Tabuľka 1. Priemerné hodnoty miery spokojnosti so životom vzhľadom na úroveň prežívanej životnej zmyslupnosti

kvartil	priemer životnej spokojnosti	N	SD
Q1	9,03	3	0,31
Q2+Q3	6,98	9	0,68
Q4 (D9+D10)	1,82	5	1,04

že čím menej bodov respondent dosiahol v LOGO-teste, tým vyššiu mal prežívanú zmyslupnosť života.

V tabuľke 1 uvádzame klesajúce priemerné hodnoty miery spokojnosti so životom vzhľadom na úroveň prežívanej životnej zmyslupnosti, pričom kvartil 1 znamená dobrú existenciálnu zakotvenosť, kvartil 2+3 možnosť životnej krízy pri náročných okolnostiach a kvartil 4 značné riziko vývinu existenciálnej frustrácie.

Celkové zhoršovanie symptómov a fyziologických funkcií, vzhľadom na progres ochorenia u terminálne chorých pacientov (9), tiež významne znižuje pacientovu osobnú pohodu na konci života, vrátane kvality a spokojnosti so životom a psychologického distresu (10). Dosiahnutie optimálnej spokojnosti so životom je prvoradé pre paliatívnu starostlivosť, ktorá sa zameriava na holistickú starostlivosť (tzn. telesnú, duševnú, sociálnu a duchovnú) o umierajúceho pacienta v posledných fázach jeho života a teda, ponúka tak najlepší možný spôsob dosahovania vysokej kvality života, keďže tento fenomén pozostáva z viacerých komponentov v živote človeka (11).

Vzhľadom na fakt, že spokojnosť so životom a kvalita života významne súvisia s prežívanou zmyslupnosť života u terminálnych pacientov, čo potvrdzuje nielen náš, ale aj iné výskumy (12, 13, 14), je nesmierne dôležité venovať pozornosť tejto problematike pri práci s terminálne chorými a zomierajúcimi pacientami, keďže intervencie zamerané na zmysel života u zomierajúcich pacientov významne zvyšujú nielen celkovú spokojnosť so životom, ale takisto podporuje aj copingové stratégie, zvyšuje toleranciu sprievodných fyzických symptómov primárneho ochorenia, zvyšuje sebaúčinnosť a optimizmus a naopak znižuje mieru beznádeje a depresiu (13). Okrem uvedeného, po-

Tabuľka 2. Počet všetkých zvolených hodnôt našich respondentov

Dimenzie	Hodnoty	Ženy	Muži	Spolu
Noetická	Múdrosť	2	2	4
	Láska	9	8	17
	Vôľa	3	2	5
	Dôstojnosť	8	5	13
	Sloboda	0	3	3
	Nádej	7	4	11
	Zodpovednosť	2	1	3
	Odvaha	2	2	4
	Spolu	33	27	60
Psychická	Zdravie	7	5	12
	Postavenie	0	1	1
	Rodina	9	8	17
	Vzdelanie	0	2	2
	Dosiahnuté výsledky	1	0	1
	Cieľ	1	0	1
	Potešenie	3	1	4
	Spokojnosť	5	4	9
	Spolu	26	21	47
Biologická	Auto	0	0	0
	Peniaze	1	3	4
	Užívanie života	0	0	0
	Práca	1	2	3
	Sex	0	0	0
	Byt	0	0	0
	Vlastníctvo	0	1	1
	Úspech	2	2	4
	Spolu	4	8	12

silnenie zdrojov zmyslu u nevyliciteľne chorých pacientov, môže poskytnúť rovnováhu medzi utrpením, smútkom a novými skúsenosťami, pocitmi naplnenia a uspokojenia. Takisto, posilnenie zdrojov zmyslu so sebou prináša aj uvedomenie si jednotlivca, že nie je úplne vytrhnutý z kolobehu života, ale že stále existuje zmysel a naplnenie v živote (15).

Ďalej sme zisťovali preferenciu hodnôt a ich konotačné ponímanie u našich respondentov. Halldórsson a Hamrin (16) vo svojej štúdii prišli na to, že pacienti trpiaci rakovinou pociťujú, ako ich tento zážitok zmenil, a že redefinovali svoje ciele a roly a takisto zažili existenciálne zmeny. V tabuľke 2 uvádzame všetky zvolené hodnoty našich 17 respondentov.

Medzi najpreferovanejšie hodnoty našich respondentov patria: Láska (N = 17), Rodina (N = 17), Dôstojnosť (N = 13), Nádej (N = 11), Zdravie (N = 12).

Za zaujímavé zistenie pri skúmaní preferencie hodnôt u zomierajúcich pacientov považujeme fakt, že hodnotu Zdravie si síce zvolilo medzi sedem najpreferovanejších hodnôt až dvanaásť pacientov, no tá sa umiestňovala

vo väčšine prípadov na 4. až 6. priečke rebríčka volených hodnôt. Pokiaľ ide o dimenzie, pod ktoré spadali konotačné asociácie pacientov, päť asociácií spadalo pod biologickú dimenziu (napr. „doktor“), šesť pod psychickú (napr. „základ“, „šťastie“) a 1 pod noetickú dimenziu („veľmi cenné“). Dôvodom, prečo sa hodnota Zdravie objavila v preferovaných hodnotách, ale na spodných priečkach, môže byť fakt, že hodnoty jednotlivci ponímajú rozdielne. Niektorí jednotlivci volia tie-ktoré hodnoty na základe dôležitosti týchto hodnôt pre jednotlivca a niektorí zas volia hodnoty, pretože pracujú na ich dosahovaní, túžia ich dosiahnuť. Potvrďuje to aj výskum, kde sa prejavila signifikantná súvislosť medzi „dosahovaním“ a „dôležitosťou“ životných hodnôt, okrem hodnoty zdravia, kde dosahovanie tejto hodnoty nekorelovalo s jej dôležitosťou pri porovnávaní nevyliciteľne chorých pacientov a pacientov s nasadenou liečbou a vysokou pravdepodobnosťou vyliečenia. Nevyliciteľne chorí pacienti neponímali dosahovanie hodnoty zdravia za tak dôležité ako pacienti, ktorí sa úspešne liečili (17). Preto aj hospicoví pa-

cienti môžu považovať hodnotu Zdravie za všeobecne dôležitú a preferovanú do svojho hodnotového rebríčka, no nie je pre nich už tak významná ako napríklad hodnota Láska alebo Rodina.

Pri hodnote Láska dominovali asociácie pacientov z noetickej dimenzie (napr. „k manželovi“, „Boh“, „k rodine“). Iba štyria respondenti uviedli asociáciu spadajúcu pod psychickú dimenziu. **Pacienti teda ponímajú hodnotu Láska ako prekračovanie samého seba a smerovanie k niekomu druhému.** Asociácie k hodnote Rodina spadali pod psychickú dimenziu v deviatich prípadoch (napr. „opora“, „vzťahy“, „starostlivosť“), pod noetickú dimenziu v siedmich prípadoch (napr. „zmysel života“, „láska“) a jeden respondent uviedol biologickú asociáciu („ľudia“). **Nevyliciteľne chorí pacienti ponímajú hodnotu Rodina psychicky, ako účelovosť a potrebu zážitkov, ale aj noeticky ako sebarealizáciu a smerovanie k niekomu.** Rodinu a napĺňanie potreby lásky môžeme teda považovať za významné hodnoty u nevyliciteľne chorých pacientov. Ebenau, van Gurp a Hasselaar (18) analyzovali 30 článkov a dospeli k ôsmim životným hodnotám preferovaným u pacientov trpiacich nevyliciteľným nádorovým ochorením, konkrétne: komfort, kontinuita, pokora, dôstojnosť, úprimnosť, optimizmus, nádej a pripravenosť. Na základe výsledkov našej práce k nim pridávame hodnotu láska a rodina, ktoré pacientom naplňajú nie len psychické potreby, ale aj možnosť sebatranscendencie (sebapresah ľudskej existencie v zmysle prekračovania seba samého, zamerania na niečo, čo je viac než človek samotný).

Rodina, ako zdroj sociálnej opory, je významnou hodnotou a nevyhnutnou súčasťou života umierajúcich pacientov pri zvládaní tejto záťažovej situácie. Čím viac je pacient spokojnejší so sociálnou oporou od svojich príbuzných, tým vyššia je prežívaná zmysluplnosť v jeho živote (12, 19), zvyšuje sa kvalita života, celková osobná pohoda, znižuje sa miera zármutku (20) a depresia (21), zlepšuje sa prispôsobenie sa ochoreniu a coping (22). Sohail et al. (23) vo svojom výskume zistili, že sociálna opora má viaceré priaznivé účinky, ktoré pomáhajú vyrovnáť sa s chorobami u nevyliciteľne chorých

pacientov. Zistilo sa, že pacienti očakávajú od sociálnych vzťahov najmä emocionálnu, inštrumentálnu a informačnú podporu. Sociálna podpora je zdrojom emocionálneho uspokojenia a pomáha pri psychologickom utrpení a umožňuje pokojné umieranie. Spomedzi všetkých sociálnych zdrojov podpory bola pre pacientov najdôležitejšia podpora manželských partnerov a detí. Chan so svojimi spolupracovníkmi (24) zistili, že pocity osamelosti môžu ovplyvňovať tendenciu hlásiť bolesť a so zvyšovaním bolesti sa u pacientov zvyšovala aj miera depresie. Je zrejmé, že sociálna opora má pozitívny vplyv na život a prežívanie terminálne chorých pacientov. Umierajúci pacienti majú potrebu byť obklopení svojou rodinou, čo im dodáva pocit, že sú milovaní a rodina im tak poskytuje dôvod žiť, zatiaľ čo umierajú. Preto je dôležité, aby sa v rámci paliatívnej starostlivosti venovala pozornosť na dopad psychosociálnych faktorov na kognitívno-emocionálne prežívanie pacientov, a to napríklad aj pomocou zisťovania aktuálnych hodnôt a ich konotačného ponímania zomierajúcimi pacientami.

Asociácie k hodnote Nádej sa vzťahovali buď k noetickej dimenzii v podobe konotátu „večného života“, alebo k psychickej dimenzii v podobe konotátu „sily“ a nádeji, že „bude lepšie“. Na základe protektívneho vzťahu medzi nádejou a resilienciou, je nádej a viera v budúcnosť dôležitá, najmä v najťažších chvíľach života (25). Hodnotu Dôstojnosť, ktorá je v podstate hlavnou myšlienkou hospicovej starostlivosti vo svete, ponímali dvaja naši respondenti psychicky ako „slušnosť“ a zvyšní jedenásti pacienti k hodnote Dôstojnosť uvádzali noetické asociácie ako „úprimnosť“, „život“, „ľudskosť“ a „rešpekt“. Môžeme vidieť, že konotačné chápanie dôstojnosti nevyliciteľne chorými pacientmi, korešponduje so základnými myšlienkami hospicovej starostlivosti, ako úprimné informovanie o zdravotnom stave, slušné zaobchádzanie s pacientami, rešpektovanie jedinečnosti každého pacienta a prejavovanie ľudskosti. Môžeme teda usudzovať, že pre nevyliciteľne chorých pacientov sa hodnota Dôstojnosť vyznačuje dôležitosťou v rebríčku hodnôt, no rovnako aj snahou o jej dosahovanie. **Zachovávanie**

dôstojnosti pacienta je podmienené najmä prístupom a starostlivosťou ošetrojúceho personálu, ktorého členovia by mali disponovať akceptáciou a empatiou ako procesom, v ktorom zdravotný pracovník odkladá bokom svoj vlastný spôsob prežívania a vnímania reality a dáva prednosť cíteniu a reagovaniu na prežívanie pacienta (26). V empatii nejde len o vcítenie sa, ale aj o racionálne spracovanie danej informácie klienta, aby sme mu dokázali pomôcť, byť s ním s jeho ťažkosťami. Toto je základný rozdiel medzi empatiou a súcitom. Pri súcite totiž nastáva len vnorenie sa do problému, ale už nie vynorenie sa do kognitívnych súvislostí, ako je tomu pri empatii.

Rovnako je nevyhnutné, aby zdravotnícki pracovníci dbali na to, aby pri svojej práci a ošetrovateľských postupoch pristupovali ku každému pacientovi s úctou, rešpektom a zachovávaním jeho jedinečnosti. Je potrebné identifikovať akékoľvek negatívne, najčastejšie ageistické postoje, pretože zdravotnícki pracovníci sú obzvlášť citliví na diskriminačné stereotypy voči starším, keďže prichádzajú častejšie do kontaktu so staršími ľuďmi, ktorí sú chorí a nemožní. Takéto postoje výrazne ovplyvňujú zachovávanie dôstojnosti nevyliciteľne chorých pacientov a ich identifikácia predstavuje prvý krok k pochopeniu mnohých aspektov v interakcii medzi zdravotníkmi a seniorami (27). Pacienti, ktorí pociťovali, že ich dôstojnosť bola narušená, uvádzali viac túžbu po smrti a stratu vôle žiť než tí pacienti, ktorých pocit dôstojnosti ostal zachovaný. Strata dôstojnosti je jeden z najbežnejších dôvodov, prečo pacienti v niektorých krajinách vyhľadávajú eutanáziu. Zachovávanie dôstojnosti je preto nevyhnutnou súčasťou starostlivosti o umierajúcich pacientov (28).

Záver

Cieľom skúmania prežívanej zmysluplnosti života a preferovaných hodnôt v životoch nevyliciteľne chorých pacientov je, aby sme získali čo najviac vedomostí o hodnotách, ktoré sprevádzajú pacientov v posledných fázach ich života a zohrávajú rolu v komunikácii a rozhodovaní. Tieto hodnoty totiž poskytujú zmysel pre život narušený choro-

bou. Pacienti trpiaci rakovinou pociťujú, ako ich tento zážitok zmenil, redefinujú svoje ciele a roly a zažívajú existenciálne zmeny. Aj preto považujeme za dôležité zisťovať aktuálne preferované hodnoty pacientov a nespoliehať sa len na tie, ktoré sa nachádzali v rebríčku hodnôt pred ich závažným ochorením. Okrem toho sme v našom výskume potvrdili aj to, že spokojnosť so životom a kvalita života významne súvisia s prežívanou zmysluplnosťou zomierajúcich a chceme poukázať na nevyhnutnosť využívania logoterapeutických intervencií, na základe ktorých vieme dosiahnuť zvýšenie kvality života pacienta vo všetkých jeho dimenziách a eliminovanie depresívnych symptómov, demoralizácie, prípadne pocitov beznádeje.

Podakovanie

Autori článku by sa na tomto mieste chceli poďakovať vedeniu Hospicu Milosrdných sestier v Trenčíne, ktoré nám umožnilo realizovať zber dát u nevyliciteľne chorých pacientov v terminálnom štádiu ochorenia hospitalizovaných v Hospici a projektu VEGA č. 1/0305/18 za finančnú podporu na realizáciu výskumu.

Článok bol vypracovaný ako súčasť projektu VEGA č. 1/0305/18

Konflikt záujmov – nie sme si vedomí žiadneho konfliktu záujmov týkajúceho sa uvedeného príspevku.

Literatúra

1. Dvořáčková D, Mojžíšová A. Modern trends in the care of seniors in the residential facilities of the social services. *Kontakt*. 2019;21(1):93-97.
2. Križanová K, Škripeková A. Paliatívna medicína a starostlivosť na Slovensku. *Paliat. med. liec. boles.* 2015;8(2e):e48-e49.
3. Klčovanská E. Hodnoty a ich význam v psychológii. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis; 2005.
4. Lukasová E. Logoterapie ve výchově. Praha: Portál; 1997.
5. Frankl VE. Lékařská péče o duši. Základy logoterapie a existenciální analýzy. Brno: Cesta; 1995.
6. Popielski K. Noetický rozmer osobnosti. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis; 2005.
7. Křivohlavý J. Psychologie zdraví. Praha: Portál; 2001.
8. Pfeiffer, E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1975;23(10):433-441.
9. Reese JB, Blackford A, Sussman J, Okuyama T, Akechi T, Bainbridge D, et al. Cancer Patients' Function, Symptoms and Supportive Care Needs: A Latent Class Analysis Across Cultures. *Qual Life Res.* 2015;24(1):135-146.
10. Astrup GL, Hofstø K, Bjørndal K, Guren MG, Vistad I, Cooper BA, et al. Patient factors and quality of life outcomes differ among four subgroups of oncology patients based on symptom occurrence. *Acta Oncol.* 2017;56(3):1-9.

11. Rummans TA, Bostwick JM, Clark MM. Maintaining Quality of Life at the End of Life. *Mayo Clin Proc.* 2000;75(12):1305-1310.
12. Dobříková P, Pěolková D, Alturabi LK, West DJ. The Effect of Social Support and Meaning of Life on the Quality-of-Life Care for Terminally Ill Patients. *Am J Hosp Palliat Care.* 2015;32(7):767-71.
13. Guerrero-Torrelles M, Monforte-Royo C, Rodríguez-Prat A, Porta-Sales J, Balaguer A. Understanding meaning in life interventions in patients with advanced disease: A systematic review and realist synthesis. *Palliat Med.* 2017;31(9):798-813.
14. Wen FH, Chen JS, Chou WC, Hsieh CH, Chang WC, Shen W, et al. Quality of life and psychological distress are differentially associated with distinct symptom functional states in terminally ill cancer patients' last year of life. *Psycho-Oncology.* 2018;27(9):2111-2118.
15. Alon S. Researching the meaning of life: finding new sources of hope. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2010;11(1):75-78.
16. Halldórsdóttir S, Hamrin E. Experiencing existential changes: the lived experience of having cancer. *Cancer Nurs.* 1996;19(1):29-36.
17. Nordin K, Wasteson E, Hoffman K, Glimelius B, Sjöden PO. Discrepancies between attainment and importance of life values and anxiety and depression in gastrointestinal cancer patients and their spouses. *Psycho-Oncology.* 2001;10(6):479-489.
18. Ebenau A, Van Gorp J, Hasselaar J. Life values of elderly people suffering from incurable cancer: A literature review. *Patient Educ Couns.* 2017;100(10):1778-1786.
19. Dobříková P, Macková J, Pavelek L, Miller A, West jr. DJ. The effect of social and existential aspects during end of life care. *Nurs and Palliat Care.* 2016;1(3):47-51.
20. Trevino KM, Fasciano K, Block S, Prigerson HG. Correlates of social support in young adults with advanced cancer. *Support Care Cancer.* 2013;21(2):421-429.
21. Sergin C, Badger TA, Figueredo AJ. Stage of disease progression moderates the association between social support and depression in prostate cancer survivors. *J Psychosoc Oncol.* 2011;29(5):552-560.
22. Knobf MT. Clinical update: psychosocial responses in breast cancer survivors. *Semin Oncol Nurs.* 2011;27(3):1-14.
23. Sohail MM, Yasin MG, Ahmad S. A phenomenological account of social sources, coping effects and relational role of social support in nursing among chronic patients with hepatitis. *J Res Nurs.* 2018;23(1):23-39.
24. Chan WCH, Kwan CW, Chi I, Chong AML. The Impact of Loneliness on the Relationship between Depression and Pain of Hong Kong Chinese Terminally Ill Patients. *J Palliat Med.* 2014;17(5):527-532.
25. Punová M, Navrátil P. Resilience in Life and Work of Viktor Emanuel Frankl. *Acta FF ŽČU.* 2013;2013(2):173-188.
26. Mydlíková E, Gabura J, Schavel, M. Sociálne poradenstvo. Bratislava: ASSP; 2002.
27. Kabátová O, Botíková A, Uríčková A, Slaný J. Difference in the level of ageist attitudes of nurses and nursing students. *Kontakt.* 2015;17(3):138-141.
28. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *Lancet.* 2002;360(9350):2026-2031.

Mgr. Diana Horniaková

Hospic Milosrdných sestier,
Súvoz 739, 911 01 Trenčín
diana.horniakova@gmail.com

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, zmierňuje bolesť znížením útlaku z nádoru, tiež zmierňuje 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 ihliel 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 zomieranie (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 zmierňovanie 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, intervenujú 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 dôležité¹. 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 intervencií zameraných na výživu.

Klinický výskum sme začali na Klinike radiačnej a klinickej onkológie (KRKO) 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 kategórií: 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 sester o aplikácii výživy pacientom v terminálnom štádiu ochorenia. Doplnčnými metódami boli štruktúrované pozorovanie a klinické kazuistiky, ktorých výsledky pre ich rozsah neuvádzame.

Výskumný súbor

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

(počet 4). Výber respondentov bol zámernejší. Kritériom výberu u sester 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 systému (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, zmiernení 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 ošetrovateľským 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 zváženie 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 zadať 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, diétu 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 určený 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 vyrovnávajú 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 – zmierňovanie 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 ošetrovateľstvo 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. Kopáčíková 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, Darošová 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 Ľ. 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-onkologickych-konferencnich-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

Ošetrovateľská diagnóza úzkost ze smrti u klientů v lůžkovém hospici

PhDr. Zdeňka Římovská, Ph.D., Bc. Filip Schramm

Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik v Opavě

Článek vznikl na základě výzkumu realizace bakalářské práce studenta 3. ročníku SLU FVP UO Filipa Schramma, vedoucí práce je PhDr. Zdeňka Římovská, Ph.D. Tématem byla péče o nevléčitelně nemocné v lůžkovém hospici. Hospic je primárně určen pacientům, u nichž došlo k ukončení kauzální terapie a přešlo se k terapii paliativní. Článek se zabývá problematikou paliativní a hospicové péče s důrazem na výskyt ošetrovateľské diagnózy úzkost ze smrti NANDA taxonomie u hospicových pacientů.

Klíčová slova: paliativní péče, hospic, smrt, umírání, úzkost ze smrti

Nursing diagnosis of death anxiety of cliens in inpatient hospic

The article was created on the basis of research into the implementation of the bachelor's thesis of a third-year student of SLU FVP UO Filip Schramm, supervisor PhDr. Zdenka Rimovska, Ph.D. The topic was the care of the terminally ill patients in a hospice. Hospice is primarily intended for patients who have discontinued causal therapy and switched to palliative therapy. The article deals with the issue of palliative and hospice care with an emphasis on the occurrence of nursing diagnosis of anxiety from the death of NANDA taxonomy in hospice patients. The main goal was to map the incidence of nursing diagnosis of NANDA taxonomy death anxiety in hospice patients. Capture and explore the intensity with which the individual characteristics occur.

Keywords: palliative care, hospice, death, dying, death anxiety

Paliat. med. liec. boles., 2020;13(1-2e):26-30

Úvod

V České republice zemře ročně kolem 100 000 lidí, z toho 24 % umírá doma, 59 % v nemocnicích, 9 % v léčebných ústavech, 1,5 % v hospicích a 4,5 % v zařízeních sociální péče (Sláma et al., 2011).

Umírání a smrt jsou fenomény, které je potřeba zkoumat z hlediska filozofického, psychologického, sociálního, medicínského a etického. Po dlouhá staletí probíhal proces umírání a smrti výhradně mimo zdravotnická zařízení. Pokud měl člověk rodinné zázemí, tak zpravidla umíral v domácím prostředí. Vzhledem k tomu, že se lidé v minulosti setkávali se smrtí a umíráním poměrně běžně, tak byli na tuto životní fázi vcelku dobře připraveni. Rodina byla většinou schopná zajistit elementární potřeby umírajícího (např. krmení, hygienickou péči apod.). Obrovskou nevýhodou umírání v domácím prostředí byla absence lékaře. Pouze nejmajetnější lidé si mohli dovolit lékaře povolát, aby nemocnému podal utěšující lék. Nejčastěji se umírajícím podávalo morfium, které bylo účinné v boji proti bolestem.¹ Postupem času se úroveň zdravotnické péče zlepšovala. Vznikalo stále více zdravotnických zařízení, které připravily půdu pro příchod

modelu institucionálního umírání. Tento model spočíval v tom, že umírající začali být umisťováni do zdravotnických zařízení, s nadějí, že se o ně tým profesionálních zdravotnických pracovníků postará nejlépe. Ve 20. letech 20. století byla aplikována praxe tzv. bílé zástěny. Tato praxe znamenala, že umírající byli segregováni od okolního světa v naději, že potřebují absolutní klid na umírání. Rodinám bylo odíráno každodenně vidat umírajícího. Mnoho lidí s tímto trendem rezignovaně souhlasilo, jelikož vkládalo absolutní důvěru do rukou profesionálů. Lidé věřili a stále mnohdy věří, že medicína dokáže zabránit smrti nebo alespoň umožní důstojný odchod ze života. Medicína se snaží za každou cenu smrti zabránit, mnohdy ovšem i za cenu dystanázie, kterou můžeme chápat, jako zadržovanou smrt. V umožnění důstojného odchodu ze života ovšem medicína velice často selhává.¹ Právo na důstojnou smrt má však každý člověk, a hospicová zařízení jsou předurčena k tomu, aby jej zajistila.

Cíl práce

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat výskyt ošetrovateľské diagnózy Úzkost ze smrti (00147) dle taxono-

mie ošetrovateľských diagnóz NANDA International u klientů v lůžkovém hospici.

Paliativní péče

Obecnou paliativní péči rozumíme dobrou klinickou praxi, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich odbornosti. Jejím základem je včasné rozpoznání nevléčitelného charakteru onemocnění a identifikace a ovlivňování oblastí, které jsou významné pro kvalitu pacientova života (např. racionální využití kauzálních léčebných postupů, léčba symptomů, empatická komunikace, pomoc při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovateľské péče atd.). Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti. Specializovaná paliativní péče je aktivní multiprofesní péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi.

Hospic

Hospic je slovo, které bylo převzato z angličtiny a znamená útulek nebo útočiště. Ve středověku lidé používali tento

výraz pro odpočinkové domy, které byly využívány především poutníky směřujícími do Palestiny. Poutníci potřebovali místo, kde by mohli načerpat energii. Hospice později zanikly a znovu přichází na scénu až v polovině 18. století. Tehdy došlo k založení první nemocnice pro umírající v irském Corku. V roce 1905 vznikl St. Joseph's Hospice ve východní části Londýna. Mezi průkopníky moderní paliativní a hospicové péče patří Cicely Saundersová. Roku 1967 založila v Londýně St. Christopher's Hospice, první hospic moderního typu. Ten si kladl za cíl, propojit medicínskou péči o umírající s kvalitní ošetrovatelskou a sociální péčí, včetně zapojení dobrovolníků. Od ostatních zařízení zřizovaných pro umírající se lišil především kvalitní péčí, úzce propojenou se vzděláváním a výzkumem.² Za zakladatelku hospicového hnutí v ČR je považována MUDr. Marie Svatošová, která stála u zrodu prvního českého hospice. Jím byl Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, který byl založen v roce 1995. Hospic v českém prostředí je registrovaný poskytovatel zdravotních služeb dle zák. č. 372/2011 Sb., nad rámec zdravotní péče poskytuje nedílně sociální služby dle zák. č. 108/2006 Sb. **Zahrnuje odbornou lékařskou i ošetrovatelskou péči, poradenství, duchovní doprovod a pomoc rodinám i blízkým osobám nemocného. Zdravotní a ošetrovatelská péče je hrazená ze zdravotního pojištění. Sociální složku si klient hradí sám na každý den. Částka je vždy přiměřená možnostem klientů.** Hlavním posláním je péče o umírající, což umožňuje pracovníkům koncentrovat veškerou energii do zajištění dobrého umírání. Vzhledem ke specifčnosti tohoto zařízení je kladem důraz na výběr vhodných zaměstnanců, jež musí být kvalifikovanými osobnostmi, které dokážou poskytovat péči na nejvyšší úrovni (Marková, 2010).³ Doporučuje se, aby hospicové zařízení mělo nižší kapacitu. Pro ilustraci představíme Hospic sv. Lukáše v Ostravě, kde byl výzkum realizován. Ten disponuje kapacitou 30 hospicových lůžek z nichž 22 je jednolůžkových a 8 je dvojlůžkových. Všechny pokoje poskytují pacientům maximální komfort. Kromě polohovatelných postelí jsou vybaveny vkusným nábytkem, televizorem a přístýlkou pro rodinné příslušníky. Umožňuje tady zcela odlišný režim

Legenda k vyhodnocení Beckova inventáře úzkosti (BAI) (Beck, 1988).

Beckův inventář úzkosti (BAI)		Výsledná hodnota	
Hodnota odpovědi	Popis příznaku	Součet bodů	
0	Příznak se nevyskytuje	0-9	absence příznaků
1	Příznak se vyskytuje mírně	10-18	mírná až střední úzkost
2	Příznak se vyskytuje středně	19-29	střední až závažnou úzkost
3	Příznak se vyskytuje vážně	30-63	Závažná úzkost

než v nemocnici. Pacient má maximální možnou svobodu ve svých rozhodnutích a rodinní příslušníci jej mohou navštívit v kteroukoliv denní hodinu. Velký důraz je kladen na přítomnost dobrovolníků a realizaci nejrůznějších dobrovolných aktivit pro pacienty (např. canisterapie, návštěvy nemocničních klaunů, pravidelná setkávání s dobrovolníky u kávy, jež jsou různě tematicky zaměřená apod.). Samozřejmostí je individualizovaná spirituální péče a dostupnost duchovních v kteroukoliv denní hodinu. V rámci výzkumného šetření jsme se soustředili na zmapování výskytu ošetrovatelské diagnózy úzkost ze smrti NANDA taxonomie u pacientů v hospici.

Výzkumný soubor a metodika

Realizace empirického šetření probíhala formou kvantitativního výzkumu za pomoci anonymního polostrukturovaného dotazníku, jež byl vytvořen z prostudované odborné literatury. Následně byl do dotazníku zahrnut Beckův inventář úzkosti, jež je validním nástrojem pro identifikaci úzkosti u pacientů. Taxonomie ošetrovatelských diagnóz NANDA International⁵ se stala podkladem pro vytvoření dalších otázek, jež se skládaly z určujících znaků a souvisejících faktorů ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti (00147). **Výzkumný soubor** tvořili pacienti lůžkového Hospice sv. Lukáše v Ostravě. Kritéria výběru respondentů do výzkumného šetření byla: pacient starší 18 let; zachovaný stav plného vědomí; souhlas se zařazením do výzkumu; ukončení kauzální léčby a přechod k terapii paliativní. Celkový vzorek tvořilo 20 respondentů (100 %), přičemž 60 % (12) představovaly ženy a 40 % (8) muži. Průměrný věk respondentů byl 74,95 let, přičemž nejmladšímu z nich bylo 59 let a nejstaršímu 91 let. Průměrná délka hospitalizace se vyšplhala na 75,85 dní. Výzkum byl schválen vedoucími pracovníky lůžkového Hospice sv. Lukáše.

Sběr dat se uskutečnil v měsíci říjen 2019 až březen 2020. Všem respondentům byl objasněn charakter empirického šetření a podepsali informovaný souhlas.

Analýza dat Získaná data byla zpracována pomocí programu Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel. U Beckova inventáře úzkosti je každé odpovědi u dané charakteristiky přiřazena příslušná hodnota: 0 – příznak se vůbec nevyskytuje; 1 – příznak se vyskytuje mírně; 2 – příznak se vyskytuje středně; 3 – příznak se vyskytuje vážně. Výsledek testu tvoří součet všech bodů. Výsledná hodnota 0-9 bodů představuje absenci úzkosti, 10-18 bodů přítomnost mírné až střední úzkosti, 19-29 bodů představuje střední až závažnou úzkost, 30-63 bodů přítomnost závažné úzkosti.⁴

Data získaná prostřednictvím jednotlivých charakteristik ošetrovatelské diagnózy úzkost ze smrti dle taxonomie ošetrovatelských diagnóz NANDA International byla zpracována pomocí Fehringova na pacienta zaměřeného modelu klinické diagnostické validity (Patient – focused CDV model), který je vhodnou metodou pro pacienty s ošetrovatelskou diagnózou psychologické či behaviorální povahy. U našich respondentů stanovuje pouze předpoklad pro výskyt ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti (00147) a to za předpokladu výskytu alespoň jednoho určujícího znaku a jednoho souvisejícího faktoru.

Každé charakteristice je přiřazena její významnost za pomoci Likertovy škály. Vážené skóre: součet jednotlivých hodnot přiřazených ke každé odpovědi, děleno celkovým počtem odpovědí. Charakteristiky s váženým skóre nad 0,80 jsou považovány za hlavní, za vedlejší považujeme ty charakteristiky, jejichž vážené skóre je v rozmezí 0,80 až 0,50. Charakteristiky, které mají vážené skóre 0,50 a méně, nejsou považovány za charakteristické

Legenda k vyhodnocení Likertovy škály

Vyjádření odpovědi	stupeň	vážené skóre	n	%
Není vůbec charakteristická	1	0		
Velmi málo charakteristická	2	0,25		
Málo (trochu charakteristická)	3	0,5		
Významně charakteristická	4	0,75		
Velmi charakteristická	5	1		

Legenda: n – absolutní četnost, % – relativní četnost.

Tabulka 1. Určující znaky ošetřovatelské diagnózy Úzkost ze smrti (00147)

Určující znaky	průměr	vážené skóre
obavy ze zátěže pečovatele	2,45	0,61
hluboký smutek	2,35	0,59
strach z rozvoje nevyléčitelného onemocnění	3,05	0,76
strach ze ztráty duševních schopností v období umírání	3,75	0,94
strach z bolesti spojené s umíráním	3,90	0,98
strach z předčasné smrti	2,75	0,69
strach z prodlužovaného umírání	3,65	0,91
strach z utrpení spojeného s umíráním	3,80	0,95
strach z procesu umírání	3,75	0,94
negativní myšlenky spojené se smrtí a umíráním	2,85	0,71
bezmocnost	3,30	0,83
obavy nad dopadem vlastní smrti na důležité blízké osoby	2,55	0,64

Legenda: tmavě modrý odstín – hlavní charakteristiky, světle modrý odstín – vedlejší charakteristiky.

Dotazníkové šetření, jež probíhalo v Hospici sv. Lukáše, bylo realizováno s celkem 20 pacienty. Návrh dotazníků byla 100 %, jelikož všechny dotazníky byly vyplněny s výzkumníkem, proto byl prostor pro zodpovězení případných dotazů či vysvětlení určitých nejasností. Vyplnění jednoho dotazníku s pacientem trvalo v průměru 40 minut.

Výsledky a diskuse

V rámci našeho výzkumu bylo zjištěno, že za nejvýraznější určující znaky ošetřovatelské diagnózy Úzkost ze smrti (00147) můžeme považovat strach spojený s bolestí a utrpením během procesu umírání. Nejvýraznější související faktor, jež byl identifikován, je předvídaní bolesti. Dle Kisvetrové (2012) byla nejvyšší frekvence zaznamenána u určujících znaků negativní myšlenky spojené se smrtí a umíráním a hluboký smutek. Toto průzkumné šetření však nepracovalo s vyjádřením jednotlivých pacientů, ale všeobecných sester, které měly stanovit na základě jakých diagnostických signálů usuzují, že pacienti trpí úzkostí ze smrti. Deskriptivní studie autorů Fernández et al. (2018) zabývající se validizací ošetřovatelské diag-

nózy Úzkost ze smrti (00147) z pohledu všeobecných sester ve Španělsku, přišla s podobnými výsledky jako náš výzkum. Studie pracovala na principu modelu klinické diagnostické validity. Dle výsledků byla v případě určujících znaků přiřazena nevyšší významnost charakteristikám strach z utrpení spojeného s umíráním (0,88) strach z prodlužovaného umírání (0,85), strach z bolesti spojené s umíráním (0,84) a strach z procesu umírání (0,84). Byť byly výsledné hodnoty u našeho výzkumu mírně vyšší, tak jejich pořadí v celkovém výčtu určujících znaků víceméně korespondovalo. Výsledky u souvisejících faktorů se oproti našim výsledkům mírně lišily. Zde byla upozorována nejvyšší významnost u vnímání blízkosti smrti (0,84, oproti našemu výsledku 0,70), vyrovnání se s faktem nevyléčitelného onemocnění (0,84, oproti našemu výsledku 0,65), předvídaní utrpení (0,82, oproti našemu výsledku 0,69) a zkušenost s procesem umírání (0,80, oproti našemu výsledku 0,54).

Výsledky

Míra významnosti jednotlivých určujících znaků ošetřovatelské diagnózy úzkost ze smrti

Z analyzovaných dat vyplývá míra významnosti jednotlivých určujících znaků. U našich respondentů můžeme mezi hlavní charakteristiky dle váženého skóre (VS) zařadit: strach z bolesti spojené s umíráním (VS 0,98); strach z utrpení spojeného s umíráním (VS 0,95); strach z procesu umírání (VS 0,94); strach ze ztráty duševních schopností v období umírání (VS 0,94); strach z prodlužovaného umírání (VS 0,91).

Po diferenciaci dat vztažených k pohlaví respondentů je patrný rozdíl v charakteristické významnosti jednotlivých určujících znaků. U žen bylo vážené skóre v průměru vyšší o 0,10, než u mužů. Mezi muži se rovněž objevilo o 2 hlavní charakteristiky méně než u žen.

Při porovnání výsledků mezi pacienty na základě výskytu úzkosti bylo zjištěno, že vyšší míra významnosti jednotlivých určujících znaků je patrná u skupiny respondentů, jež trpěli vážnější formou úzkosti. Do skupiny s vážnější formou úzkosti byli zařazeni ti respondenti, u nichž výsledek Beckova inventáře úzkosti přesáhl 18 bodů. U skupiny s vážnější formou úzkosti se vyskytovalo celkem 8 hlavních charakteristik, přičemž nejvýznamnější charakteristikou byl strach z bolesti spojené s umíráním (0,98), následovaný strachem z utrpení spojeného s umíráním (0,97), strachem z procesu umírání (0,97), strachem z prodlužovaného umírání (0,95), strach ze ztráty duševních schopností v období umírání (0,93), bezmocnosti (0,87), strachem z rozvoje nevyléčitelného onemocnění (0,83) a z negativních myšlenek spojených se smrtí a umíráním (0,83). U těchto respondentů se rovněž vyskytovaly vedlejší charakteristiky, které byly celkem 4. Mezi vedlejší charakteristiky můžeme po analýze dat zařadit strach z předčasné smrti (0,78), hluboký smutek (0,70), obavy nad dopadem vlastní smrti na důležité blízké osoby (0,68) a obavy ze zátěže pečovatele (0,62). U skupiny respondentů s žádnou, nebo mírnou úzkostí můžeme pozorovat o 3 hlavní charakteristiky méně než u skupiny se střední až vážnou úzkostí. Mezi hlavní charakteristiky u této skupiny můžeme zařadit strach z bolesti spojené s umíráním (0,95), strach ze ztráty duševních schopností v období umírání

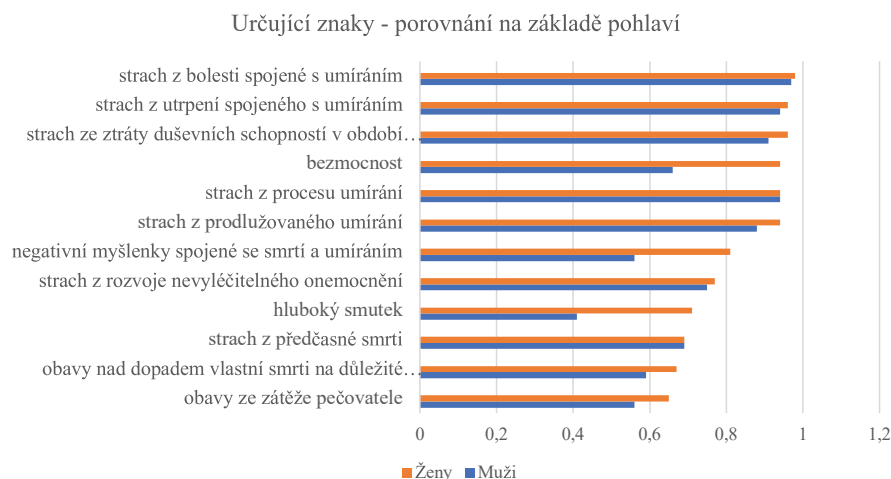
(0,95), strach z utrpení spojeného s umíráním (0,90), strach z procesu umírání (0,85) a strach z prodlužovaného umírání (0,80). Vedlejší charakteristiky se u této skupiny respondentů objevily 3 a patří mezi ně bezmocnost (0,70), obavy ze zátěže pečovatele (0,60) a strach z rozvoje nevyléčitelného onemocnění (0,55). Celkem 4 určující znaky byly u této skupiny necharakteristické.

Míra významnosti jednotlivých souvisejících faktorů ošetrovateľské diagnózy úzkost ze smrti

Z analyzovaných dat bylo zjištěno, že u respondentů se vyskytovala pouze jedna hlavní charakteristika, kterou bylo předvídání bolesti (0,85). Mezi vedlejší charakteristiky můžeme zařadit vnímání blízkosti smrti (0,70), předvídání utrpení (0,69), předvídání dopadu smrti na druhé (0,65), vyrovnání se s faktem nevyléčitelného onemocnění (0,65), pozorování související se smrtí (0,59), nejistota ohledně existence vyšší moci (0,56), nejistá prognóza (0,56) a zkušenost s procesem umírání (0,54). Z analyzovaných dat můžeme vyčíst, že míra významnosti u souvisejících faktorů byla výraznější pro ženy. U žen byla míra významnosti dle váženého skóre v průměru vyšší o 0,10 než u mužů. U žen se rovněž vyskytovalo o 5 vedlejších charakteristik více než u mužů.

I v případě souvisejících faktorů byla zaznamenána vyšší míra významnosti jednotlivých charakteristik u skupiny respondentů s vážnější formou úzkosti. U těchto pacientů byl zaznamenán výskyt 2 hlavních charakteristik, kterými jsou předvídání bolesti (0,87) a vnímání blízkosti smrti (0,80). Dále můžeme pozorovat výskyt celkem 11 vedlejších charakteristik. U skupiny respondentů, kteří trpěli mírnou nebo žádnou úzkostí se neobjevila žádná hlavní charakteristika. Mezi vedlejšími charakteristikami se objevily pouze 3 související faktory. Z analyzovaných dat můžeme vyčíst, že míra významnosti u souvisejících faktorů byla výraznější pro ženy. U žen byla míra významnosti dle váženého skóre v průměru vyšší o 0,10 než u mužů. U žen se rovněž vyskytovalo o 5 vedlejších charakteristik více než u mužů.

Graf 1. Určující znaky – porovnání na základě pohlaví

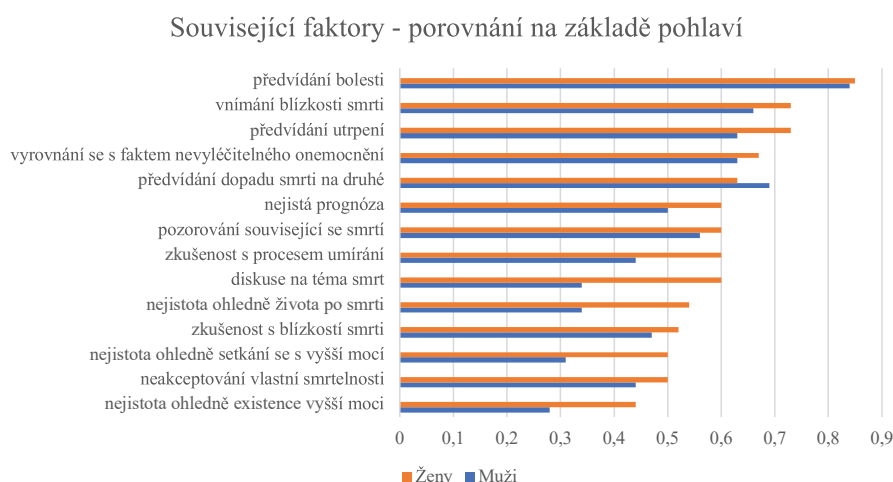


Tabulka 2. Určující znaky vztažené k výskytu úzkosti

Určující znak	více než 18	méně než 18
obavy ze zátěže pečovatele	0,62	0,60
hluboký smutek	0,70	0,25
strach z rozvoje nevyléčitelného onemocnění	0,83	0,55
strach ze ztráty duševních schopností v období umírání	0,93	0,95
strach z bolesti spojené s umíráním	0,98	0,95
strach z předčasné smrti	0,78	0,40
strach z prodlužovaného umírání	0,95	0,80
strach z utrpení spojeného s umíráním	0,97	0,90
strach z procesu umírání	0,97	0,85
negativní myšlenky spojené se smrtí a umíráním	0,83	0,35
bezmocnost	0,87	0,70
obavy nad dopadem vlastní smrti na důležité blízké osoby	0,68	0,50

Legenda: tmavě modrý odstín – hlavní charakteristiky, světle modrý odstín – vedlejší charakteristiky.

Graf 2. Související znaky – porovnání na základě pohlaví



Závěr

V rámci výzkumu bylo zjištěno, že za nejvýraznější určující znaky ošetrovateľské diagnózy Úzkost ze smrti (00147) lze považovat strach spojený s bolestí a utrpením během procesu umírání.

Nejvýraznější související faktor, jež byl identifikován, je předvídání bolesti. Dle Kisvetrové byla nejvyšší frekvence zaznamenána u určujících znaků negativní myšlenky spojené se smrtí a umíráním a hluboký smutek. Toto průzkumné

šetření však nepracovalo s vyjádřením jednotlivých pacientů, ale všeobecných sester, které měly stanovit, na základě jakých diagnostických signálů usuzují, že pacienti trpí úzkostí ze smrti. Deskriptivní studie autorů Fernández et al. (2018) zabývající se validizací ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti (00147) z pohledu všeobecných sester ve Španělsku, přišla s podobnými výsledky jako náš výzkum. Studie pracovala na principu modelu klinické diagnostické validity. Dle výsledků byla v případech určujících znaků přiřazena nevyšší významnost charakteristikám strach z utrpení spojeného s umíráním (0,88) strach z prodlužovaného umírání (0,85), strach z bolesti spojené s umíráním (0,84) a strach z procesu umírání (0,84). Byť byly výsledné hodnoty u našeho výzkumu mírně vyšší, tak jejich pořadí v celkovém výčtu určujících znaků víceméně korespondovalo. Výsledky u souvisejících faktorů se oproti našim výsledkům mírně lišily. Zde byla zpozorována nejvyšší významnost u vnímání blízkosti smrti (0,84, oproti našemu výsledku 0,70), vyrovnání se s faktem nevyléčitelného onemocnění (0,84, oproti našemu výsledku 0,65), předvídání utrpení (0,82, oproti našemu

výsledku 0,69) a zkušenost s procesem umírání (0,80, oproti našemu výsledku 0,54). Podle průzkumné observační studie autorů Renz et al. (2017), uskutečněné s 80 pacienty oddělení paliativní péče ve Švýcarsku, se až 93,8 % pacientů setkala s bolestí. Z tohoto zjištění lze usuzovat zvýšený výskyt strachu z bolesti u pacientů v lůžkovém hospici. Studie rovněž přišla se závěrem, že v závěru života jsou bolest, strach a popření úzce spojeny, ovšem netrvají konstantně, jelikož se střídá období bezpříznakové s obdobím příznakovým. Data získaná prostřednictvím tohoto výzkumného šetření mohou významným způsobem práci sester zjednodušit. Z předložených výsledků vyplývá, které určující znaky a související faktory mají nevyšší charakteristickou významnost a sestry se na ně během diagnostiky mohou více zaměřit.

Limitace studie

Za limitaci této studie považujeme především omezený vzorek respondentů a absenci vyjádření všeobecných sester, jež pracují v hospicových zařízeních napříč Českou republikou. Nelze však opomenout, že výsledky jsou přínosné a mohou sloužit při nejmenším k zamyšlení.

Literatura

- 1.] HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
2. KISVETROVÁ, H. Péče v závěru života. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-734-5496-8.
3. MARKOVÁ, M. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
4. SLÁMA, O., et al. Paliativní medicína pro praxi. 2. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
5. NANDA International [online]. Mountain: NANDA International, 2018-2020 [cit. 10. 11. 2019]. Dostupné z: <https://www.nanda.org/>.

Poděkování

Na závěr bychom chtěli upřímně poděkovat všem pacientům, kteří se zúčastnili našeho výzkumného šetření. Obrovské poděkování rovněž patří vedení lůžkového Hospice sv. Lukáše v Ostravě za vstřícnost a ochotu realizovat výzkumné šetření v tomto zařízení.

PhDr. Zdeňka Římovská, Ph.D.

Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik v Opavě

Zkušenosti pracovníků v sociálních službách s průběhem a výsledky supervizí

Doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.¹, Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.², Mgr. Martina Ležáková, DiS.³

¹ Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně; Středomoravská nemocniční a. s. – Nemocnice Prostějov, Česká republika

² Katedra křesťanské sociální práce, Cyrilometodějská teologická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci, Česká republika

³ Hospic na sv. Kopečku v Olomouci, Česká republika

Poskytovatel sociálních služeb je dle platné legislativy povinen zajistit pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je sociální služba poskytována, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka. Tato podpora nejčastěji probíhá formou supervizí. Cílem supervize je umožnit profesionální rozvoj pracovníka a jeho podporu při řešení stresujících situací, které s jeho prací souvisejí. Efektivita této metody nebyla dosud podrobně analyzována a studie zaměřené na toto téma jsou zatím v České republice velmi sporadické. Cílem práce je představení dotazníku, který by mohl být v budoucnu využit ke zjišťování názorů pracovníků na supervizi. Zároveň jsou prezentovány zajímavé výsledky ze studie, která byla realizovaná v podmínkách českého prostředí.

Klíčová slova: sociální služby, supervize, standardy kvality

Experience of workers in social services with the course and results of supervision

The social service provider is obliged to provide the support of a qualified independent expert for employees who perform direct work with persons to whom the social service is imparted. This support is often presented as a form of supervision. The aim of supervision is enabling the professional development of the worker and support him/her in dealing with stressful situations related to his /her work. The effectiveness of the presented has not been yet analysed. Also, studies related to this topic have been unique in the Czech Republic. This work aims to present a questionnaire that could be used in the future to ascertain the opinions of workers on supervision. At the same time, some impressive results from the study, which was carried out in the Czech environment are available.

Key words: social services, supervision, quality standards

Paliat. med. liec. boles., 2020;13(1-2e):31-35

Úvod

Standardy kvality sociálních služeb doporučené Ministerstvem práce a sociálních věcí od roku 2002 se staly právním předpisem závazným od 1.1.2007 (1). Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ukládá poskytovateli sociálních služeb následující povinnost: „Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.“

Pro zajištění podpory nezávislého odborníka bývá obvykle využívána supervize. Z důvodu možných nepřesností ve vymezení tohoto pojmu uvádíme následující definici:

„... supervizi rozumíme bezpečnou, laskavou a obohacující zkušenost.

Supervizor má být průvodcem, který pomáhá supervidovanému jedinci, týmu, skupině či organizaci vnímat a reflektovat vlastní práci a vztahy, nacházet nová řešení problematických situací. Supervize může být zaměřena na prohloubení prožívání, lepší porozumění dané situaci, uvolnění tvořivého myšlení a rozvoj nových perspektiv profesního chování. Současně může být supervize také modelem učení. Cílem supervize tak může být vyšší uspokojení z práce, zvýšení její kvality a efektivity, prevence profesního vyhoření“ (2).

V současnosti je nezbytné, aby zaměstnavatelé nabídli svým zaměstnancům pravidelnou a efektivní péči o své zaměstnance, vytvořili jim podmínky pro bezpečnou komunikaci, kladení otázek a hledání cest v jejich každodenních profesních dilematech, jež supervize nabízí. Supervizi vnímáme jako jednu z možných cest k tomu, aby zdravotníci a sociální pracovníci znali svou profesní roli, rozsah svých stanovených kompetencí

a byli schopni přijmout odpovědnost za svou práci. Aby poskytovaná péče odpovídala platným předpisům a standardům. Neméně důležitá je u zdravotnických a sociálních pracovníků reflexe vlastní práce, která pomáhá zmíněné teoretické znalosti přenášet do vlastní praxe a učit se z prožitého. Podpora a práce s emocemi je u zdravotnických a sociálních pracovníků klíčová (4).

Metodika výzkumné studie

Supervize by pro pracovníky neměla znamenat další zátěž, ale měly by mimo jiné přinášet příležitost k sebe-reflexi, další vzdělávání a psychickou podporu. Z tohoto pohledu jde o určité privilegium pro pracovníky ve vymezených pomáhajících profesích.

Z praxe je známo, že názory pracovníků na supervizi, kterou již absolvovali a to častokrát opakovaně, bývají často poměrně kritické či přinejmenším skeptické. Naším cílem bylo tyto názory podchytit, zjistit častost výskytu různých

někdy protichůdných názorů a zamyslet se nad příčinami tohoto jevu. Metodika této studie spočívala v rozeslání dotazníku sociálním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách. Znění dotazníku s vysvětlujícím textem je uvedeno v příloze 1. Dotazník byl vyplňován anonymně. Základní otázka k tvorbě dotazníku zněla: Jak nahlížíte na supervizi pracovníci v zařízeních poskytujících rezidenční sociální služby? Zkonstruovaný dotazník, vedle řady otázek zaměřených na zjištění relevantních informací nezbytných k naplnění cíle studie, obsahoval i otevřené otázky, pomocí nichž byly sledovány i kvalitativní aspekty sledovaných skutečností. Vytvořený dotazník obsahoval 14 otázek. 4 otázky zjišťovaly věk respondenta, typ zařízení, ve kterém pracuje, pracovní pozici a délku praxe na uvedené pozici. Další otázky byly zaměřeny na vymezení pojmu supervize, cíle supervize, zkušenosti respondentů se supervizemi a efektivitu supervize podle respondentů.

Výsledky

V úvodní části dotazníku nás zajímalo, co si samotní respondenti představují pod pojmem supervize. Respondenti se mohli vyjádřit svými slovy podle vlastního uvážení. Odpovědi respondentů lze rozdělit do 4 oblastí.

- **supervizor:** setkání se supervizorem, kde si mohou pohovořit o pracovních potížích; vstřícná partnerská podpora; rozhovory o různých situacích; odborná pomoc zvenčí při řešení problémů; výměna poznatků, rady a zkušenosti v dané oblasti; nezaujaté stanovisko k problémům;
- **přístup ke klientům:** zvýšení profesionality v péči o klienty;
- **přístup k supervidovanému:** prevence vyhoření; zvýšení profesionality v péči o klienty; celoživotní nástroj pro rozvoj pracovníků; určitá vize, cesta, zkušenost; psychologická metoda, která by měla pomáhat pracovníkům pečujícím o klienty;
- **pracovní vztahy na pracovišti:** vyřešení problémů na pracovišti; analýza pracovních postupů, zlepšování fungování zařízení, zlepšení komunikace mezi spolupracovníky; diskuse o negativních jevech v pracovním ko-

lektivu a možnostech jejich nápravy; zlepšení pracovní kázně a domluvy; zvládání psychické zátěže; zvládání krizových situací; kolektivní podpora; psychoterapie pro zaměstnance.

U 25 respondentů lze zjistit vazbu termínu supervize s očekáváním pomoci a podpory (v odpovědích používaná slova pomoc, podpora, řešení, zlepšení, psychoterapie, zvládání).

Dalších 10 respondentů vidí v supervizi možnost diskuze s předáváním rad a zkušeností, aniž by verbalizovali očekávání nějaké pomoci či podpory (což však nelze vyloučit).

I další otázka byla otevřená a zněla „Jaké má dle Vašeho názoru supervize cíle?“. Jednotlivé výroky respondentů jsme rozdělili do 5 oblastí:

- **hledání řešení různých problémových situací na pracovišti:** ukázat na možnosti řešení ve složitých situacích; pomoc při řešení různých problémů na pracovišti a v kolektivu; vyřešení konfliktních situací, mezilidské vztahy, pracovní problémy; napomáhá řešit problémové situace v zařízení, měla by napomáhat k zlepšení vztahů v kolektivu; vyřešení konfliktních situací na pracovišti; řešení problémů na pracovišti; zlepšit funkčnost kolektivu a zvládání krizových situací; pomáhá řešit složité situace v týmu nebo s uživatelem;
- **zlepšování vztahů na pracovišti:** vnímat vlastní vztah k práci, vztahy na pracovišti, možnosti řešení různých situací ve vztahu ke klientům a rodinám, kolegům nastolit řád, využít čas k setkání pracovníků a prodiskutovat společné problémy a hledat společně řešení k lepšímu fungování; cílů je hodně, zlepšení vztahů na pracovišti, lepší komunikace navzájem, stanovení priorit, zodpovědnost, vzájemná propojenost, prodiskutovat problémy a ožehavá témata a snažit se je efektivně řešit, nacházet možnosti jak dál a jak vše zlepšit; upevnit vztahy v kolektivu; změna k lepším vztahům na pracovišti; přispívá ke zlepšení kvality ovzduší v kolektivu, pomáhá řešit problémové situace v zařízení;
- **hledání cest ke zvýšení kvality práce:** zvýšení kvality a efektivitu práce, prevence vyhoření, profesní rozvoj, rozvoj

silných stránek supervidované osoby, týmu, zpětná vazba; zkvalitnění péče a vztahů; zvýšení kvality práce, prevence syndromu vyhoření; zlepšovat úroveň práce a vylepšovat zvládání krizových situací; pomoci pracovníkům vypořádat se s určitými problémy a vhodně motivovat klienty; zlepšit přístup k péči o klienty, zlepšit komunikaci v týmu, a týmu s klienty; zlepšit (vyřešit problémy); informovat pracovníky o změnách v sociálních službách, pomoc při řešení problémů na pracovišti;

- **jiné:** v mém případě se žádné cíle nedostavují (hon na myš); bohužel žádné, že bude něco lepší; problémy na pracovišti.

Jak patrně, téměř všichni respondenti vidí cíl anebo cíle supervize v hledání řešení různých problémových situací na pracovišti, v zlepšování vztahů na pracovišti, v hledání cest ke zvýšení kvality práce a v psychické podpoře, která dle některých je vyjádřena jako prevence syndromu vyhoření. Dva respondenti se projevují skepticky, kdy patrně na podkladě vlastní zkušenosti shledávají, že „cíle supervize nejsou žádné“.

Třetí kontrolní otázka ověřovala, zda se respondenti setkávají se supervizí na svém pracovišti.

Kladně odpovědělo 33 respondentů, ale 2 respondenti, kteří supervize na svých pracovištích popřeli, zřejmě zápornou odpověď zadrželi omylem, protože v dalších částech se k probíhajícím supervizím vyjadřovali. Lze tedy oprávněně předpokládat, že všichni z 35 respondentů se se supervizemi na svých pracovištích setkávají.

Navazující otevřená otázka zjišťovala, jak často se respondenti se supervizí setkali. Frekvenci supervize uvádí níže uvedená tabulka:

Pátá otázka byla uzavřená a zjišťovala, zda bývají supervize na pracovišti respondentů prováděny pro vedoucí pracovníky odděleně od supervizí určených pro jejich podřízené. Respondenti měli možnost odpovědět „ano“, „ne“, „oba typy“. 22 respondentů uvedlo, že supervize na pracovištích pro vedoucí pracovníky byly prováděny odděleně od supervizí určených pro jejich podřízené. Záporně odpovědělo 5 respondentů. Obě možnosti zahrlo 8 respondentů.

Tabulka 1. Frekvence supervize

Frekvence supervize	Počet odpovedí
2 až 4 supervize během roku	26
Vyjádřilo se nepřesně či neurčitě (se supervizi se setkávají málo, nahodile, dle potřeb pracoviště)	6
Nevyjádřili se vůbec	3

Tabulka 2. Přínos skupinové supervize

	Tvrzení	Počet respondentů, kteří zvolili tuto odpověď
I.	Supervize je mimořádně efektivní metoda k řešení problémů na pracovišti. Nelze ji nahradit žádnou jinou metodou a její využívání se na pracovišti vždy kladně projevuje. Při supervizi se vždy projevují aktivně. Nikdy se neobávám otevřeně vyjádřit svůj názor.	2
II.	Supervize je efektivní metoda k řešení problémů na pracovišti, ve většině případů přináší řešení obtížných situací na pracovišti. Při supervizi se většinou projevují aktivně. Zpravidla se neobávám vyjádřit otevřeně svůj názor.	6
III.	Supervize je efektivní metoda k řešení problémů na pracovišti. Ve většině případů přináší řešení obtížných situací na pracovišti, rozhodně však nemívá negativní důsledky. Při projevování svých názorů se však snažím být raději opatrný/a, dokážu však sdělit svůj názor.	3
IV.	Supervize může být efektivní metodou k řešení problémů na pracovišti. Asi v polovině případů přináší řešení obtížných situací na pracovišti, asi v polovině případů však problémy na pracovišti nevyřeší. V některých výjimečných případech se lze setkat i s negativními, ale vcelku nezávažnými důsledky supervize například v oblasti pracovních vztahů. Při projevování svých názorů se snažím být raději opatrný/a, vždy pečlivě volím slova, ale svůj názor sdělím.	6
V.	Supervize může být efektivní metodou k řešení problémů na pracovišti, která u malé části řešených případů přináší řešení obtížných situací. Za určitých okolností však může mít pro pracovní kolektiv či jednotlivce negativní důsledky, které mohou být nepříjemné. Často se vyhýbám otevřenému sdělení svého názoru.	4
VI.	Supervize může být efektivní metodou k řešení problémů na pracovišti. U části řešených případů přináší řešení obtížných situací na pracovišti, ale za určitých okolností může mít pro pracovní kolektiv či jednotlivce negativní důsledky, které mohou být závažné, proto k supervizi přistupuji již předem s nedůvěrou a obavami. Většinou se vyhýbám otevřenému sdělení svého názoru.	3
VII.	Supervize může být efektivní metodou k řešení problémů na pracovišti, která u části řešených případů přináší řešení obtížných situací. Za určitých okolností může mít pro pracovní kolektiv či jednotlivce negativní důsledky, které mohou být závažné. Proto k supervizi přistupuji již předem s nedůvěrou a obavami. Do diskuzí se snažím nevstupovat. V případech, kdy jsem k vyjádření svého názoru supervizorem či supervizorkou přímo vyzván/a, reaguji často vyhýbavě a do ožehavých témat se většinou nepouštím.	3
VIII.	Supervize není vhodnou metodou k řešení problémů na pracovišti. Jen zcela výjimečně přináší řešení obtížných situací na pracovišti. Častěji mívá pro pracovní kolektiv či jednotlivce negativní důsledky, které mohou být závažné. Proto k supervizi přistupuji již předem s nedůvěrou a obavami. Do diskuzí se snažím nevstupovat. V případech, kdy jsem k vyjádření svého názoru supervizorem či supervizorkou přímo vyzván/a, reaguji často vyhýbavě a do ožehavých témat se nikdy nepouštím.	0
IX.	Supervizi hodnotím pro sebe i pro prostředí na pracovišti jako zcela škodlivou a nežádoucí. Nic nevyřeší a přináší zhoršení situace na pracovišti. Proto k supervizi přistupuji již předem s nedůvěrou a obavami. Do diskuzí se snažím zásadně nevstupovat. V případech, kdy jsem k vyjádření svého názoru supervizorem či supervizorkou přímo vyzván/a, raději mlčím anebo svůj názor zastírám.	3
X.	Supervizi hodnotím pro sebe i pro prostředí na pracovišti jako zcela škodlivou a nežádoucí. Přispívá nejen k vyvolávání konfliktů mezi zaměstnanci, ale vedení pracoviště dokonce zneužívá výsledky supervize k postihu podřízených. Do diskuzí se snažím zásadně nevstupovat. V případech, kdy jsem k vyjádření svého názoru supervizorem či supervizorkou přímo vyzván/a, častokrát zapru svůj názor a raději sdělím nepravdivé či zkreslené údaje, abych si v zaměstnání nepohoršil/a.	3, z nichž však jeden bez obav vyjádří svůj názor
XI.	Nemám zkušenosti se skupinovou supervizí.	2

Zajímalo nás, zda respondenti po supervizi odchází s pocitem psychické úlevy či dokonce s nadějí, že se objevují vhodná řešení pro situace, které respondenty na pracovišti stresují. Respondentům jsme položili uzavřenou otázku s možnostmi volby: a) ano, vždy; b) ano, většinou; c) ano, asi v polovině případů; d) spíše výjimečně; e) nikdy; f) nemáme na pracovišti supervize. Na tuto otázku odpovědělo 34 respondentů, 1 se nevyjádřil. S pocitem psychické úlevy či dokonce s nadějí, že se objevují vhodná řešení pro situace, které respondenty na pracovišti stresují, odchází vždy anebo většinou 9 respondentů, spíše výjimečně či nikdy však nemá tuto pozitivní zkušenost 24 respondentů.

Na další otázku měli odpovědět pouze respondenti, kteří mají zkušenost se skupinovou supervizí. Byly vytvořeny položky o 10 tvrzeních, které si mohli respondenti vybrat. V níže uvedené tabulce uvádíme přínos skupinové supervize podle vyjádření samotných respondentů.

Počet respondentů, kteří zvolili konkrétní odpověď, je u této příslušné odpovědi zaznamenán. Pozitivní zkušenosti se supervizemi vyjádřilo 11 respondentů, dalších 6 respondentů v supervizi vidí rovněž pozitivní stránku, ale nacházejí i riziko negativních důsledků supervize pro vztahy na pracovišti. Na druhém názorovém pólu se nachází 12 respondentů, kteří přistupují k supervizi s obavami z jejich negativních důsledků. Z těchto dvanácti respondentů uvádí 6 respondentů zhoršení situace na pracovišti v důsledku supervize a přiznává svou snahu zcela se na ní vyhnout vyjádření svých názorů.

Respondenti, kteří na předchozí otázku odpověděli zatržením odpovědi číslo I. až IV. měli dále uvést, v jaké oblasti jejich pracovní činnosti pokládají supervizi za nejvíce přínosnou (mohli zatrhnout i více odpovědí). Největší přínos je respondenty uváděn v zlepšení interpersonálních vztahů na pracovišti (14 respondentů) a ve zlepšení komunikace se spoluzaměstnanci (13 respondentů), ale také i s nadřízenými (10 respondentů). 12 respondentů vnímá supervizi přínosnou z hlediska zvládnutí psychické zátěže. 7 respondentů nepovažuje supervize za

Dotazník - poučení pro respondenty a vlastní text dotazníku

Jako nejčastější forma podpory sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách je využívána supervize. Z praxe je známo, že názory pracovníků na supervizi, kterou již absolvovali, bývají často poměrně kritické či přinejmenším skeptické. Naším cílem je tyto názory podchytit, zjistit častost jejich výskytu a zamyslet se nad příčinami tohoto jevu. Dovolujeme si obrátit se na Vás v rámci studie, jejímž cílem je zmapovat výskyt tohoto problému. Zvolenou metodikou výzkumu je níže uvedený dotazník. Jeho vyplnění Vám nezabere více než 10 až 15 minut. Dotazník je anonymní.

Dotazník

1. Uveďte, prosím, Váš věk:
2. Pracujete v (uveďte pouze obecný název instituce bez bližšího určení, například domov pro seniory, lůžkové zdravotnické zařízení apod.):.....
3. Pracujete jako: a) sociální pracovník; b) pracovník v sociálních službách; c) na jiné pozici
4. Jaká je délka Vaší praxe na uvedené pozici?
5. Vysvětlete, prosím, co si představujete pod pojmem supervize:
6. Uveďte, prosím, jaké má dle Vašeho názoru supervize cíle:
7. Setkáváte se se supervizemi i na Vašem pracovišti? ANO NE
8. Pokud se na Vašem pracovišti se supervizemi setkáváte, pokuste se uvést, jak často:
9. Bývají supervize na Vašem pracovišti prováděny pro vedoucí pracovníky odděleně od supervizí určených pro jejich podřízené? ANO NE OBA TYPY
10. Odcházíte po supervizi s pocitem psychické úlevy či dokonce s nadějí, že se objevují vhodná řešení pro situace, které Vás na pracovišti stresují? a) ano, vždy; b) ano, většinou; c) ano, asi v polovině případů; d) spíše výjimečně e) nikdy
11. Tuto otázku zodpovzte pouze v případě, že máze zkušenosti se skupinovou supervizí. Pokud byste měl/a zhodnotit přínos skupinové supervize číselnou známku, zakroužkujte číslo od I do X. U každého čísla naleznete slovní vysvětlení.

I. – Supervize je mimořádně efektivní metoda k řešení problémů na pracovišti. Nelze ji nahradit žádnou jinou metodou a její využívání se na pracovišti vždy kladně projevuje. Při supervizi se vždy projevují aktivně. Nikdy se neobávám otevřeně vyjádřit svůj názor.

II. – Supervize je efektivní metoda k řešení problémů na pracovišti, ve většině případů přináší řešení obtížných situací na pracovišti. Při supervizi se většinou projevují aktivně. Zpravidla se neobávám vyjádřit otevřeně svůj názor.

III. – Supervize je efektivní metoda k řešení problémů na pracovišti. Ve většině případů přináší řešení obtížných situací na pracovišti, rozhodně však nemívá negativní důsledky. Při projevování svých názorů se však snažím být raději opatrný/á, dokážu však sdělit svůj názor.

IV. – Supervize může být efektivní metodou k řešení problémů na pracovišti. Asi v polovině případů přináší řešení obtížných situací na pracovišti, asi v polovině případů však problémy na pracovišti nevyřeší. V některých výjimečných případech se lze setkat i s negativními, ale vcelku nezávažnými důsledky supervize například v oblasti pracovních vztahů. Při projevování svých názorů se snažím být raději opatrný/á, vždy pečlivě volím slova, ale svůj názor sdělím.

V. – Supervize může být efektivní metodou k řešení problémů na pracovišti, která u malé části řešených případů přináší řešení obtížných situací. Za určitých okolností však může mít pro pracovní kolektiv či jednotlivce negativní důsledky, které mohou být nepříjemné. Často se vyhýbám otevřenému sdělení svého názoru.

VI. – Supervize může být efektivní metodou k řešení problémů na pracovišti. U části řešených případů přináší řešení obtížných situací na pracovišti, ale za určitých okolností může mít pro pracovní kolektiv či jednotlivce negativní důsledky, které

mohou být závažné, proto k supervizi přistupuji již předem s nedůvěrou a obavami. Většinou se vyhýbám otevřenému sdělení svého názoru.

VII. – Supervize může být efektivní metodou k řešení problémů na pracovišti, která u části řešených případů přináší řešení obtížných situací. Za určitých okolností může mít pro pracovní kolektiv či jednotlivce negativní důsledky, které mohou být závažné. Proto k supervizi přistupuji již předem s nedůvěrou a obavami. Do diskuzí se snažím nevstupovat. V případech, kdy jsem k vyjádření svého názoru supervizorem či supervizorkou přímo vyzván/a, reaguji často vyhýbavě a do ožehavých témat se většinou nepouštím.

VIII. – Supervize není vhodnou metodou k řešení problémů na pracovišti. Jen zcela výjimečně přináší řešení obtížných situací na pracovišti. Častěji mívá pro pracovní kolektiv či jednotlivce negativní důsledky, které mohou být závažné. Proto k supervizi přistupuji již předem s nedůvěrou a obavami. Do diskuzí se snažím nevstupovat. V případech, kdy jsem k vyjádření svého názoru supervizorem či supervizorkou přímo vyzván/a, reaguji často vyhýbavě a do ožehavých témat se nikdy nepouštím.

IX. – Supervizi hodnotím pro sebe i pro prostředí na pracovišti jako zcela škodlivou a nežádoucí. Nic nevyřeší a přináší zhoršení situace na pracovišti. Proto k supervizi přistupuji již předem s nedůvěrou a obavami. Do diskuzí se snažím zásadně nevstupovat. V případech, kdy jsem k vyjádření svého názoru supervizorem či supervizorkou přímo vyzván/a, raději mlčím anebo svůj názor zastírám.

X. – Supervizi hodnotím pro sebe i pro prostředí na pracovišti jako zcela škodlivou a nežádoucí. Přispívá nejen k vyvolávání konfliktů mezi zaměstnanci, ale vedení pracoviště dokonce zneužívá výsledky supervize k postihu podřízených. Do diskuzí se snažím zásadně nevstupovat. V případech, kdy jsem k vyjádření svého názoru supervizorem či supervizorkou přímo vyzván/a, častokrát zapru svůj názor a raději sdělím nepravdivé či zkrácené údaje, abych si v zaměstnání nepohoršil/a.

12. Pokud pokládáte supervize za přínosné, což znamená, že jste na předchozí otázku odpověděl/a zatržením odpovědi číslo I až IV, pak uveďte, v jaké oblasti Vaší pracovní činnosti pokládáte supervizi za nejvíce přínosnou (lze zatrhnout i více odpovědí):

a) zvýšení své odbornosti a profesionality při práci s klientem,

b) zlepšení interpersonálních vztahů na pracovišti,

c) zlepšení komunikace se spoluzaměstnanci,

d) zlepšení komunikace s nadřízenými,

e) snazší zvládání psychické zátěže,

f) zvýšení motivace a odhalení dalších perspektiv při práci.
13. Pokud pokládáte supervize za nepřínosné či zcela nežádoucí, uveďte, s jakými negativními jevy v důsledku provedené supervize jste se setkal/a:
14. Domníváte se, že dosažení pozitivních výsledků je závislé na osobnosti supervizora či supervizorky? Ohodnoťte vliv supervizora či supervizorky na pozitivní výsledky supervize pomocí škály, která hodnotí tento vliv v procentech (prosím, zakroužkujte jednu z možností): 0% (osobnost supervizora nemá žádný vliv na pozitivní výsledky supervize), 10%, 20%, 30%, 40%, 50%, 60%, 70%, 80%, 90%, 100% (na osobnosti supervizora závisí kvalita a přínos supervize zcela).
15. Domníváte se, že dosažení pozitivních výsledků supervize zaměřené na interpersonální vztahy na pracovišti závisí na přístupu Vašeho nadřízeného? Ohodnoťte vliv této osoby na možnost dosáhnout pozitivních výsledků supervize pomocí škály, která hodnotí tento vliv v procentech (prosím, zakroužkujte jednu z možností): 0% (osobnost nadřízené osoby nemá žádný vliv na pozitivní výsledky supervize), 10%, 20%, 30%, 40%, 50%, 60%, 70%, 80%, 90%, 100% (na osobnosti nadřízené osoby závisí kvalita a přínos supervize zcela).
16. Pokud nám chcete sdělit cokoliv, co s tématem supervize souvisí, máte možnost se vyjádřit zde. Vždy však uveďte poznámku, zda se Vaše informace týká individuální či skupinové supervize.

přínosné. 6 respondentů uvedlo, že díky supervizi si zvyšuje svou odbornou a profesionalitu při práci s klienty. Na 5 respondentů působí supervize motivačně a odhaluje další perspektivy v práci. 1 respondent na otázku neodpověděl.

Pokud respondenti pokládají supervizi za nepřínosnou či zcela nežádoucí, zajímalo nás, s jakými negativními jevy v důsledku supervize se setkali. Ze získaných odpovědí byla vytvořena syntéza vyjádření – bylo stanoveno 10 „statements“:

1. Supervize není nebo je jen málo přínosná.
2. Supervize nemá být provedena s vedením zařízení.
3. Supervizorka měla zájem věc řešit, byla jí však ukončena činnost, pro personál zcela nepochopitelné.
4. Supervize je ztráta času.
5. Supervize rozvrací kolektiv a nic neřeší.
6. Supervize nevede ke zlepšení komunikace s nadřízenými.
7. Supervizi se nic k lepšímu nemění.
8. Supervidování přistupují k supervizi negativně.
9. K výsledkům ze supervize není přihlíženo vedením zařízení.
10. Supervize je brána jako formální splnění legislativních požadavků.

Své negativní zkušenosti se supervizemi vyjádřilo 16 respondentů, což je téměř polovina ze všech dotazovaných. 5 respondentů uvádí špatnou spolupráci supervizora s vedením, 5 respondentů sděluje zhoršení vztahů na pracovišti v důsledku supervize.

Možnosti vyjádřit se volně k problematice supervizí využilo 8 responden-

tů, z nichž 6 podává negativní komentář. Dva respondenti upozorňují na vhodnost oddělené supervize pro personál a pro vedoucí pracovníky: „Záleží na způsobu vedení supervizí a mají být oddělené (personál a vedení)“ a „Skupinová supervize by měla probíhat odděleně od nadřízených, ve společné skupině se to negativně promítá do další práce a vztahů“. Jeden respondent uvádí případ, kdy byl supervizor, který zjistil výsledky „nepříjemné pro vedení“ vedoucím pracovníkem odvolán – „Pokud budou výsledky supervize nepříjemné pro vedení, mělo by se k tomu postavit čelem, ne odvolat supervizora“. Jeden respondent se radikálně staví za zrušení supervizí „Zrušte supervize a bude nám dobře“, další respondent je označuje za ztrátu času „skupinová supervize – zúčastňuji se již více než 11 let, při zahájení úžasná psycholožka, skupina homogenní 12-13 lidí, dodržovala se pravidla, vzájemná podpora, cesta jak řešit problémy, různé úhly pohledů pracovníků na různých pracovních pozicích, nyní – nezájem supervizora, pocit ohrožení – vynášení informací, účastníci berou supervizi jako ztrátu času“. Další respondenti se k supervizi vyjádřili následovně: „Zkušenosti se supervizemi teprve získáváme, vnímám je jako velmi přínosné, stále je co zlepšovat, každý, kdo pečuje o lidi, musí na sobě pracovat“, „Supervizorka je hodná, příjemná, ale nic se nemění k lepšímu“, „Záleží na důvěře, hlavně k nadřízenému a to není“.

V praxi často prezentovaný názor, že supervize si jako nástroj podpory v našich institucích dosud své místo nenašla, potvrzuje ojedinělá studie z hospicového prostředí (Pižlová, 2017, str.

45–48). Z ostatních pečujících institucí však dosud výsledky podobných šetření publikovány nebyly. Naše studie je tedy zatím v tomto ohledu ojedinělá.

Závěr

Je zcela nepochybné, že pečlivě a odborně provedená supervize přináší věrný a pravdivý obraz pracoviště a vypovídá mnohé o náročnosti a kvalitě poskytovaných služeb a mezilidských vztazích. Nezřídka lze ze závěrů supervize vyčíst i klíč k možnému řešení nalezlých problémů. Nelze však nevidět, že v mnoha případech vedení institucí není schopno zaujmout ke zjištěným informacím odpovědný a konstruktivní přístup.

Literatura

1. Standardy kvality sociálních služeb. In MPSV [online]. 2018 [cit. 2018-05-30]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/5963>.
2. Co je supervize. In: Český institut pro supervizi [online]. 2006 [cit. 2018-05-30]. Dostupné z: www.supervize.eu/o-supervizi/co-je-supervize/
3. Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele. In MPSV [online]. 2018 [cit. 2018-05-30].
4. ERBENOVÁ, Lucie a Zlatica DORKOVÁ. Supervision of Medical Staff – a Necessity or an Extra Service? In: HUNYADIOVÁ, Stanislava, BUJDOVÁ, Nataša (Eds.). Supervision days in 2016. s. 44 - 55. Uzhorod: Lira Print, 2017. 202 s. ISBN 978-617-596-255-8.

Doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.

Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Štefánikova 5670, 760 01 Zlín;
Středomoravská nemocniční a. s. – Nemocnice Prostějov, Mathonova 291/1, 796 04 Prostějov, Česká republika, drkala@centrum.cz

