

Paliatívna medicína a liečba bolesti



Prehľadové články / Review articles

- » **Stav paliatívnej starostlivosti na Slovensku v roku 2022**
State of palliative care in Slovakia in 2022
- » **Opioidové analgetiká v liečbe bolesti u paliatívneho pacienta**
Opioid analgesics in the treatment of pain in the palliative patient
- » **Lymfedém a iné edémy u paliatívnych pacientov**
Lymphedema and other edemas in palliative patients
- » **Fungovanie zariadení sociálnych služieb v čase pandémie Covid-19 so zreteľom na zvýšenú úmrtnosť klientov**
Functioning of social service facilities during the Covid-19 pandemic regards to the increased mortality of clients

Pôvodné práce / Original articles

- » **Odpustenie, zvládacie stratégie a well-being v kontexte zármutku u príbuzných zomrelých onkologických pacientov**
Forgiveness, coping strategies and well-being in the context of bereavement in relatives of deceased cancer patients
- » **Duchovné potreby u seniorov v paliatívnej starostlivosti**
Spiritual needs of older people in palliative care
- » **Eschatologický prešah života v kontextu spirituality s implikácií pro paliatívni péči**
Eschatological transcendence of life in the context of spirituality with implications for palliative care



časopisy



konferencie



knihy



online
vzdelávanie

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



Legislatívny zázrak

Milí priatelia, tento editoriál píšem hneď po mojom stretnutí s pani primárkou Dr. Škripekovou a právničkou Mgr. Rusnákovou, ktoré ma nadchli pre ďalšiu prácu pre rozvoj paliatívnej starostlivosti. Fascinovaná ich úspechom v oblasti legislatívnych zmien, ktoré Slovensko tak veľmi potrebovalo, sa veľmi teším, že už od marca 2023 budú všetky hospice dostávať na lôžkodoň 94 eur a mobilné hospice 58 eur za návštevu pacienta (podrobne a veľmi prehľadne to nájdete v článku primárky Škripekovej a jej spoluautorov). Za týmto úspechom pre celú hospicovú a paliatívnu komunitu stojí neúnavná mravenčia práca a nesmierne pracovné nasadenie pani primárky, ktorá musela vo veľmi krátkom časovom úseku predložiť a pre všetky zúčastnené strany akceptovateľne vyriešiť enormné množstvo veľmi náročných ekonomických, právnych, etických, morálnych, odborných, vedeckých a aj ľudských aspektov súvisiacich s touto legislatívnou zmenou. O to jednoduchšie to budeme mať teraz v našej práci s nevyliciteľne chorými pacientmi a ich blízkymi. Ešte raz, veľká vďaka! Veľmi si vážim, že odborníci, ktorí pracujú pri lôžku si nájdú čas na to, aby s nami zdieľali svoje poznatky. Medzi nich patrí aj Dr. Ferenčík a doc. Martuliak, ktorí svojou odbornosťou a aplikáciou výsledkov vedecky overených postupov obohacujú nielen algeziologickú, ale aj paliatívnu komunitu lekárov. Taktiež paliatológ a primár Dr. Jakubek z hospicu vo Vranove nad Topľou v tomto čísle publikuje informácie o liečbe edémov u paliatívnych pacientov. Prehľadové články uzatvára príspevok reflektujúci náročnú situáciu v zariadeniach sociálnych služieb počas pandémie Covid-19.

Čo sa týka pôvodných prác, všetky tri sú zamerané na oblasť spirituality, či už z pohľadu psychológa a odpustenia, z pohľadu sestry, alebo z hľadiska eschatologického presahu. Verím, že toto číslo bude pre Vás prínosné a pomôže opäť o čosi viac porozumieť niektorým súvislostiam v paliatívnej starostlivosti.

V tomto čísle chceme tiež vyjadriť hlbokú úctu Dr. Stanislavovi Fabušovi, ktorý bol jedným z prvých priekopníkov hospicovej starostlivosti na Slovensku. Už na prvom ročníku Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti v roku 2003 zanietene prednášal o hospicovej starostlivosti, ako o optimálnom modeli zomierania na Slovensku. Okrem toho, že bol veľký profesionál, bol aj nesmierne ľudský a pokorný človek. Som veľmi vďačná, že som s ním mohla už v začiatkoch úzko spolupracovať. Česť jeho pamiatke...

Napokon by som Vás chcela informovať, že 7. október 2023 je predbežný termín konania 10. ročníka Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti, ktorý tento rok organizujeme aj v spolupráci s Inštitútom pre vzdelávanie v paliatívnej medicíne. V máji budeme informovať o podrobnostiach a možnostiach prihlásiť sa. Som rada, že sa už dvadsať rokov (2003 – 2023) stretávame na tomto významnom podujatí a môžeme sledovať nové skutočnosti a výzvy nielen u nás, ale aj v zahraničí.

Teším sa na ďalšiu spoluprácu a budovanie vzájomných vzťahov,

prof. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD.



Obsah

Content

Úvodné slovo

Editorial

- 3** Prof. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD.
Legislatívny zázrak

Prehľadové články

Review articles

- 6** MUDr. Andrea Škripeková, PhD., MUDr. Peter Stachura, MBA, Dr. Med.,
Ing. Eva Rybárová, Mgr. Erika Rusnáková, JUDr. Ivana Šarlinová,
Ing. Lucia Kleščíková, PhD.
Stav paliatívnej starostlivosti na Slovensku v roku 2022
State of palliative care in Slovakia in 2022
- 12** MUDr. Miroslav Ferenčík, MBA, doc. MUDr. Igor Martuliak, PhD.
Opioidové analgetiká v liečbe bolesti u paliatívneho pacienta
Opioid analgesics in the treatment of pain in the palliative patient
- 25** MUDr. Patrik Jakubek
Lymfedém a iné edémy u paliatívnych pacientov
Lymphedema and other edemas in palliative patients
- 31** Mgr. Katarína Molnárová Letovancová, PhD., doc. PhDr. Miriam Slaná, PhD.
**Fungovanie zariadení sociálnych služieb v čase pandémie Covid-19
so zreteľom na zvýšenú úmrtnosť klientov**
Functioning of social service facilities during the Covid-19 pandemic regards
to the increased mortality of clients

PALIATÍVNA MEDICÍNA A LIEČBA BOLESTI

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

Ročník 15, 2022, číslo 1-2e, vychádza 2-krát ročne
Dátum vydania: marec 2023

Redakčná rada:

prof. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD.,
MUDr. Lucia Dzurillová, MUDr. Miroslav Ferenčík, MBA,
MUDr. Jana Hoozová, MUDr. Katarína Jakubovičová,
MUDr. Mária Jasenková, MUDr. Peter Križan, CSc.,
MUDr. Kristína Križanová, doc. MUDr. Igor Martuliak, PhD.,
PhDr. Jana Nemcová, PhD., MUDr. Peter Stachura, MBA,
MUDr. Andrea Škripeková, PhD., MUDr. Leona Šóthová,
prof. Daniel J. West, Jr., PhD., FACHE, FACMPE

Odborní editori:

prof. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD.
MUDr. Leona Šóthová

Vydavateľ:

SOLEN, s. r. o., IČO 35865211

Sídlo vydavateľa a adresa redakcie:

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

Redaktorka časopisu:

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

Grafická úprava a sadzba:

Ján Kopčok, kopcok@solen.sk

Predplatné časopisu:

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

Všetky publikované články prechádzajú recenziou.

Registrácia MK SR pod číslom EV3582/09, ISSN 1339-4193 (online)

Časopis je indexovaný v Bibliographia Medica Slovaca (BMS). Citácie sú spracované v CiBaMed.

Citáčaňá skratka: Paliat. med. liec. boles.

Vydavateľstvo SOLEN, s.r.o., SR má na základe zakúpenej licencie výhradné právo na preberanie a publikáciu článkov
z časopisov vydavateľstva SOLEN, s.r.o., ČR.

Akákoľvek časť obsahu alebo článku nesmie byť kopírovaná alebo inak rozmnožovaná s cieľom ďalšieho šírenia akýmkoľvek
spôsobom a v akejkoľvek forme bez písomného súhlasu vydavateľstva SOLEN, s.r.o., ako vlastníka autorských práv.
Vydavateľ nenesie zodpovednosť za údaje a názory autorov jednotlivých článkov.

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Pôvodné práce Original articles

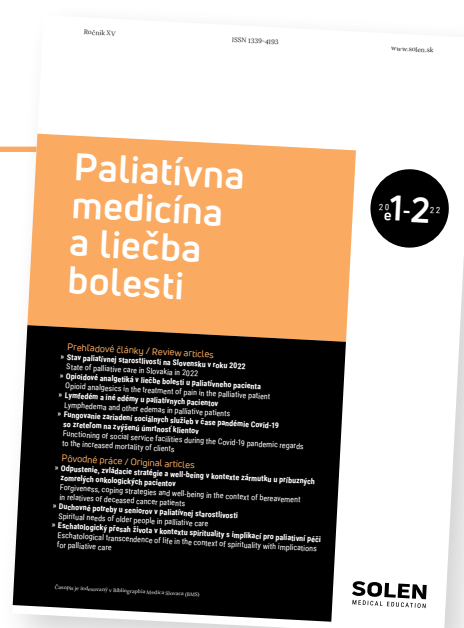
- 37** Mgr. Mário Schwarz, PhD., Mgr. Miriama Danová
Odpustenie, zvládacie stratégie a well-being v kontexte zármutku u príbuzných zomrelých onkologických pacientov
Forgiveness, coping strategies and well-being in the context of bereavement in relatives of deceased cancer patients
- 42** PhDr. Alica Slamková, PhD., PhDr. Ľubica Poledníková, PhD.
Duchovné potreby u seniorov v paliatívnej starostlivosti
Spiritual needs of older people in palliative care
- 45** PhDr. Jiří Pospíšil, Ph.D., PhDr. Ivana Olecká, Ph.D.
Eschatologický přesah života v kontextu spirituality s implikací pro paliativní péči
Eschatological transcendence of life in the context of spirituality with implications for palliative care

Nekrológ

- 48** MUDr. Miroslav Ferenčík, MBA
Spomienka na MUDr. Stanislava Fabuša (1935 – 2022)

Ako sa dostať k časopisu Paliatívna medicína a liečba bolesti?

Časopis od roku 2015 vychádza iba online, na bezplatný prístup k obsahu je potrebná registrácia a vytvorenie používateľského účtu na stránke www.solen.sk.



Časopis nájdete na <https://www.solen.sk/casopisy/paliativna-medicina-a-liecba-bolesti>

Stav paliatívnej starostlivosti na Slovensku v roku 2022

MUDr. Andrea Škripeková, PhD.^{1,2}, MUDr. Peter Stachura, MBA, Dr. Med.^{1,3}, Ing. Eva Rybárová⁴, Mgr. Erika Rusnáková⁴, JUDr. Ivana Šarlinová², Ing. Lucia Kleščíková, PhD.⁴

¹Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

²Národný onkologický ústav, Bratislava

³Univerzitná nemocnica Sankt Pölten, Rakúsko

⁴Inštitút pre vzdelávanie v paliatívnej medicíne

Implementácia paliatívnej medicíny do systému zdravotnej starostlivosti na Slovensku prebieha veľmi pomaly. Prognostikácia pri nevyliciteľnej chorobe a identifikovanie paliatívneho pacienta nie je súčasťou medicínskeho myslenia na Slovensku. Dostupnosť kapacít špecializovanej paliatívnej starostlivosti na Slovensku sa v porovnaní s európskymi štandardami pohybuje od 6,7 % do 23,9 %. Financovanie paliatívnej zdravotnej starostlivosti nie je dostatočné. Úhrady poisťovní sú výrazne nižšie než náklady na starostlivosť. V mobilných hospicioch príspevky zo zdravotných poisťovní za r. 2019 nepokrývali ani 15 % celoročných nákladov (NR SR 2022). Vzdelávanie v paliatívnej medicíne je zabezpečené Katedrou paliatívnej medicíny na Slovenskej zdravotníckej univerzite.

Kľúčové slová: paliatívny pacient, špecializovaná paliatívna starostlivosť, dostupnosť, hospic, mobilný hospic

State of palliative care in Slovakia in 2022

Implementation of palliative care in health care in Slovakia is a slow process. Prognostication and identification of palliative patient is not standard in physician's decision making process in Slovakia. Accessibility of palliative care capacities in Slovakia in compare with standards in Europe is 6.7% - 23.9%. Palliative care financing is not sufficient. In mobile hospices the reimbursements from health insurance companies in 2019 covered only 15% of year expenses (NR SR 2022). Education in palliative care is provided by Slovak Health University.

Key words: palliative patient, specialized palliative care, accesibility, hospice, mobile hospice

Paliat. med. liec. boles., 2022;15(1-2e):6-11

Úvod

Paliatívna medicína (PM) je podobne ako pediatria, geriatria, genetika alebo intenzívna medicína prierezovou medicínskou špecializáciou (1). Jej zameraním je podľa definície Medzinárodnej asociácie pre hospicovú a paliatívnu starostlivosť (IAHPC) zlepšovať kvalitu života pacientov a ich rodín, ktorí čelia potenciálne smrteľnej chorobe tak, že sa využívajú všetky prostriedky na prevenciu a zmiernenie utrpenia. Uplatňuje sa pritom včasná diagnostika, hodnotenie a precízna liečba bolesti a ďalších problémov: fyzických, psychosociálnych a spirituálnych (2). Potenciálne smrteľné ochorenie znamená, že smrť je po poctivom medicínskom zhodnotení relevantným vyústením danej klinickej situácie. Zadefinovanie paliatívneho pacienta je základom pre prijímanie pacientov do špecializovanej paliatívnej starostlivosti. Paliatívny pacient je pacient s nevyliciteľným progredujúcim ochorením, vysokou intenzitou a/alebo komplexnosťou symptómov, pričom cieľom liečby je zmierniť utrpenie (3). Paliatívna medicína vychádzala z konceptu hospicového hnutia, ktoré vzniklo ako reakcia

na zomieranie spojené s ťažkými symptómami, s pocitom nedôstojnosti a s psychologickým, existenciálnym a spirituálnym utrpením vyjadreným u každého pacienta v rôznej miere. Výzvou pre PM sa stalo práve psychosociálne, existenciálne a spirituálne utrpenie, ktoré sa odkrýva pri odstránení fyzického utrpenia a je tiež možné ho minimalizovať. Aj to je jeden z dôvodov, prečo sa PM stala medicínskou špecializáciou v USA a v mnohých krajinách Európy, vrátane Slovenska.

Implementácia paliatívnej medicíny do systému zdravotnej starostlivosti však na Slovensku prebieha veľmi pomaly. Napriek tomu, že viaceré zahraničné štúdie dokazujú, že včasné použitie zručností paliatívnej medicíny (nielen pred zomieraním) pri nevyliciteľných ochoreniach zlepšuje kvalitu života, šetrí zdroje a niekedy život dokonca zmysluplne predlžuje (4, 5, 6). Referovanie pacientov do paliatívnej starostlivosti na Slovensku je problematické z viacerých dôvodov:

1. Identifikovanie paliatívneho pacienta v systéme nie je štandardnou súčasťou medicínskeho myslenia na Slovensku

2. Prognostikácia nevyliciteľne chorého pacienta a hlavne komunikovanie prognostikácie je náročné a nie je identifikované (a hrazené) ako významný medicínsky prostriedok
3. Kapacity paliatívnej starostlivosti nie sú dostupné, aj keby bol aj pacient správne identifikovaný a odkomunikovaný

Kvantifikovanie potreby kapacít paliatívnej starostlivosti a zabezpečenie kvality poskytovanej starostlivosti

Zmenou legislatívy sa zdefinovala špecializovaná a základná paliatívna starostlivosť: špecializovaná paliatívna starostlivosť (ŠPS) je poskytovaná lekárom – špecialistom v paliatívnej medicíne a základná paliatívna starostlivosť je poskytovaná iným lekárom. Ide o zabezpečenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. ŠPS sa poskytuje ústavnou formou ako špecializovaná ústavná paliatívna starostlivosť (ŠUPS) a špecializovaná ambulatná paliatívna starostlivosť (ŠAPS) (7). Kapacity ŠUPS predstavuje kamenný hospic (KAHO)

a paliatívne oddelenie (PALO) a kapacity ŠAPS predstavuje paliatívna ambulancia (PALA) a mobilný hospic (MOHO).

Na základe odporúčani Európskej asociácie paliatívnej starostlivosti (EAPC) z roku 2009 je potrebných na 1 milión obyvateľov 80 až 100 lôžok paliatívnej starostlivosti (8). Pri revízii odporúčaní z roku 2022 (9) boli kapacitné potreby na zabezpečenie adekvátnej dostupnosti paliatívnej starostlivosti potvrdené. Kvantifikácia potrieb podľa EAPC odporúčaní je zahrnutá v tabuľke 1. V stĺpci „metodika“ je naznačené, akým spôsobom treba kapacity paliatívnej starostlivosti plánovať.

Pracoviská paliatívnej starostlivosti

Na Slovensku sme mali v roku 2022 evidovaných 11 kamenných hospicov, jeden hospic v priebehu roka 2022 zanikol, čiže v systéme zostáva len 10 hospicov s kapacitou 180 lôžok. Dostupnosť paliatológa v kamennom hospici sa zvyšuje v porovnaní s predchádzajúcim rokom 2021 (z 21,1 % na 37,2 %), čo však môže byť aj následkom absolútneho zníženia celkového počtu všetkých lôžok kamenných hospicov: z 204 v roku 2021 na 180 v roku 2022 (10). Počet lôžok na paliatívnych oddeleniach a dostupnosť paliatológa k paliatívnym lôžkam sa v porovnaní s rokom 2021 nezmenil: 85 lôžok, z toho k 19 má prístup paliatológ, čo predstavuje 22,4 % lôžok.

V oblasti špecializovanej ambulancie paliatívnej starostlivosti na Slovensku v roku 2022 vznikla druhá paliatívna ambulancia, čo predstavuje 100 % nárast oproti roku 2021, keď na

Tabuľka 1. Prehľad potrieb kapacít paliatívnej starostlivosti v zdravotnom systéme (Radbruch 2010, s. 44)

Kapacita paliatívnej starostlivosti	Potreba	Metodika
ŠAPS		
Paliatívna ambulancia (PALA)	30 – 55	Pri každom PALO a pri niektorých KAHO
Mobilný hospic (MOHO)	55 – 70	Pri každom PALO a KAHO Dojazd: 40 min podľa Google maps
ŠUPS		
Paliatívne oddelenie (PALO)	160 lôžok	30 lôžok na 1 mil. obyvateľov Např. v nemocnici, kde je onkologické pracovisko
Hospic (KAHO)	280 – 380 lôžok	50 – 70 lôžok na 1 mil. obyvateľov

Vysvetlivky: ŠAPS – špeciálna ambulancná paliatívna starostlivosť, ŠUPS – špeciálna ústavná paliatívna starostlivosť, PALA – paliatívna ambulancia, PALO – paliatívne oddelenie, KAHO – hospic, MOHO – mobilný hospic

Tabuľka 2. Prehľadný počet kapacít paliatívnej starostlivosti v zdravotnom systéme na Slovensku v roku 2022. Zdroj: NCZI 2022, vlastné dáta

ŠUPS			
	Počet kapacít n	Počet lôžok n	Počet lôžok s dostupnosťou paliatológa n (%)
Hospic (KAHO)	11	180	67 (37,2 %)
Paliatívne oddelenie (PALO)	5	85	19 (22,4 %)
Nemocničný paliatívny tím	1		
ŠAPS			
Paliatívna ambulancia (PALA)	2	-	-
		MOHO s paliatológom n (%)	Detský MOHO n (%)
Mobilný hospic (MOHO)	18	9 (50%)	4 (22,2%)

Slovensku bola len jedna paliatívna ambulancia.

V roku 2021 bolo v NCZI evidovaných 18 mobilných hospicov. Z nášho prehľadu vyplýva, že v slovenskom zdravotnom systéme sú 4 detské mobilné hospice a z ostatných 14 mobilných hospicov je v deviatich dostupný paliatológ. Prehľadný počet kapacít paliatívnej starostlivosti na Slovensku v r. 2022 je spracovaný v tabuľke 2 a v tabuľke 3, kde sú počty kapacít paliatívnej starostlivosti od r. 2018, keď sme stav paliatívnej starostlivosti začali monitorovať (11, 10).

Jediným komplexným pracoviskom je výučbové centrum paliatívnej medicíny v Národnom onkologickom ústave v Bratislave, kde pri akútnom oddelení zameranom na paliatívnu medicínu je prítomná paliatívna ambulancia a mobilný hospic. Tím oddelenia realizuje konziliárnu službu pre celý Národný onkologický ústav. V tíme je sociálna poradkyňa, nutričná poradkyňa a k dispozícii sú aj psychologičky. Pacienti sú do paliatívnej starostlivosti referovaní na paliatívnych multidisciplinárnych seminároch. Paradoxom je, že práve toto oddelenie nie je v NCZI vedené

Tabuľka 3. Počet kapacít v paliatívnej starostlivosti v jednotlivých rokoch. Zdroj: NCZI 2022, vlastné dáta

Rok	Počet lôžok v kamenných hospicoch	Dostupnosť paliatológa v kamenných hospicoch n (%)	Počet lôžok na paliatívnych oddeleniach n	Dostupnosť paliatológa na paliatívnych oddeleniach n (%)	Počet paliatívnych ambulancií n	Počet detských mobilných hospicov n	Počet mobilných hospicov n	Dostupnosť paliatológa v mobilných hospicoch n (%)
2022	180	67 (37,2 %)	85	19 (22,4 %)	2	4	18	9 (50 %)
2021	204	43 (21,1 %)	85	19 (22,4 %)	1	Dáta nie sú dostupné	Dáta nie sú dostupné	7
2020	218	55 (25,2 %)	78	19 (24,3 %)	Dáta nie sú dostupné	Dáta nie sú dostupné	25	5 (20 %)
2019	206	56 (27,2%)	71	19 (26,8%)	Dáta nie sú dostupné	Dáta nie sú dostupné	25	5 (20 %)
2018	206	56 (27,2 %)	68	19 (27,9 %)	Dáta nie sú dostupné	Dáta nie sú dostupné	22	5 (22,7 %)

Tabuľka 4. Porovnanie všetkých kapacít paliatívnej starostlivosti v r. 2022, kapacít ŠPS v r. 2022 a potreby ŠPS

Kapacita paliatívnej starostlivosti	Počet kapacít v SR v r. 2022	Počet kapacít s dostupnosťou ŠPS v SK v r. 2022	Potrebný počet kapacít ŠPS	Dostupnosť v systéme
Hospic	180 lôžok	67 lôžok	280 – 380 lôžok	23,9 %
Paliatívne oddelenie	85 lôžok	19 lôžok	160 lôžok	11,9 %
Mobilný hospic	18	9	55 – 70	16,4 %
Paliatívna ambulancia	2	2	30 – 55	6,7 %

Tabuľka 5. Navrhované ceny za služby v hospicioch a mobilných hospicioch (NR SR 2022)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
KAHO							
(eur/lôžkodenň)	43 €	46 €	49 €	89 €	94 €	100 €	106 €
MOHO							
(v eur/návšteva)	12 €	12 €	13 €	55 € + km	58 € + km	61 € + km	65 € + km

ako paliatívne oddelenie, ale je vedené ako onkologické oddelenie. Špecializovaná paliatívna starostlivosť v kapacitách lôžkovej paliatívnej starostlivosti sa poskytuje len na tretine lôžok. Alarmujúci deficit ŠPS, a tým kvalitatívny rozdiel v poskytovanej paliatívnej starostlivosti, je vyjadrený v tabuľke 4, kde je porovnanie všetkých kapacít paliatívnej starostlivosti v r. 2022, kapacít ŠPS v r. 2022 a potreby ŠPS. Ak by sme za cieľ považovali dolnú hranicu normy, tak dostupnosť ŠPS v zmysle hospicovej starostlivosti je na Slovensku naplnená na 23,9 %, v zmysle paliatívneho oddelenia na 11,9 %, pri mobilných hospicioch je dostupnosť naplnená na 16,4 % a pri paliatívnej ambulancii na 6,7 %.

Financovanie

Poskytovanie paliatívnej zdravotnej starostlivosti v zariadení ústavnej starostlivosti alebo v domácom prostredí alebo v inom prirodzenom prostredí osoby je pre poskytovateľov tejto zdravotnej starostlivosti finančne nevýhodné. Úhrady poisťovní sú výrazne nižšie než náklady na starostlivosť. V mobilných hospicioch príspevky zo zdravotných poisťovní za r. 2019 nepokrývali ani 15 % celoročných nákladov (výkaz E 1.04) (12).

Z tohto dôvodu zákon č. 267/2022 Z. z., ktorým bol novelizovaný zákon č. 576/2004 Z.z. v rámci sprievodnej dokumentácie v medzirezortnom pripomienkovom konaní zahŕňal aj návrh novely opatrenia MZ SR č. 07045/2003 z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva (ďalej aj ako „cenové opatrenie“).

V rámci novelizačných bodov sa navrhovalo zvýšenie sadzby na lôžkodenň v hospicioch, a ako aj zadefinovanie paušálnych platieb pri poskytovaní paliatívnej zdravotnej starostlivosti mobilným hospicom v domácom alebo prirodzenom prostredí pacienta.

Pri zabezpečovaní paliatívnej zdravotnej starostlivosti v prirodzenom prostredí (t. j. prostredníctvom mobilných hospicov) sa počíta s rozšírením poskytovaných služieb na 120 osôb/mobilný hospic/kalendárny rok. Pre tento účel sa zvyšuje úhrada za návštevu osoby s potrebou paliatívnej starostlivosti lekárom a sestrou zo súčasných 15 EUR na 55 EUR. Táto úhrada slúži prioritne na krytie prevádzkových nákladov. Zároveň je tento výkon rozšírený o tzv. kilometrové. Plánované výšky úhrad za služby hospicov a mobilných hospicov v cenovom opatrení navrhovaných spolu s novelou zákona č. 576/2004 Z. z. sú prehľadne zhrnuté v tabuľke 5.

Poskytovanie paliatívnej zdravotnej starostlivosti v zariadení ústavnej starostlivosti alebo v domácom alebo v inom prirodzenom prostredí osoby tak pre poskytovateľov tejto zdravotnej starostlivosti zostáva aj naďalej finančne nevýhodné a odrádza poskytovateľov od zriaďovania vlastných mobilných hospicov a kamenných hospicov. Príkladom nedostatočného krytia nákladov spojených s poskytovaním paliatívnej zdravotnej starostlivosti je mobilný hospic Klenová, ktorý v roku 2020 prijal od zdravotných poisťovní za 10 mesiacov poskytovania špecializovanej paliatív-

nej starostlivosti v domácom prostredí iba 17 000 EUR a v roku 2021 prijal za 12 mesiacov 28 754,82 EUR, a to vrátane ľudských zdrojov, všetkých nákladov na prevádzku, osobného motorového vozidla, pohonných hmôt, špecializovaného zdravotníckeho materiálu, mnohých liekov, ktoré nie je možné predpísať na recept (s tzv. ambulantným kódom), kontinuálnych dávkačov liekov a podobne.

Ako uvádzame vyššie, úhrady zdravotných poisťovní za výkony týchto poskytovateľov sú výrazne nižšie, než náklady na poskytnutie tejto zdravotnej starostlivosti. Poskytovatelia sú preto nútení vykrývať chýbajúce prostriedky z iných, nestabilných príjmov – z darov, fondov EÚ alebo v prípade kamenných hospicov aj prostredníctvom zvýšených úhrad od osôb, ktorým starostlivosť poskytujú. Doplatky na deň pobytu v kamennom hospici sa na Slovensku pohybujú od 18 do 55 EUR, čo pre rodinu pacienta znamená približne 540 – 1 650 eur za mesiac. Údaje sú podrobne spracované v tabuľke 6, dáta sú z 12. 12. 2022. Tieto doplatky však v súčasnosti často spôsobujú nedostatok/nedostupnosť hospicovej starostlivosti zraniteľným skupinám obyvateľstva, alebo osobám v riziku chudoby, ktoré sa nachádzajú v terminálnom štádiu. Nie je cieľom, aby financovanie kamenných hospicov bolo tvorené výlučne prostriedkami z verejného zdravotného poistenia. Jednou z indikácií na prijatie paliatívneho pacienta do kamenného hospicu je jeho nesebestačnosť v aktivitách bežného života, a tým zvýšená sociálna zraniteľnosť. V takomto prípade by zdroje financovania kamenného hospicu mali nasledovať za starostlivosťou, ktorá mu je poskytovaná, napr. v štruktúre krytia 40 % nákladov zo zdravotného poistenia, 40 % zo sociálneho poistenia a 20 % vlastných zdrojov, prípadne darov.

Z hľadiska poskytovania zdravotnej starostlivosti v prirodzenom prostredí (t. j. v domácom prostredí alebo v prostredí zariadenia sociálnej pomoci) bolo snahou predkladateľa zákona zvrátiť negatívny trend ostatných rokov, keď prevažovalo zomieranie v nemocničnom prostredí nad prirodzeným prostredím, čo v roku 2019 vyústilo do pomeru 2 : 1,

ako je to znázornené v grafe 1 (NR SR 2022). Je to opačný trend ako v rozvinutých krajinách, pretože pri chronických a nevyliciteľných ochoreniach je v systéme menej neplánovaných a náhlych úmrtí. Ku koncu 20. storočia je posun v trendoch miesta zomierania v krajinách ako USA, Kanada a Spojené Kráľovstvo, kde sa začína zvyšovať podiel domáceho zomierania (13, 14, 15, 16).

Podpora implementácie paliatívnej starostlivosti z fondov Európskej únie v r. 2022

Plán obnovy a odolnosti

Paliatívna starostlivosť je aj súčasťou Plánu obnovy a odolnosti SR schváleného Európskou komisiou v roku 2021, a to najmä komponentu 13 (Dostupná a kvalitná dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť). Na rozšírenie a obnovu siete mobilných hospicov bola vyhlásená výzva MZ SR, kde bolo alokovaných 2 388 246 eur bez DPH. Podmienky pre ďalšie dve výzvy na rozšírenie a obnovu kapacít pobytovej paliatívnej starostlivosti – rozšírenie a obnova kamenných hospicov a rozšírenie a obnova kapacít oddelení paliatívnej starostlivosti.

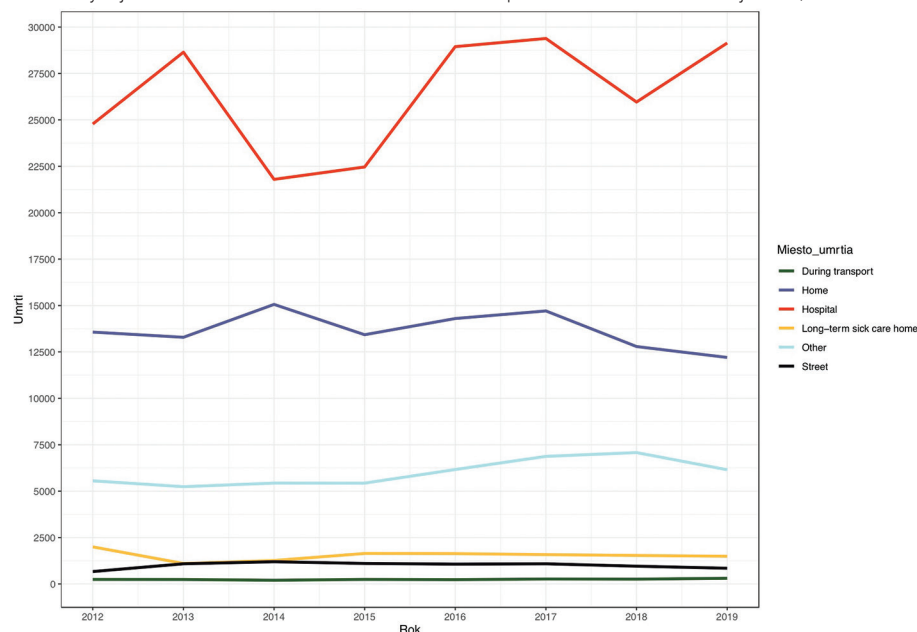
Národný projekt Posilnenie dlhodobej starostlivosti

Ide o projekt z Operačného programu Ľudské zdroje, riadiacim orgánom je MPSVR SR a prijímateľom projektu je MZ SR. Užívateľmi sú agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) a mobilné hospice. Cieľom je posilniť personálne kapacity zdravotných sestier a fyzioterapeutov v ADOS a pracovné miesta lekárov, sestier a pomáhajúcich profesií v mobilných hospicoch. Uhrádzajú sa personálne mzdy na základe výšky stanovenej vo výzve a paušál. Paušálne výdavky zahŕňajú náklady vzniknuté počas poskytovania služby, ktorými sú napr. spotreba pohonných hmôt, podiel na prevádzkových nákladoch, vzdelávanie, materiálne zabezpečenie. Alokácia je 40 miliónov eur a projekt trvá do 31. 12. 2023. Odborným garantom je MUDr. Andrea Škripeková, PhD.

Tabuľka 6. Dofinancovanie pacienta a dostupnosť v hospicioch na Slovensku. Zdroj: vlastné dáta

	Hospic	Doplatok pacienta ku dňu 11. 12. 2022	Počet voľných miest ku dňu 12. 12. 2022
1	Dom Rafael Bratislava	55 EUR/deň	
2	Liečebňa sv. Františka		Ukončená činnosť k 30. 6. 2022
3	Zdravotno-sociálne centrum sv. Alžbety, Trstice	19	8 (nie sú schopní prevziať pacienta s kolonizáciou multirezistentným kmeňom)
4	Hospic Milosrdných sestier, Trenčín	25 (osoby s bydliskom mimo TN) 23 (osoby s bydliskom v TN)	1
5	NsP Ilava	15	6
6	Hospic sv. Františka z Assisi, Palárikovo	20	3
7	Hospic Dom pokoja a zmiery u Bernadety, Nitra	20	3
8	Hospic Dom Božieho milosrdenstva, n. o., Banská Bystrica	39	5 (museli znížiť počet lôžok pre nedostatok stredného zdravotníckeho personálu)
9	Hospic sv. Alžbety, Lubica	25	4
10	Hospic Matky Terezy, Bardejov	18	0
11	Hospic Vysokošpecializovaný odborný ústav geriatrický sv. Lukáša v Košiciach, n. o., Košice	21 (1-lôžková izba) 17 (2-lôžková izba) 14 (4-lôžková izba)	0

Graf 1. Vývoj úmrtí na Slovensku v rokoch 2012 – 2019 podľa miesta úmrtia. Zdroj: NCZI, NR SR 2022



Vzdelávanie

Špecializačné štúdium v špecializačnom odbore paliatívna medicína sa realizuje na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave, výučbovou базou je Oddelenie klinickej onkológie F Onkologickej kliniky Národného onkologického ústavu. Vedúcou katedry bola od jej založenia MUDr. Kristína Križanová, od 01. 01. 2019 je vedúcou Katedry paliatívnej medicíny MUDr. Andrea Škripeková, PhD. V roku 2021 bol do tímu pedagógov katedry prijatý

MUDr. Peter Stachura, MBA, Dr. Med. a v roku 2022 MUDr. Lucia Dzurillová.

Špecializačné štúdium v špecializačnom odbore paliatívna medicína sa realizuje podľa individuálneho študijného plánu. Pozostáva z praktickej a teoretickej časti, pričom praktická výučba má prevahu. Špecializačné štúdium sa ukončuje špecializačnou skúškou pred komisiou, ktorej súčasťou je aj obhajoba písomnej práce. Od roku 2022 písomná práca pozostáva z vypracovania desiatich kazuistik.

Katedre paliatívnej medicíny LF SZU v Bratislave bola udelená akreditácia v špecializačnom odbore paliatívna medicína pre zdravotnícke povolanie lekár v roku 2016. V súvislosti s pandemiou ochorenia COVID-19 bola predĺžená platnosť osvedčenia o akreditácii v zmysle § 102a zákona č. 578/2004 Z. z. S účinnosťou od 15. 12. 2022 boli publikované inovované minimálne štandardy pre ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov, medzi inými aj pre špecializačný odbor paliatívna medicína. Následne je našim zámerom reakreditovať špecializačný študijný program. Hlavnou zmenou minimálneho štandardu bolo rozšírenie lekárskeho špecializácií, na ktoré môže nadväzovať špecializačné štúdium v špecializačnom odbore paliatívna medicína. Od 15. 12. 2022 sú to: anesteziológia a intenzívna medicína, gastroenterológia, chirurgia, endokrinológia, diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy, geriatria, hematológia a transfúziológia, hepatológia, infektológia, kardiológia, klinická onkológia, otorinolaryngológia, radiačná onkológia, nefrológia, neurologia, pediatria, pediatrika anesteziológia, pediatrika hematológia a onkológia, pediatrika intenzívna medicína, psychiatria, pneumológia a ftizeológia, rádiológia, reumatológia, urgentná medicína, vnútorné lekárstvo alebo všeobecné lekárstvo.

Vzdelávanie v paliatívnej medicíne na Katedre paliatívnej medicíny má byť založené na troch princípoch:

- Kvalitná teoretická výučba. Momentálne 2x ročne prebieha 5-dňový špecializačný kurz v troch moduloch. Moduly sú zadané v časovo-tematickom pláne, ktorý je súčasťou akreditácie odboru.
- Mentoring pri praktickej výučbe. Spočíva v individuálnom prístupe k jednotlivým prípadovým štúdiám, pričom sa zohľadňuje osobnosť, osobitosť a autonómia pacienta ako ľudskej bytosti vo vážnej klinickej situácii, kde je smrť medicínsky relevantným vyústením danej klinickej situácie. Dáva do symbiózy vysoké nároky na medicínsku poctivosť a na sprostredkovanie medicínskych informácií pacientom a ich príbuzným, určuje hranice medzi medicínskym a etickým rozhodovaním

v náročných klinických situáciách a zohľadňuje multiprofesionálny prístup, keď sa po zmiernení fyzických ťažkostí odhalia ďalšie domény ľudského utrpenia (existenciálny, sociálny, spirituálny distress a podobne), a tak je potrebná tímová spolupráca zdravotníckych pracovníkov a pomáhajúcich profesií (psychológ, nutričný terapeut, duchovný, špeciálny alebo liečebný pedagóg a pod.).

c) Vytváranie komunitného prostredia špecialistov na sprostredkovanie vedomostí a skúseností.

Prijatím legislatívnych zmien na Slovensku a zmenou v dôraze na potrebu implementácie paliatívnej starostlivosti do zdravotného systému vo vnímaní politických elít a MZ SR predpokladáme nárast záujmu o túto špecializáciu. Vzhľadom na implementačné problémy zákonných zmien však nie je možné predpokladať, že nárast bude podobný ako v Nemecku. Doteraz absolvovalo špecializačnú skúšku 27 lekárov, pričom v r. 2022 atestovalo rekordných 8 lekárov. V priebehu roka 2022 sa zaradilo do špecializačného odboru 9 lekárov, čiže stále je zaradených do 42 lekárov (tabuľka 7). Z 27 atestovaných lekárov však v zdravotnom systéme pôsobí len časť, hlavne vplyvom situácie a podmienok platieb pre paliatívnu starostlivosť.

Slovenská spoločnosť paliatívnej medicíny (SSPM)

SSPM je súčasťou Slovenskej lekárskej spoločnosti. Od roku 2016 organizuje SSPM výročnú konferenciu, v roku 2022 prebehla v poradí 6. konferencia SSP, ktorá sa venovala hlavne legislatívnym a z nich vyplývajúcim nádejším implementačným zmenám.

Inštitút pre vzdelávanie v paliatívnej medicíne (IVPM)

IVPM je občianske združenie, ktoré má za cieľ podporovať rozvoj paliatívnej medicíny na Slovensku, a to najmä organizáciou a podporou vzdelávacích aktivít pre lekárov, sestry, psychológov, sociálnych pracovníkov a ostatných zdravotníckych a pomáhajúcich profesií involvovaných v starostlivosti o paliatívnych pacientov. Medzi ďalšie aktivity občianskeho združenia patrí podpora rozvoja mobilných hospicov, lôžko-

Tabuľka 7. Počet absolventov a zaradených účastníkov špecializačného štúdia

	Počet absolventov špecializačného štúdia	Počet zaradených účastníkov špecializačného štúdia
2016	0	5
2017	1	5
2018	1	5
2019	2	12
2020	0	3
2021	5	3
2022	8	9

vých hospicov, paliatívnych tímov a oddelení v nemocniciach. Podporuje účasť lekárov a sestier na vzdelávacích podujatiach na Slovensku aj v zahraničí, finančne aj materiálne podporuje mobilné hospicové tímy. V budúcnosti plánuje podporiť školenia pre sestry zamerané na starostlivosť o zomierajúcich pacientov v prirodzenom prostredí.

Zahraničná spolupráca

Vzhľadom na malý tím paliatológov na Slovensku a ich neúmernú preťaženosť pri zabezpečovaní dostupnosti zdravotnej starostlivosti, je zahraničná spolupráca v oblasti paliatívnej medicíny nízka. V roku 2021 bola konferencia SSPM s účasťou prezidenta Európskej asociácie paliatívnej starostlivosti (EAPC) prof. Christoph Ostgatheho. Priestor na vytváranie medzinárodnej spolupráce je k dispozícii, ale prioritou zostáva zvládnutie implementačných problémov v slovenskom zdravotníctve.

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

Literatúra

- Meier DE, McCormick. Benefits, Services and Models of subspecialty palliative care. 2022; www.uptodate.com, Accessed Dec 09 2022.
- De Lima L, Radbruch L. The International Association for Hospice and Palliative Care: Advancing Hospice and Palliative Care worldwide. J Pain Symptom Manage. 2018 Feb;55(2S):S96-S103. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.03.023. Epub 2017 Aug 8.
- Gärtner J, et al. SOP – Aufnahmekriterien auf die Palliativstation. 2017, <https://www.ccc-netzwerk.de/netzwerk-sops/palliative-netzwerk-sops.html> Accessed Dec 09 2022.
- Temel J, Greer JA, Muzinkansky A, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. In N Engl J Med. 2010;363:733-42.
- Basch E. Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial. J Clin Oncol. 2016 Feb 20;34(6):557-65. doi: 10.1200/JCO.2015.63.0830. Epub 2015 Dec 7. Erra-

tum in: J Clin Oncol. 2016 Jun 20;34(18):2198. Erratum in: J Clin Oncol. 2019 Feb 20;37(6):528. PMID: 26644527; PMCID: PMC4872028.

6. May P, et al. Economics of Palliative Care for Hospitalized Adults With Serious Illness. JAMA Intern Med. 2018;178(6):820-829, doi:10.1001/jamainternmed.2018.0750

7. Zákon 576/2004 Z. z., <https://www.zakonypreludi.sk/z/2004-576> Accessed Dec 09 2022

8. Radbruch L, et al. 2010. Standardy a normy hospicové a paliatívnej péče v Európe. Doporučení Evropské asociace pro paliatívnu péču. European Journal of Palliative Care. 2009;16(6):278-289. Kindly reproduced by permission of the publisher of the EJPC, who retains the copyright. All rights reserved. www.ejpc.eu.com.

9. Payne S, et al. Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study. 2022.

10. NOI, 2022. Národný onkologický inštitút. Správa o stave onkológie na Slovensku. <https://www.noisk.sk/>

files/2022/2022-06-09-vyrocná-sprava-2021-stav-onkologie-v-sr-sk-v02.pdf Accessed Dec 02 2022

11. NCZI, 2021. Národné centrum zdravotníckych informácií. Sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. https://nczisk.sk/Statisticke_vystupy/Tematicke_statisticke_vystupy/Siet_poskytovatelov_zdravotnej_starostlivosti/Pages/default.aspx Accessed Dec 10, 2022

12. NR SR 2022. Vládný návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony. Detaily návrhu zákona, priložené dokumenty: Úvodná strana, Návrh zákona, Dôvodová správa, Vykonávacie predpisy. <https://www.nrsr.sk/web/Default.aspx?sid=zakony/zakon&MasterID=8696> Accessed Dec 09 2022

13. Wilson DM, Shen Y, Birch S. New evidence on end-of-life hospital utilization for enhanced health policy and services planning. J Palliat Med. 2017;20(7):752-8.

14. Kalseth J, Theisen OM. Trends in place of death: the role of demographic and epidemiological shifts in end-of-life care policy. Palliat Med. 2017;31(10):964-74.

15. Gomes B, et al. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. BMC Palliat Care. 2013;12(1):7.

16. Cross SH, et al. Changes in the Place of Death in the United States. New England Journal of Medicine. 2019;381:2369-2370. DOI: 10.1056/NEJMc1911892. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmc1911892>

MUDr. Andrea Škripeková, PhD.

Národný onkologický ústav
Klenová 1, 831 01 Bratislava
andrea.skripekova@nou.sk



Kalendár vzdelávacích podujatí na rok 2023

SOLEN
MEDICAL EDUCATION



www.solen.sk, kongres@solen.sk

február	10. – 11. 2.	Farmakoterapia epilepsie	Hotel Európa, Poprad
marec	20. – 24. 3.	EEG kurz – úvod do problematiky	ONLINE
	30. – 31. 3.	EMG workshop	Csillagház, Rimavská Sobota
apríl	26. 4.	Sympóziu o primárnych imunodeficienciách 2023	Hotel Saffron, Bratislava
	27. – 28. 4.	XVI. neuromuskulárny kongres s medzinárodnou účasťou	Hotel Saffron, Bratislava
máj	4. – 5. 5.	Pediatrica pre prax, 63. pediatrické dni	Hotel Park Inn, Bratislava
	12. 5.	Medzinárodný deň sestier	Hotel Saffron, Bratislava
	17. – 19. 5.	56. slovensko-české dni detskej neurológie, XXXII. bratislavské postgraduálne dni detskej neurológie	Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica
jún	8. – 10. 6.	IX. konferencia o biologickej psychiatrii	Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica
	15. 6.	Neurologický deň, 5. ročník	Csillagház, Rimavská Sobota
	23. 6.	Novinky z ASCO, 15. ročník	Hotel Park Inn, Bratislava
september		EMG workshop	Csillagház, Rimavská Sobota
	18. – 22. 9.	EEG kurz	ONLINE
	21. – 23. 9.	Dni mladých onkológov, 19. ročník	Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica
október	4. – 6. 10.	Bratislavské onkologické dni, LX. ročník,	Hotel Saffron, Bratislava
	5. 10.	XXXIII. celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v onkológii	Hotel Saffron, Bratislava
	25. – 26. 10.	Networking mladých neurológov, 4. ročník	Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica
november	27. – 28. 10.	Sympóziu praktickej neurológie, Neurológia pre prax, XVII. ročník	Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica
	10. – 11. 11.	Dermatológia pre prax, 7. ročník	Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica
		Právne, forenzné a ekonomické aspekty medicíny, 6. ročník	ONLINE – live stream
	15. – 16. 11.	12. slovenská konferencia o zriedkavých chorobách	Hotel Saffron, Bratislava
	24. – 25. 11.	Psychiatria pre prax, 8. ročník	Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica

Opioidové analgetiká v liečbe bolesti u paliatívneho pacienta

MUDr. Miroslav Ferenčík, MBA^{1,2,3}, doc. MUDr. Igor Martuliak, PhD.¹

¹FNsP F. D. Roosevelta, Banská Bystrica

²x – pain clinic, Bojnice

³Mobilný hospic Sv. Lujza, Prievidza

Paliatívnu starostlivosť potrebuje každý rok 40 miliónov ľudí, pričom až 78 % žije v krajinách s nízkymi a strednými príjmami a iba 14 % z tých, ktorí potrebujú paliatívnu starostlivosť, k nej má prístup. V súčasnosti je vo vyspelých krajinách smrť jedinca najčastejšie dôsledkom dlhého chronického ochorenia, či už onkologického alebo neonkologického. Bolesť je najčastejším a najzávažnejším príznakom paliatívneho pacienta, aj keď nie všetci z nich trpia bolesťou. Liečba musí byť vždy zameraná na zlepšenie kvality zostávajúceho života a mala by viesť k optimalizácii fyzických a kognitívnych funkcií pacienta v priebehu ochorenia. Opioidové analgetiká v liečbe bolesti u pacientov vyžadujúcich paliatívnu starostlivosť sú jedným zo základných nástrojov jej optimálnej kontroly, samozrejme však v kombinácii s inými liekmi a nefarmakologickými a intervenčnými technikami zvládania bolesti. Aj v tejto rizikovej skupine zvyčajne ťažko chorých pacientov sa ich podávanie musí riadiť všeobecne uznávanými zásadami ich podávania skúsenými lekármi s dostatočným rozsahom vedomostí a skúseností s používaním opioidov v klinickej praxi akútnej a chronickej bolesti. Ako základné odporúčanie pre prax – lekár paliatívnej medicíny, ako aj ostatní členovia paliatívneho tímu, musia vedieť rozpoznať bolestivé syndrómy pacienta paliatívnej starostlivosti a podľa všeobecných odporúčaní aj iniciovať liečbu bolesti. Ak sa bolesť nedá kontrolovať, pacienta treba poslať k algeziológovi.

Kľúčové slová: paliatívna medicína, bolesť, opioidové analgetiká

Opioid analgesics in the treatment of pain in the palliative patient

About forty million people need palliative care each year, with up to 78% living in low- and middle-income countries, and only 14% of those in need of palliative care have access to it. At present, in developed countries, the death of an individual is most often the result of a long chronic illness, whether oncological or non-oncological. Pain is the most common and most severe symptom of a palliative patient. Treatment must always be aimed at improving the quality of life remaining, and should lead to the optimization of the patient's physical and cognitive functions during the course of the disease. Opioid analgesics in the treatment of pain in patients requiring palliative care are one of the basic tools for its optimal control, but of course, in combination with other drugs and non-pharmacological and interventional pain management techniques. Even in this risk group of usually seriously ill patients, their administration must follow the generally accepted principles of their administration by experienced physicians with a sufficient range of knowledge and experience with the use of opioids in the clinical practice of acute and chronic pain. As a basic recommendation for practice - the palliative medicine physician as well as other members of the palliative care team must be able to recognize the painful syndromes of the palliative care patient and according to general recommendations, also initiate pain treatment. If the pain cannot be controlled, the patient should be referred to an algesiologist.

Key words: palliative medicine, pain, opioid analgetics

Paliat. med. liec. boles., 2022;15(1-2e):12-24

Úvod

Pre lekárov, ktorí pracujú s onkologickými pacientmi, je známe, že nie všetky nádorové ochorenia u jednotlivých pacientov musia byť nevyhnutne spojené s bolesťou významnej intenzity. Avšak v prípade jej výskytu sa popri prirodzenému strachu z hrozacej redukcie kvality života, nevládnosti a smrti, spojených so samotnou prítomnosťou zhubného nádorového ochorenia, práve stredne silná až silná bolesť stáva najväčším a najdôležitejším zdrojom utrpenia pacienta. Predovšetkým od fázy zmiernenia ho môže trápiť viac ako samotná prítomnosť onkologického ochorenia. Jej závažné negatívne následky ovplyv-

ňujúce psychiku pacienta, ale aj kvalitu protinádorovej liečby, imunitu a viaceré fyziologické funkcie organizmu pacienta sú všeobecne známe. V súčasnosti sa už, vďaka roky trvajúcej vzájomnej spolupráci väčšiny onkologických a algeziologických pracovísk, liečba bolesti u onkologických pacientov stala normálnou súčasťou komplexnej starostlivosti o nich. Na väčšine onkologických pracovísk sa už adekvátne podávajú analgetiká a adjuvanciá a v prípade potreby je konzultovaný algeziológ. Žiaľ, nie všade je to zaužívaným pravidlom a bežnou klinickou praxou, nie každý špecialista na liečbu onkologických ochorení považuje významnú bolesť pacienta za

hodnú pozornosti a terapeutického zásahu. Pokračovaním a prehĺbením našej vzájomnej spolupráce a komunikácie sa však aj tieto negatívne postoje dajú korigovať k všeobecnej spokojnosti nádorovou bolesťou trpiacich pacientov.

Celkom nepochybné je, že každého onkologicky chorého pacienta je potrebné sa spýtať, či aktuálne trpí bolesťou. Ak áno, tak je nevyhnutné nájsť vhodný spôsob jej kauzálneho odstránenia alebo aspoň paliatívnej kontroly. Zatiaľ čo príčinná liečba nádorovej bolesti obvykle priamo súvisí s cieľovou protinádorovou liečbou, jej paliatívna kontrola si obvykle vyžaduje individuálne zvolenú stratégiu liečby.

Paliatívna medicína zlepšuje kvalitu života pacientov a ich príbuzných, ktorí čelia výzvam spojeným so život ohrozujúcimi chorobami – či už fyzickými, psychickými, sociálnymi alebo duchovnými. Predchádza a zmierňuje utrpenie včasnou identifikáciou, správnym posúdením a liečbou bolesti a iných problémov – fyzických, psychosociálnych alebo spirituálnych. Využíva tímový prístup, rieši praktické problémy u umierajúceho, poskytuje poradenstvo a ponúka taký systém podpory, ktorý pomáha pacientom žiť čo najaktívnejšie až do smrti. Je uznaná explicitne, podobne ako základné ľudské právo na zdravie.

Každý rok odhadom asi 40 miliónov ľudí potrebuje paliatívnu starostlivosť, pričom až 78 % z nich žije v krajinách s nízkym alebo stredne vysokým príjmom, asi iba 14 % z tých, ktorí paliatívnu starostlivosť potrebujú, majú k nej prístup (1).

Navyše, starnutím populácie sa celosvetová potreba paliatívnej starostlivosti bude naďalej zvyšovať.

V súčasnosti vo vyspelých krajinách je smrť jedinca najčastejšie dôsledkom dlhého chronického ochorenia, či už onkologického alebo neonkologického. Tento fakt je v kontraste s údajom, ktorý hovorí, že v minulom storočí bola smrť skôr rapídny, náhlym dôsledkom akútnej poruchy zdravia – najčastejšie infekcie alebo úrazu. Skupina pacientov, ktorí umierajú pomaly, sa zväčšuje.

Dnes najčastejšie príčiny úmrtia vo vyspelých krajinách sú kardiovaskulárne ochorenia (38,5 %), rakovina (34 %), chronické respiračné ochorenia (10,3 %), AIDS (5,7 %) a diabetes mellitus (2).

Paliatívnu starostlivosť tak môžu potrebovať nielen onkologickí pacienti, ale aj pacienti s neonkologickými ochoreniami – renálne a hepatálne zlyhanie, roztrúsená skleróza, Parkinsonova choroba, reumatoidná artritída, neurologické poruchy, demencia, kongenitálne anomálie či tuberkulóza.

Boleť je najčastejším a najzávažnejším symptómom paliatívneho pacienta. Na druhom mieste je pocit sťaženého dýchania – dyspnoe.

Liečba musí byť vždy zameraná na zlepšenie kvality zostávajúceho života, mala by viesť k optimalizácii fyzických a kognitívnych funkcií pacienta v priebehu choroby.

Terapeutický plán by mal byť vhodnou kombináciou farmakologických a nefarmakologických postupov, pričom maximálna pozornosť sa venuje hodnotám a potrebám každého pacienta.

Komplexná algeziologická terapia nádorovej bolesti pozostáva z troch oblastí, kde prirodzene dominuje kombinovaná farmakoterapia, ktorá je podľa zváženého účelne dopĺňaná nefarmakologickými technikami a intervenčnou algeziologickou liečbou. Medzi lieky, ktoré už tradične v dennej klinickej praxi asi najviac tíšia bolesti pacientov s nádorovým ochorením, stále patria opioidové analgetiká. Opioidy sú nenahraditeľné v liečbe mnohých bolestivých syndrémov, ale dokážu riešiť aj iné symptómy (dyspnoe).

Onkologickí pacienti

Asi dve tretiny pacientov s rakovinou jasne deklarujú bolesť (3). Na trajektórii života, v období veľmi blízkom smrti (1 týždeň pred smrťou), sa bolesť objavuje až u 34 % – 54 % pacientov (4). Výsledkom nekontrolovanej alebo zle kontrolovanej nádorovej bolesti môže byť túžba jedinca po rýchlej smrti (5). Liečba nádorovej bolesti je individualizovaná a jednoznačne musí zohľadňovať syndróm nádorovej bolesti.

Neonkologickí pacienti

Sú to pacienti trpiaci na nevyliciteľné nenádorové ochorenia, ktoré svojou podstatou dospeli do svojho konečného štádia, vyliečenie nie je možné a zdrojom eskalujúcej bolesti je progresia ochorenia, imobilita alebo sprievodné komorbidity (napr. dekubity).

Zväčša ide o pacientov v starom veku, ktorí majú aj iné preexistujúce bolestivé stavy, ako osteoartritídu, osteoporózu, polyneuropatie či bolesť chrbta (6).

Z hľadiska nástupu obdobia „End of life“ a samotného úmrtia, sú tri skupiny týchto pacientov.

Prvá skupina sú pacienti, ktorí majú závažné ochorenie, ktoré je nevyliciteľné, progreduje a výsledkom tejto progresie je smrť. Potom je to druhá skupina pacientov, ktorí majú základné ochorenie stabilné, pomerne málo symptómov, avšak dôjde u nich k náhlemu zhoršeniu zdravia a aj k náhlej smrti. Tretia skupina pacientov je taká, kde

progresia ich základného ochorenia nie je taká očividná, môžu mať obdobia zhoršenia (vtedy je paliatívna starostlivosť u nich potrebná) a obdobia remisie, keď sa majú lepšie. Úmrtie príde tiež nečakane (7).

1. Pacienti s HIV a AIDS

V súčasnosti, vďaka antiretrovirálnej liečbe, je ich medián prežívania od momentu stanovenia diagnózy takmer 35 rokov (8). Paradoxne, dlhšie prežívanie tejto skupiny pacientov znamená pre nich vyššie riziko vzniku mnohých komorbidít – kardiovaskulárne, renálne, hepatálne, malignity, ktoré môžu u nich predisponovať k potrebe paliatívnej starostlivosti.

2. Pacienti v pokročilom štádiu chronickej obštrukčnej choroby pľúc

Chronická obštrukčná choroba nie je len ochorenie pľúc, ale skôr komplexná systémová choroba s psychologickou reakciou jedinca na ňu. Spája sa so špecifickým syndrómom umierajúceho – s dyspnoe. Dyspnoe sprevádza pacienta celým obdobím ochorenia, výrazne znižuje kvalitu života pacienta, je zdrojom psychickej deteriorácie a závažných psychosociálnych reakcií pacienta (9). V liečbe bolesti u tejto skupiny pacientov sa osvedčil prístup „start low – go slow“ (10).

3. Pacienti so srdcovým zlyhávaním

Kardiálne zlyhanie je posledným štádiom srdcových ochorení rôznej etiológie, je jedným z najhlavnejších príčin mortality a aj častým dôvodom nutnosti poskytnutia paliatívnej starostlivosti (11). Spája sa s mnohými symptómami – najčastejšie je to bolesť, potom dyspnoe, edémy, únavový syndróm a depresia.

4. Pacienti s demenciou a inými neurologickými ochoreniami (amyotrofická laterálna skleróza, Parkinsonova choroba, roztrúsená skleróza)

Kognitívny deficit u pacientov s demenciou podmieňuje sprievodné javy tohto neurodegeneratívneho ochorenia – sociálna izolácia, pestrá psychiatrická

symptomatológia, výrazný pokles kvality života. Paliatívne intervencie zahŕňajú plánovanie následnej starostlivosti pri progresii ochorenia, vyhnutie sa náročným diagnostickým úkonom, nakoľko tieto sú spojené s vysokým rizikom mortality (12).

5. Pacienti s renálnym zlyhaním

Aj napriek možnosti hemodialyzačnej alebo transplantáčnej liečby, existuje početná skupina pacientov, ktorým sa táto liečba z rôznych dôvodov stala nedostupnou (13). Pacienti trpia rôznymi syndrómami – úzkosť, depresia, bolesť, pruritus, trápí ich syndróm nepokojných nôh, či nespavosť. Pre rozmanitosť prítomných symptómov je paliatívna starostlivosť u nich mimoriadne dôležitá.

6. Pacienti na jednotke intenzívnej medicíny

Paliatívna starostlivosť o pacienta v end of life období na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny má svoje špecifiká. Je to najmä tým, že personál na ICU je primárne zameraný na záchranu života a tak prechod zo život zachraňujúcej starostlivosti smerom k paliatívnej starostlivosti môže byť veľmi náročný po všetkých stránkach.

Syndrómy bolesti v paliatívnej medicíne

Bolesť u paliatívneho pacienta s nenádorovým ochorením

Syndrómy u paliatívneho pacienta s nenádorovým ochorením môžeme rozdeliť podľa etiológie na bolesť spôsobenú základným ochorením, na bolesť spôsobenú liečbou základného ochorenia a potom sú to bolestivé syndrómy bez vzťahu k základnému ochoreniu alebo jeho liečbe (tabuľka 1).

Bolesť u paliatívneho pacienta s nádorovým ochorením

Bolesť u onkologického pacienta môžeme didakticky členiť z hľadiska etiológie a z časového hľadiska.

Z hľadiska **etiológie** je rozdelenie syndrómov nasledovné:

Tabuľka 1. Bolestivé syndrómy v paliatívnej medicíne (32)

Bolesť spôsobená základným ochorením	Bolesť spôsobená liečbou základného ochorenia	Bolesť bez vzťahu ku základnému ochoreniu alebo jeho liečbe
Bolesť na hrudi v poslednom štádiu srdcového zlyhávania	Aseptická nekróza v dôsledku protrahovanej kortikoterapie	Svalová atrofia a z nej vyplývajúce myalgie
Ischemická bolesť pri cievnych ochoreniach	Fantómová bolesť ako dôsledok chirurgickej liečby	Bolesť kĺbov pri hypomobilitate
Abdominálna bolesť pri ascite	Posttherpetická neuralgia u imunokompromitovaných pacientov	Bolesť pri kontraktúrach
Abdominálna bolesť s prenesenou bolesťou do hrudníka alebo ramena pri hepatálnom zlyhaní a cirhóze pečene		Ulcerácie z útlaku vystupujúcich drénov, katétrov
Bolesť kože pri excesívnych edémoch		
Bolesť v križovej oblasti a pruritus pri renálnom zlyhavaní		
Bolesť na hrudníku pri pľúcnej fibróze, emfyzéme		
Bolesť hlavy pri neuroinfekciách		
Centrálna bolesť po cievnej mozgovej príhode		
Neuralgia trojklaného nervu pri roztrúsenej skleróze		
Bolesť kostná, svalová a viscerálna pri oklúzii periférnych ciev pri sickle – cell anémii		
Neuromuskulárna bolesť pri spasticite		

- Syndrómy vo vzťahu k nádoru a jeho progresii
- Syndrómy zapríčinené inváziou tumoru do nervových štruktúr
- Abdominálna bolesť
- Syndrómy vo vzťahu k diagnostickým a terapeutickým procedúram

Z hľadiska **časového** môžeme syndrómy paliatívneho pacienta rozdeliť do dvoch skupín, akútne a chronické. Výpočet podrobnej syndromológie nádorovej bolesti nie je predmetom tohto článku.

Opioidové analgetiká v liečbe u paliatívnych pacientov s nádorovou bolesťou

Paliatívna medicína je charakterizovaná predovšetkým starostlivosťou o pacienta, u ktorého už nie je možná príčinná liečba a vyžaduje liečebné postupy zamerané na zvýšenie kvality jeho života. Medzi takéto modalitty patrí predovšetkým kontrola, resp. tíšenie jeho bolesti, ak nimi trpí. Vo fáze paliatívnej liečby sa môžeme stretávať rovnako s bolesťou akútnou, ako aj s chronickou, s nádorovou, ale aj nenádorovou. Môže mať slabú, stredne silnú i silnú intenzitu, môže ísť o bolesť nociceptívnu (somatickú, viscerálnu), neurogennu (periférnu, centrálnu), psychogennu, zmiešanú i neznámeho pôvodu.

Pri liečbe akútnej, chronickej i nádorovej bolesti môžeme u väčšiny pacientov použiť **tri typy terapeutických postupov**: farmakologické, nefarmakologické a invazívne (intervenčné). Používame ich individuálne vo vzájomnej účelnej kombinácii podľa charakteristiky liečenej bolesti. Sú súčasťou terapeutickú rozvahy o liečbe akútneho bolestivého stavu u praktického lekára, lekára paliatívnej medicíny, onkológa, či iného špecialistu. Ak liečbu riadi už algeziológ, po určení algeziologickej diagnózy obvykle pri prvom vyšetrení pacienta vypracuje terapeutický plán liečby bolesti.

Zatiaľ čo liečba akútnej bolesti môže spočívať v použití len jedného analgetika či adjuvancia, farmakoterapia chronickej bolesti v zásade vždy spočíva v nasadení kombinácie liekov. Jej cieľom je účelné ovplyvnenie najdôležitejších mechanizmov vzniku, prenosu i vnímania bolesti na úrovni rôznych receptorových a modulačných systémov podľa diagnostiky bolesti. Liečba je preto vždy individuálne vyberaná s kombináciou farmák rôznych skupín.

Pri všeobecnom uvažovaní o terapeutických zásahoch v oblasti liečby bolestivých stavov si môžeme stanoviť isté patofyziologické terapeutické ciele v podobe tzv. „algoritmu farmakoterapie chronickej bolesti“, ktorý uvádzame

v ďalšom texte. Pre liečbu všetkých typov bolesti však v zásade univerzálne platí odporúčenie WHO v podobne tzv. „analgetického rebríka“.

Analgetický rebrík

Analgetický rebrík je teda záväzné odporúčenie WHO (Svetová zdravotnícka organizácia) pre výber analgetík a adjuvantných liekov podľa rôznej intenzity bolesti. Štandardne sa uvádza a v praxi používa trojstupňový analgetický rebrík, ktorý má svoje jednotlivé stupne odlíšené podľa intenzity bolesti. Prvý stupeň charakterizuje bolesť slabá s hodnotou VAS (Vizuálna analógová škála) 1 – 3, druhý stupeň označuje stredne silnú bolesť (s VAS 4 – 7) a tretí stupeň analgetického rebríka charakterizuje silná bolesť (s VAS 8 – 10) (pozri obrázok 1). Pre každý stupeň je charakteristická aplikácia analgetík a adjuvancií v rôznej účelnej kombinácii. Na I. stupni analgetického rebríka (bolesť slabej intenzity) sa používajú **neopioidové analgetiká**, na II. stupni dominujú **slabé opioidy**, na III. stupeň používame **silné opioidy**. Okrem analgetík je v liečbe chronickej bolesti nevyhnutné používať aj tzv. **adjuvantné lieky**, ktoré delíme na koanalgetiká a pomocné liečivá. Väčšinu informácií o použití opioidov u pacientov v paliatívnej liečbe v tomto odbornom článku čerpáme z učebnice Farmakoterapia bolesti pre lekárov a farmaceutov (14).

Zásady liečby akútnej bolesti

Akútna bolesť je vždy jeden zo symptómov ochorenia, ktoré ju vyvolalo a v zásade má vždy ochranný, či varovný charakter. Je preto jedným z najčastejších, najbežnejších a väčšinou aj najvčasnejším príznakom rozličných patologických stavov spojených so zápalom, poškodením orgánov alebo tkanív organizmu. Jej liečbou sa preto prirodzene zaoberá väčšina všeobecných lekárov i špecialistov. Akútna bolesť sa môže vyskytnúť aj kedykoľvek v priebehu chronického ochorenia u pacienta vyžadujúceho si paliatívnu liečbu. K tíšeniu akútnej bolesti dochádza obvykle až po stanovení pracovnej diagnózy ochorenia, ktoré ju spôsobilo. Vždy však berieme ohľad na jej intenzitu, nakoľko môže byť až taká intenzívna

Obrázok 1. Analgetický rebrík (zdroj: archív autora)



a šokujúca, že sama môže byť zdrojom poškodenia organizmu a dokonca až jeho smrti. Kontrola akútnej bolesti je v zásade symptomatická, často s využitím farmakologických postupov, spolu v účelnej kombinácii s nefarmakologickými postupmi a intervenčnými technikami (anestézia). Opioidové analgetiká používame pri silnej akútnej bolesti obvykle v prvých hodinách či dňoch po jej vzniku a s hojením postihnutého tkaniva ich postupne vysadzujeme – podľa schémy „obráteneho analgetického rebríka“. Znamená to, že spočiatku pacientovi so silnou bolesťou nasadíme kombináciu z vyšších stupňov rebríka (obvykle „druhostupňová“ kombinácia neopioidového analgetika a slabého opioidu) a v priebehu zmierňovania sa bolesti pri hojení tkaniva postupne vytitrovanú dávku znižujeme a jednotlivé lieky z kombinácie postupne vysadzujeme. Umožňuje nám to zabezpečiť rýchle určenie potrebnej minimálnej účinnej dávky a kombinácie liekov pri ich relatívnej bezpečnosti výskytu nežiaducich účinkov. Farmakoterapia akútnej bolesti má oproti liečbe chronickej bolesti v zásade jednoduchšiu liečebnú schému, často s využitím monoterapie neopioidovým analgetikom, prípadne slabým opioidom, prípadne v kombinácii s koanalgetikom v ich rýchloúčinných formách. V zdravotníckom zariadení často využívame aj infúzne vnútrožilové podanie liekov, ktoré umožní ich rýchlejší a robustnejší účinok. Vzhľadom na to, že pri akútnej bolesti z patofyziologického hľadiska dominuje zápal, obvykle v prvej línii využívame nesteroidové antiflogistiká.

Kombinujeme ich potom podľa zásad analgetického rebríka na základe typu a intenzity bolesti s inými neopioidovými analgetikami, so slabými opioidmi a rôznymi koanalgetikami.

Výber liekov podľa typu bolesti

Pre rozhodovanie o výbere vhodných liekov je nevyhnutné určiť typ bolesti, ktorý u pacienta trápí, resp. ktorý dominuje. Najčastejšie typy bolesti je bolesť nociceptívna – teda somatická alebo viscerálna a bolesť neuropatická (neurogénna). Zatiaľ čo pre bolesť nociceptívnu používame kombináciu analgetík a adjuvancií podľa zásad analgetického rebríka, pri bolesti neuropatickej preferujeme v prvej línii liečby antikonvulzíva, antidepressíva a až v druhom slede k nim pridávame neopioidové a prípadne opioidové analgetiká.

Pri **somatickej bolesti**, akými sú napr. bolesti chrbta a pohybového aparátu, hojajúcich sa jaziev, zubov, sú obvykle najúčinnnejšie nesteroidové antiflogistiká (NSA) a paracetamol, použiteľné aj vo vzájomnej kombinácii. K týmto liekom v prípade slabej analgézie pridávame postupne sa zvyšujúcu dávku tramadolu, resp. dihydrokodeínu a často aj vybrané adjuvanciá. Silné opioidové analgetiká pri akútnej bolesti používame zriedkavejšie. Z koanalgetík podávame najčastejšie myorelaxanciá (benzodiazepíny), obvykle aj s cieľom využiť ich anxiolytický účinok a aplikáciu lokálnych anestetík pri intervenčných analgetických, resp. regionálno-anestetických výkonoch. Z adjuvancií

často využívame aj pomocné lieky, a to predovšetkým antiemetiká, ale aj gastroprotektíva a laxatíva.

Viscerálne bolesti v akútnom stave riešime podobne, len pred NSA a paracetamolom obvykle uprednostníme podávanie metamizolu, ktorý má okrem analgetického (a antipyretického) účinku aj výrazný spazmolytický efekt. Z adjuvancií tiež používame anxiolytiká a antidepresíva, z pomocných liekov predovšetkým antiemetiká a prokinetiká. Aj tu silné opioidové analgetiká používame (oproti chronickej viscerálnej bolesti) zriedkavo. Najčastejšie príklady akútnej viscerálnej bolesti sú bolesti orgánov brucha rôznej etiológie (pooperačné bolesti, koliky, pankreatitída a pod.) a hrudníka. Zdôrazníme ešte, že pred tíšnením akútnych viscerálnych bolestí je nevyhnutné určiť pôvod bolesti, teda diagnózu!

Neuropatická bolesť sprevádza obvykle priame poškodenie vlákien periférneho alebo centrálného nervového systému, pričom impulzy bolesti vznikajú nie na voľných nervových zakončeníach, ale (ektopicky) v mieste lézie. Najčastejším príkladom periférnej neuropatickej bolesti je postherpetická neuralgia, diabetická polyneuropatia, ale aj neuralgia n. trigeminus, alebo rôzne koreňové iritačné syndrómy. V liečbe neuropatickej bolesti preto primárne používame lieky patriace do skupiny adjuvancií a analgetiká podávame v zásade len ako doplnkovú liečbu bolesti. Z koanalgetík podávame predovšetkým antikonvulzíva (najmä gabapentín, pregabalín a karbamazepín), antidepresíva predovšetkým zo skupiny SSRI (Selective Serotonine Reuptake Inhibitors) a SNRI (Serotonine Norepinephrine Reuptake Inhibitors) (ako stabilizátory senzitivovaného centrálného nervového systému – CNS) a anxiolytiká, ďalej („antineuropatické“) infúzie s ketamínom, trimekáinom, magnéziom, ale aj s tiopentalom, na kožu lepené lidokaínové a kapsaicínové náplaste a iné látky. Z analgetík je na neuropatickú bolesť obvykle dobre účinný metamizol, NSA a tramadol. Pri indikovaných stavoch môžeme vyskúšať aj niektorú z molekúl silných opioidov. Aj pri tomto type bolesti je možná intervenčná a fyzikálna liečba.

Zásady farmakoterapie pooperačnej a postprocedurálnej bolesti

Medzi najčastejšie prípady nádorovej bolesti patrí bolesť postprocedurálna a pooperačná. Pooperačná bolesť má tiež častejšie prítomnú viscerálnu zložku bolesti, ako postprocedurálna bolesť. V oboch prípadoch ide o bolesť ako varovný, ochranný symptóm daného ochorenia a s postupným hojením sa poškodeného tkaniva sa postupne zmierňuje až celkom vymizne.

Vzhľadom na to, že pacient obvykle prvé dni po operácii a úraze neprijíma per os, lieky na tíšnenie bolesti podávame najčastejšie **vo forme intravenózných infúzií**. Zvyčajne ide o 2 až 3 infúzie denne, niekedy kombinované s inou parenterálnou liečbou s ich intramuskulárnou, subkutánnou, intravenóznou, prípadne inou aplikáciou. Využívame pri tom presne definované monokompozitné infúzne špeciality, alebo účelné kombinácie liekov vo fyziologickom roztoku, ktorých zloženie je vyberané podľa účelu ich podávania (teda indikácie). V prípade poudrazovej a pooperačnej bolesti ich zloženie tvoria najčastejšie:

- neopiooidové analgetikum, a to NSA (za účelom predovšetkým analgetického, antiflogistického a antiedémového účinku), resp. metamizol (ako analgetikum a spazmolytikum predovšetkým pri viscerálnej bolesti)
- opioidové analgetikum (za účelom tíšnenia silnej bolesti)
- lokálne anestetikum (membrány buniek stabilizujúci účinok, analgetický, antikonvulzívny a myorelaxačný účinok)
- myorelaxans – anxiolytikum (centrálne uvoľňujúce nadmerné napätie mysle a kostrových svalov)
- magnézium (obvykle ako sulfát, resp. magnesium sulphuricum, MgSO₄) s myorelaxačným a CNS stabilizujúcim účinkom

Prehľad základných liekov určených na tíšnenie akútnej bolesti **formou intravenózne analgézie**:

1. slabá bolesť – neopiooidy v injekčnej forme: metamizol, paracetamol, zo skupiny NSA: diklofenak, ibuprofén, ketoprofén, meloxicam, lornoxikam...

2. stredne silná bolesť – slabé opiooidy v injekčnej forme: tramadol, pethidín...
3. silná bolesť – silné opiooidy v injekčnej forme: morfín, sufentanil, remifentanil, piritramid...

Hlavné zásady liečby chronickej nádorovej bolesti

Liečba chronickej bolesti je aj u paliatívnych pacientov, v porovnaní s liečbou akútnych bolestivých stavov, obvykle komplexnejšia a komplikovanejšia. Hlavným dôvodom sú patofyziologické zmeny nervového systému sprevádzajúcich chronickú bolesť, ako aj rôznorodosť prítomných typov bolesti a klinických príznakov a z toho vyplývajúca náročnosť jej liečby.

Algoritmus farmakoterapie chronickej bolesti

Úspešnosť liečby chronickej bolesti spočíva v pochopení patofyziologických zmien spojených so senzitiváciou nervového systému a v nasadení správnej kombinácie farmák individuálne pre daného pacienta. Pri snahe o komplexnosť a cielenosť terapeutického postupu je nevyhnutné ovplyvniť vhodne centrálnu i periférnu zložku chronickej bolesti a zároveň jednotlivé terapeutické kroky správne načasovať. Tento proces komplexnej liečby chronickej bolesti nám štruktúrne znázorňuje algoritmus princípov farmakoterapie chronickej bolesti (15). Zdôrazňuje potrebu kombinovania farmák z rôznych skupín ovplyvňujúcich viaceré úrovne nervového systému, ktoré sa podieľajú na vzniku bolesti.

Paliatívni, dlhodobo trpiaci pacienti, sa nachádzajú obvykle už v štádiu viac, či menej rozvinutej senzitivácie nervového systému (NS) a chronickej bolesti. Často už prešli neúspešnou farmakoterapiou bolesti u iných špecialistov, väčšinou neopiooidovými analgetikami, v prípade neuropatickej bolesti spolu s antikonvulzívmi a pre ich neúčinnosť a príznaky úzkostno-depresívnej poruchy možno anxiolytikami. Táto liečba je však u nich neúčinná a pacienti často trpia ďalej, predovšetkým z dôvodu nerozpoznania známok senzitivácie nervového systému s narušením inhibičných mechanizmov bolesti ošetrojúcim lekárom.

Farmakoterapia chronickej bolesti by mala byť v zásade zameraná na dostatočnú aktuálnu analgéziu, ako aj adekvátnu liečbu senzitivizácie CNS.

Algoritmus farmakoterapie chronickej bolesti (14):

1. Stimulácia poškodenej a zlyhávajúcej centrálnej inhibície bolesti.

V algeziologickej praxi je často nevyhnutné ako prvé stimulovať a stabilizovať narušené mechanizmy inhibície bolesti (segmentálnej, descendentnej aj centrálnej), obvykle nasadením vhodného antidepresíva (zo skupiny tricyklických antidepresív – TCA, SSRI, SNRI...) podávané dlhodobo (priemerne 1 rok) v nízkej dávke 1x denne. V tejto indikácii hrajú často kľúčovú úlohu aj niektoré nefarmakologické postupy (predovšetkým vhodné zvolená technika individuálnej psychoterapie, transkutánnej elektrickej nervovej stimulácie – TENS, ale aj iné).

2. Stabilizácia prítomnej senzitivizácie CNS.

Na stabilizáciu senzitivizácie CNS, teda redukcie pri vzniknutých maladaptívnych neuroplastických zmenách nervového systému, môžeme nasaďiť antagonisty NMDA receptorov (napr. ketamín, NSA), agonisty TRPV kanálov (kapsaicín) a taktiež aj antidepresíva (TCA, SSRI, SNRI...) v úlohe „antinociceptív“, či „antisenzitivizačných“ liekov, stimulujúcich centrálnu inhibičnú mechanizmy, či opioidy, anxiolytiká, neuroleptiká, blokátory kalciových kanálov a mnohé iné. Aj tu je možné využiť niektoré nefarmakologické postupy (ako psychoterapia, autogénny tréning, cieľená motivácia, TENS...) a iné.

3. Redukcia nociceptívnej aferencie z periférie.

Okrem posilnenia centrálnej zložky bolesti musíme zabezpečiť aj redukciu nadmernej nociceptívnej aferencie z periférie rôznymi spôsobmi. Je to jednak redukciami generovania impulzov bolesti (tzv. „generátora bolesti“) buď kontrolovaním sterilného zápalu v mieste poškodenia tkaniva aplikáciou antiflogistik (NSA, kortikoidy), alebo snahou o zníženie ektoptickej excitácie antikonvulzívami (pregabalín, gabapentín, karbamazepín...) a jednak redukciami bolestivej transmisie aplikáciou techník regionálnej anestézie na úrovni miechy, nervových pletení a periférnych nervov (lokálne anestetiká v úlohe

blokátorov Na⁺ kanálov). Podľa stavu pacienta ich môžeme aplikovať buď zároveň s nasadenou farmakoterapiou, alebo až po začínaní tejto liečby. V klinickej praxi je naozaj zaujímavé sledovať, ako dokáže niekoľkohodinové obmedzenie prísunu bolestivých impulzov z miesta ich vzniku do miechy umožniť rekonštrukciu segmentálnych a supraspinálnych „obraných valov“ (inhibičných mechanizmov) centrálneho nervového systému s následným zlepšením kontroly intenzity bolesti a utrpenia pacienta.

4. Zabezpečenie aktuálnej analgézie.

Popri týchto vyššie uvedených terapeutických zásahoch sa zároveň snažíme o etické zabezpečenie kvalitnej aktuálnej analgézie podľa zásad analgetického rebríka s aplikáciou neopioidových a opioidových analgetík, adjuvantných liekov, nefarmakologických postupov a pod.

Opioidové analgetiká

Slabé opioidové analgetiká

V prípade, že analgézia zabezpečovaná neopioidovými analgetikami z I. stupňa „analgetického rebríka“ (NSA, paracetamol a metamizol) je nedostatočná, alebo bolesť u daného pacienta v čase progreduje, na II. stupni „analgetického rebríka“ ku I. stupňovým analgetikám a/alebo adjuvanciám pridávame postupne sa zvyšujúcu dávku zástupcu tzv. „slabých opioidov“. Aj keď slabé opioidy nie sú presne definované, ich spoločnou charakteristikou je existencia maximálnej dennej definovanej dávky týchto molekúl, teda maximálnej bezpečnej dennej dávky, ktorá vyplýva z ich tzv. „stropového efektu“ („ceiling effect“). Je to jedna zo základných charakteristík prevažnej väčšiny liekov (pravdepodobne všetkých okrem silných opioidov), ktorá udáva hranicu maximálnej (stropovej) dennej dávky lieku, pri zvyšovaní ktorej už nerastie požadovaný (v tomto prípade analgetický) efekt, ale už len rozsah a intenzita nežiaducich účinkov danej molekuly. Iný variant tohto efektu je možnosť, že požadovaný (analgetický) účinok zvyšovaním dávky ešte rastie, ale zároveň s ním narastá aj výskyt nežiaducich účinkov lieku, a to až do netolerovateľnej úrovne (čiže pomer riziko – benefit je väčší ako 1).

Opioidové analgetikum je indikované na symptomatické tíšenie bolesti, ktorá už nereaguje na podávanie liekov z I. stupňa analgetického rebríka a do procesu vzniku impulzov bolesti v periférnych tkanivách priamo nezasahuje.

V klinickej praxi na Slovensku považujeme za tzv. slabé opioidy predovšetkým molekuly tramadol a dihydrokodeín.

1. Tramadol

Tramadol je slabé opioidové analgetikum s duálnym účinkom na CNS. Pôsobí ako parciálny agonista μ -opioidových receptorov s nízkou afinitou a až asi 60 % jeho aktivity sa realizuje prostredníctvom ovplyvňovania monoaminergických receptorov (nepriamy $\alpha 2$ -agonista) s inhibíciou „reuptake“ (spätného vychytávania) viac serotonínu, ako noradrenalínu.

Preto okrem priameho opioidmi sprostredkovaného analgetického účinku tiež moduluje vnímanie bolesti stimuláciou miechovej segmentálnej inhibície s účinkom nielen na nociceptívnu, ale aj na neuropatickú bolesť, čiže môže významne stimulovať inhibičné antinociceptívne mechanizmy bolesti (predovšetkým descendentné serotonínergické a noradrenergické inhibičné dráhy). Pôsobí aj ako antagonist rôznych iných receptorových systémov (14), čo mu umožňuje zabezpečenie požadovaného analgetického účinku pri relatívne nižších dávkach lieku, a tým jeho väčšiu bezpečnosť a širšie terapeutické spektrum. Treba poznamenať, že blokáda spätého vychytávania serotonínu a noradrenalínu je oveľa slabšia ako pri klasických tricyklických antidepresívach, preto tramadol nemá žiadny klinicky významný antidepresívny či anxiolytický účinok. Nemal by sa podávať s inhibítormi monoaminoxidázy a opatrne s antidepresívami typu SSRI, SNRI.

Jedna z významných výhod tramadolu je jeho dostupnosť v širokej palete aplikačných foriem. Celková denná dávka tramadoliumchloridu nemá presiahnuť 400 mg, s výnimkou špeciálnych klinických okolností, akým je napríklad aj chronický bolestivý stav. Tie predstavujú obvykle pravidelné užívanie stabilnej dávky 2x denne 200 mg tramadolu vo forme retardovaných tabliet s jeho intermitentným užitím (podľa potreby)

vo forme kvapiek na náhlu (tzv. interkurentnú) alebo prelomovú bolesť v dávke 20 kvapiek (50 mg) maximálne 2 – 3x za deň. Pri dobrej individuálnej tolerancii a analgetickom účinku hlavne v liečbe onkologickej bolesti výnimočne podávame maximálnu dennú dávku tramadolu 500 – 600 mg, ktorú už viac neprekračujeme!

Jednotlivá dávka tramadolu je približne 50 – 100 mg v 4- až 6-hodinových intervaloch, čo sú 1 až 2 kapsuly à 50 mg, resp. 20 – 40 kvapiek. V závislosti od intenzity bolesti účinok pretrváva 4 – 8 hodín. Ak v priebehu 30 – 60 minút bolesť neustúpi, podá sa ďalšia jednotlivá dávka 50 mg. Ďalšie dávky sa podávajú v intervaloch 4 – 6 hodín až do dennej dávky 400 mg. V prípade, že sa pri silných bolestiach očakáva potreba vyššej dávky, podáva sa ako jednotlivá dávka 100 mg. Deťom vo veku 1 – 13 rokov sa podáva ako jednotlivá dávka 1 až 2 mg tramadoliumchloridu na 1 kg telesnej hmotnosti. Denná dávka je 4 – 8 mg na 1 kg rozdelená do 3 – 4 dávok.

2. Dihydrokodeín

Dihydrokodeín je semisyntetické opioidové analgetikum a antitusikum. Je analgeticky potentnejší ako samotný kodeín, ale slabší ako morfín. Dihydrokodeín sa podobne ako kodeín v pečeni metabolizuje na morfín. Klinicky účinkuje ako analgetikum s miernymi anxiolytickými účinkami a antitusikum. Antitusický účinok je sprostredkovaný účinkom na centrum kašľa v predĺženej mieche a môže sa vyskytnúť už pri dávke nižšej než si vyžaduje analgézia. Podobne ako iné opioidy, pri neadekvátne vysokej dávke môže spôsobiť respiračnú depresiu priamym pôsobením na respiračné centrá v mozgovom kmeni. Priamym pôsobením na periférne opioidové receptory v nervovej pleteni v stene čreva znižuje pohyblivosť hladkého svalstva GIT, predovšetkým žalúdka, dvanástnika aj hrubého čreva, čím môže spôsobovať nechutenstvo, poruchy pasáže a zápchu. Na tieto nežiaduce účinky sa (žiaľ) nevývíja tolerancia.

Na slovenskom trhu je k dispozícii dihydrokodeín len vo forme retardovaných tabliet s dávkou 60, 90 a 120 mg dihydrokodeínium hydrogéntartarátu

v jednej tablete. Ide o perorálne tablety s predĺženým uvoľňovaním a s deklarovaným 12-hodinovým účinkom. Užíva sa preto v zásade len pravidelne, 2x denne.

Indikovaný je v podstate len na tíšenie chronickej pretrvávajúcej bolesti strednej silnej a silnej intenzity. Preferenčne sa podáva pri somatickej nociceptívnej bolesti, napríklad pri bolestiach lokomočného aparátu, pooperačných a poúrazových bolestiach a pod. Na tíšenie náhlejšej interkurentnej bolesti sa k retardovaným tabletám dihydrokodeínu podávajú podľa potreby buď rýchloúčinkujúce neopioidové analgetiká alebo tramadol kvapky. Zvyčajná počiatočná dávka je 60 mg každých 12 hodín. Dávka môže byť navýšená na maximum 120 mg každých 12 hodín. Podávame ho obvykle na 2. stupni analgetického rebríka v kombinácii s neopioidovými analgetikami a adjuvanciami.

Silné opioidové analgetiká

Ak je analgézia pri použití kombinácie maximálnych použiteľných dávok neopioidových a opioidových analgetík a adjuvantných liekov z druhého stupňa analgetického rebríka nedostatočná, intenzita aktuálnej bolesti je stále silná alebo bolesť ďalej progreduje, je potrebné prejsť na III. stupeň analgetického rebríka. Tu ako dominantné lieky používame viaceré molekuly silných opioidových, resp. opioidových analgetík (tiež anodyná) v rôznych aplikačných formách.

Silné opioidové analgetiká sú lieky pôsobiace ako agonisty rôznych opioidových receptorov predovšetkým v CNS s rôznou afinitou a účinkom.

Podľa Martuliaka z učebnice Patofyziológia bolesti pre klinickú prax, každý opioid účinkuje na všetkých opioidových receptoroch súčasne, ale s rôznou intenzitou vyvolaného účinku, teda na niektorom z nich môžu mať subklinický efekt (15). Tiež je potrebné znovu podotknúť, že vzťah ligand – receptor je v klinickej praxi veľmi individuálny a rozdiely sú nielen u daného jednotlivca, predovšetkým podľa času jeho pôsobenia, ale výrazné sú aj interindividuálne rozdiely podľa individuálnej genetickej výbavy, medzi rasami, pohlaviami a inými faktormi. Každý jedinec teda reaguje na endogénne ligandy, ako aj na podávané

lieky vždy individuálne, čo je potrebné zohľadniť predovšetkým pri nastavovaní pacienta na farmakoterapiu.

V súčasnosti máme na našom trhu k dispozícii šesť molekúl silných opioidových analgetík určených na dlhodobé podávanie. Štyri z nich sú vo forme retardovaných tabliet (tiež tablety s predĺženým uvoľňovaním), resp. kapsúl (morfín, oxykodón, hydromorfón a tapentadol), dve vo forme náplasti (fentanyl a buprenorfín (perspektívne možno sufentanil).

1. Tapentadol

Tapentadol je relatívne nová molekula silného opioidového analgetika s duálnym mechanizmom účinku, prvý predstaviteľ tzv. MOR – NRI centrálnych pôsobiacich analgetík na našom trhu. Štruktúrne je podobná tramadolu, pretože pôsobí na opioidové receptory ako parciálny mí agonista, ako aj na monoaminergické receptory (ako nepriamy α_2 agonista), na rozdiel od tramadolu však s inhibíciou spätného vychytávania predovšetkým noradrenalinu (nie serotonínu).

Údaje z klinických skúšok lieku potvrdzujú, že analgetická účinnosť tapentadolu je porovnateľná s oxykodónom, a to pri lepšej tolerancii, resp. lepšom pomere risk (nežiaduce účinky) / benefit (účinná analgézia). Je vhodný a obvykle dobre účinný pri všetkých typoch bolesti, vrátane neuropatickej bolesti spojenej s hyperalgiou a centrálnou senzitiváciou. Dobre overený je jeho účinok pri somatickej bolesti, napr. pri osteoartritíde, bolestiach chrbta, kĺbov a dokonca aj fibromyalgii (16). Ďalšou výhodou tapentadolu je, že jeho gastrointestinálna tolerancia je v porovnaní s inými silnými opioidovými analgetikami lepšia (17).

Napriek tomu, že pri tapentadole nebol tzv. stropový efekt určený, odporúča sa neprekročiť maximálnu dennú dávku, ktorá ešte zabezpečuje suficientnú analgéziu a bezpečné užívanie. Tá sa pohybuje v dávkach 500 mg pre SR formu (s pomalým uvoľňovaním, angl. „Slow releasing“) a pre IR formu (s rýchlym, okamžitým uvoľňovaním, angl. „Immediately releasing“) 700 mg prvý deň a 600 mg pre ďalšie dni, nakoľko vyššie dávky sa neštudovali (18).

Pri potrebe opatrného začatia jeho podávania zvolíme obvykle podávanie IR 50 mg tabliet 2- až 3-krát denne a po vytitrovaní vhodnej dávky (po niekoľkých dňoch) môžeme prejsť na kontinuálne podávanie SR formy lieku. Aj pri jeho dobrej tolerancii pacientom obvykle dlhodobo neprekračujeme dennú dávku 500 mg (teda 2 x 250 mg SR tbl.), pri jeho kratšej, akútnej aplikácii si dovoľme podať dávku až 700 mg denne. IR tabletu podávame tiež na preklenutie náhlej, vmedzerenej (v podstate prelomovej) bolesti podľa potreby pacienta, a to najčastejšie ako doplnkovú liečbu k bazálnej analgézií pri užívaní SR formy tabliet tapentadolu.

2. Morfín

Morfín je základný, štandardný predstaviteľ opioidových analgetík, s ktorým sa obvykle porovnávajú rôzne vlastnosti iných molekúl silných opioidov ("zlatý štandard"). Účinkuje predovšetkým ako agonista mí receptorov, na ktoré sa rýchlo a silno viaže, ich prostredníctvom vyvoláva predovšetkým analgéziu, sedáciu, eufóriu, fyzickú závislosť a depresiu dýchania. Receptory delta a kappa ovplyvňuje slabšie, vyvolávajúc tak predovšetkým spinálnu analgéziu, miózu a psychomimetické účinky (kappa) a analgéziu (delta).

Morfín je v liečbe akútnej, ale predovšetkým chronickej bolesti silnej intenzity, často liekom voľby. Jeho klinickou výhodou je prítomnosť širokého spektra enterálne i parenterálne aplikovateľných aplikačných foriem a všeobecne dobrá analgetická účinnosť a znášanlivosť. Ako pri podávaní všetkých ďalších molekúl silných opioidov, je potrebné myslieť na riziko vzniku nežiaducich účinkov, a to predovšetkým na vývoj psychickej závislosti (addikcie).

Ako všetky iné opioidy zo skupiny tzv. silných opioidov (čistých agonistov) ani morfín nemá tzv. stropový efekt a teda nemá definovanú maximálnu dennú dávku. Dávkovanie perorálnych rýchlo účinných i retardovaných foriem morfia sa teda riadi predovšetkým intenzitou bolesti a limitované je v zásade predovšetkým jeho tolerovanosťou, čiže výskytom nežiaducich účinkov. Podobne ako pri tapentadole, aj morfín je na na-

šom trhu dostupný vo forme filmom obalených tabliet s rýchlym uvoľňovaním v sile 10 mg a s pomalým uvoľňovaním, ktoré obsahujú 30, 60 a 10 mg morfin sulfátu. SR tablety sú indikované na liečbu chronickej bolesti silnej intenzity, ale je ich možné využiť aj na tlmenie silnej pooperačnej bolesti. Podávajú sa pravidelne v intervale 12 hodín, teda 2x denne. Pri morfine s pomalým uvoľňovaním liečbu začíname s dávkou 2 x 10 mg až 2 x 30 mg tablety, ktorú postupne zvyšujeme podľa intenzity bolesti približne o 1/2 zvyšovanej dávky. Nastavovanie na dlhodobú liečbu však v prvé dni liečby začíname IR formou tabliet morfia. Jedna filmom obalená tableta s rýchlym uvoľňovaním obsahuje 10 mg morphini sulfas pentahydricus, čo zodpovedá 7,5 mg morfinu.

3. Oxykodón

Oxykodón je semisyntetický opioid pripravený z ópiového alkaloidu tebain. Je čistý mí a kappa 2b agonista, indikovaný predovšetkým na muskuloskeletálnu, neuropatickú a nádorovú bolesť (19, 20). Výhoda jeho podávania oproti iným molekúlám opiátov je hlavne v relatívne nižšom uvoľňovaní histamínu. Je asi 2x potentnejšie analgetikum ako morfín. Na našom trhu je prítomný vo forme tabliet s pomalým uvoľňovaním v sile 10, 20, 40 a 80 mg oxykodóniumchloridu s približne 12-hodinovým účinkom. Začiatková dávka u pacientov, ktorým sa doposiaľ nepodávali opioidy, je spravidla 10 mg oxykodónu podávaných v 12-hodinových intervaloch.

Oxykodón – naloxón: tablety s predĺženým uvoľňovaním s fixnou kombináciou oboch opioidov (pričom naloxón významne zmiernuje obstipačný potenciál oxykodónu), pri ktorej prítomnosť antagonistu opioidových receptorov významne redukuje opioidmi indukovanú obstipáciu (prostredníctvom blokovania opioidových receptorov v plexus myentericus Auerbacha i plexus submucosus Meisneri v čreve) (21). U nás sú registrované sily 5/2,5 mg, 10/5 mg, 20/10 mg, 40/20 mg a 80/40 mg OXY-N. Zvyčajná začiatková dávka u pacientov, ktorí doposiaľ neužívali opioidy, je 10 mg/5 mg oxykodóniumchloridu/naloxóniumchloridu v 12-hodinových intervaloch. Maximálna denná dávka OXY-N je 160 mg oxykodóniumchloridu a 80 mg naloxóniumchloridu.

4. Hydromorfón

Hydromorfón je polosyntetický derivát morfia, oproti ktorému je približne 5x potentnejší. V porovnaní s morfinom je tiež viac rozpustný vo vode. Je silný opioidový agonista pôsobiaci predovšetkým na mí receptoroch a len slabšie na delta receptoroch. Jeho metabolity sú analgeticky neaktívne, preto je ho možné používať aj pri narušení renálnych funkcií, u starších pacientov, pri nádorovej bolesti a pod. Na našom trhu je prítomný vo forme retardovaných kapsulí s obsahom 2, 4, 8 a 16 mg hydromorfóniumchloridu s približne 12-hodinovým účinkom. Pacientovi so silnou bolesťou, ktorý ešte neužíval silné opioidové analgetiká, začíname hydromorfón podávať v dávke 2x denne 2 alebo 4 mg kapsule. Dávku postupne zvyšujeme podľa analgetického efektu a tolerancie lieku.

5. Fentanyl

Fentanyl je syntetické opioidové, výrazne lipofilné analgetikum s rýchlym nástupom účinku a krátkym časom pôsobenia. Pôsobí ako silný agonista mí receptorov. Je približne 50- až 100-krát potentnejší ako morfín. Na jeho základe boli syntetizované jeho viaceré analógy, predovšetkým sufentanil, alfentanil, remifentanil a lofentanil. Používajú sa dominantne na liečbu akútnej bolesti, celkovú anestéziu a v premedikácii detí v podobe fentanylového lízatka. Často sa používa v liečbe chronickej bolesti. Tu sa využívajú jednak jeho retardované liekové formy v podobe transdermálnych náplastí (na približne 72-hodinové pôsobenie) a jednak rýchlo účinkujúce aplikované liekové formy, predovšetkým intranazálny sprej, transbukálne a sublingválne tablety a transbukálne náplasti za účelom tíšenia náhlej, prelomovej bolesti. Výhodou retardovanej náplastovej formy je predovšetkým pohodlné užívanie obchádzajúce často liekmi zaťažený GIT (dysfágia, dyspepsia, obstipácia...), ich účinok trvajúci približne 72 hodín a kontinuálna hladina účinnej látky v plazme. Menšia časť pacientov ho vstrebáva, resp. metabolizuje rýchlejšie, a vtedy je potrebné náplasti preliepať každých 48 (príp. každých 60) hodín. Na našom trhu je fentanyl v podobe náplastí dostupný v štyroch rôznych silách s uvoľňovaním

12, 25, 50, 75 a 100 µg fentanylu za hodinu. Ak je nevyhnutné, môžeme súčasne nalepiť aj viac náplastí. Náplasti by sa nemali strihať, ani za účelom podania nižšej dávky ako 25 mg/hod., čo sa však v bežnej klinickej praxi často nedodržiava. Dávkovanie fentanylových náplastí začíname od najnižšej dávky 25 µg za hodinu á 72 hodín. Vzhľadom na to, že sa účinná látka z náplasti vstrebáva relatívne pomaly, analgézia nastane cca až po 24 hodinách a plný analgetický účinok zvolenej dávky sa dosiahne približne až po využití dvoch náplastí. Preto, ak je potrebné, dávku zvyšujeme obvykle až po nalepení 2 náplastí, teda obvykle po 6 dňoch. Podobne, aj po odlepení náplasti jej účinky (vrátane nežiaducich) môžu pretrvávajúť až 12 – 24 hodín.

6. Buprenorfín

Buprenorfín je podobne ako oxykodón semisyntetický derivát tebaínu a podobne ako fentanyl výrazne lipofilné opioidové analgetikum. Teoreticky účinkuje ako parciálny agonista opioidových receptorov, v praxi má ale u väčšiny užívajúcich vyjadrený rovnako silný analgetický účinok, ako tzv. čisté agonisty. Je agonista mí-opioidových receptorov s vysokou afinitou, ale s relatívne nízkou potenciou. Výhodou buprenorfinu je tiež jeho nízky potenciál spôsobovať abstipáciu a depresiu dýchania. Buprenorfín je približne 20- až 40-krát potentnejší ako morfín. Na našom trhu je buprenorfín v podobe náplastí dostupný v troch rôznych silách náplastí s uvoľňovaním 35 µg/h, 52,5 µg/h a 70 µg fentanylu za hodinu. Dávkovanie buprenorfinových náplastí začíname od najnižšej dávky 35 µg za hodinu á 72 hodín. Ostatné zásady používania buprenorfinových náplastí sa zhodujú s fentanylovými, uvedenými vyššie.

Pojmy „opioid“ a „opiát“

V literatúre o analgetikách sa pri pojednávaní o agonistoch opioidových receptorov často stretávame s rôzne používanými pojmami opioid a opiát. Používanie týchto názvov je však formálne relatívne striktné rozlišované. Podľa Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of the Therapeutics ide o nasledovnú terminológiu: opiáty sú liečivá odvodené

od ópia a zahŕňajú morfín, kodeín a širokú škálu semisyntetických prípravkov. Termín opioid má širší význam a zahŕňa všetky agonisty a antagonisty opioidových receptorov s morfinu podobnou aktivitou, ako aj pre prirodzene sa vyskytujúce a syntetické opioidové peptidy (22). Tieto definície nám však dosť komplikujú situáciu s označovaním jednotlivých prípravkov šiestich molekúl silných agonistov opioidových receptorov používaných v liečbe bolesti na Slovensku. Ide práve o definovanie opiátov ako semisyntetických molekúl, pretože niektoré z týchto liekov sú opioidy a niektoré opiáty. Pojem „opiát“ sa používa pre lieky odvodené z ópiovej šľavy makovic *Papaver somniferum*, zahŕňajúce morfín a kodeín a pre semisyntetické lieky odvodené z týchto alkaloidov alebo z tebaínu (23). „Opioid“ je syntetický pripravená chemická látka – analgetikum, so štruktúrou odlišnou od prírodných opiátov. Morfín je teda alkaloid ópia, oxykodón je polosyntetický opiátový derivát pripravený z neúčinného alkaloidu tebaínu, hydromorfón je semisyntetický opiát derivovaný z kodeínu, buprenorfín hydrochlorid je semisyntetický opiát odvodený z tebaínu, hemihydrát kodeíniumfosfátu je prirodzený alkaloid ópia, fentanyl je syntetický opioid a tramadolium chlorid aj tapentadol hydrochlorid sú tiež syntetické opioidy. Z toho vyplýva, že morfín, oxykodón, hydromorfón, buprenorfín a kodeín sú opiáty a fentanyl, tramadol a tapentadol sú opioidy. Keď píšeme, či hovoríme o tejto skupine liekov všeobecne, máme možnosť vybrať si z týchto dvoch možností, keď použijeme či už pojem „opioidové analgetiká“, alebo „opiáty“.

Indikovanie opioidových analgetík

Opioidové analgetiká podávame v paliatívnej medicíne pacientom so silnou nádorovou bolesťou pre ich výrazný analgetický a prípadne sedatívny a euforizujúci účinok. Aj keď silné opioidy sú často používanou zbraňou v boji proti silnej bolesti, pri ich indikovaní a podávaní sme vždy opatrní a uvážliví. Pri akých bolestiach teda podávame silné opioidové analgetiká?

Na podávanie opioidových analgetík sú indikované všetky typy chronic-

kej bolesti nádorového aj nenádorového pôvodu (bez ohľadu na etiológiu) u pacientov, u ktorých liečba neopioidovými analgetikami, adjuvanciami a nefarmakologickými postupmi bola neúspešná alebo nedostatočne účinná a bolesť významne zhoršuje kvalitu života.

Kombinovanie opiátov

Súčasnej kombinácii dvoch rôznych molekúl opiátov či opioidov sa obvykle vyhýbame. Platí to predovšetkým pre ich podávanie v retardovanej aplikáčnej forme. Niekedy, predovšetkým v liečbe komplikovaných pacientov, sa však ani týmto potenciálne rizikovým kombináciám nevyhneme. Naopak, v prípadoch náhle vzniknutej prechodnej exacerbácie bazálnej trvalej bolesti (tzv. „prelomovej bolesti“) rýchlo pôsobiace enterálne a parenterálne formy opioidov používame zásadne len u pacientov dlhodobo nastavených na retardované formy rôznych molekúl silných opioidov (pozri vyššie). Na druhej strane, však silné opioidové analgetiká je podľa zásad analgetického rebríka vhodné kombinovať s neopioidovými analgetikami (NSA, paracetamol a metamizol) a s adjuvantnými liekmi.

Aplikačné formy a dávkovanie opioidov

Silné opioidové analgetiká u pacientov s chronickou bolesťou u nás podávame buď enterálne – najčastejšie perorálne vo forme rýchlorozpustných alebo retardovaných tabliet a kapsúl, alebo parenterálne – transdermálnou cestou vo forme náplastí. Nakoľko je cieľom ich podávania zabezpečiť kontinuálnu plazmatickú hladinu účinnej látky bez jej zbytočných výkyvov, všetky sa podávajú prísne pravidelne (14).

1. Retardované tablety resp. kapsuly (oficiálne tablety resp. kapsuly „s predĺženým uvoľňovaním“) sa podávajú pravidelne obvykle každých 12 hodín, teda 2x denne. V rámci istého uceleného obdobia by sa nemala ranná a večerná dávka zvoleného opioidu príliš líšiť – najlepšie vôbec. Potrebu zmeny dávkovania by mal pacient jednoznačne konzultovať so svojim lekárom. Len vo výnimočných prípadoch môže ošetrojúci lekár schváliť užívanie rôznych dávok nasadeného opioidu v rámci jedného dňa. Je to možné

napríklad u pacienta, ktorého intenzita bolesti je cez deň a v noci významne odlišná. Aj tak by tento rozdiel nižšej dávky nemal presahovať 30 až 50 % vyššej dávky.

2. Perorálne formy s normálnym (relatívne rýchlym) uvoľňovaním (napr. obľúbené IR tablety morfín sulfátu) naopak, podávame nepravidelne, obvykle len podľa potreby pacienta, napríklad pri vystupňovaní bolesti a pod. Relatívne veľká skupina pacientov ich ale užíva aj pravidelne, obvykle 2- až 3-krát denne 1 až viac tabliet napríklad v prípade, že im hrozí kumulácia metabolitov opioidov pri narušení ich metabolizmu alebo vylučovania (geronti). IR formy tabliet opioidov tiež často využívame na postupné hľadanie optimálnej dávky lieku (tzv. „titrovanie dávky“).

3. Náplastové retardované aplikáčné formy opiátov (fentanyl), či opioidov (buprenorfin) sa taktiež podávajú za účelom zabezpečenia kontinuálnej plazmatickej hladiny účinnej látky. Preto je potrebné zabezpečiť ich pravidelné podávanie tak, ako je odporúčané pre každý z liekov v ich SPC. Fentanylové náplasti sa preliepajú každých 72 hodín (á 3 dni) a buprenorfinové náplasti dokonca až každých 84 hodín (á 3,5 dňa) a perspektívne pravdepodobne sufentanylové a buprenorfinové náplasti až každých 7 dní. U niektorých pacientov (cca 10 – 15 %) zrejme dochádza k rýchlejšiemu vstrebávaniu a/alebo metabolizovaniu účinnej látky z transdermálnej náplasti a je potrebné skrátiť interval preliepania na 48 hodín (á 2 dni). Pri ďalšom preliepaní novú náplast lepíme na iné miesto, ako bola nalepená doterajšia náplast. Malo by sa vybrať miesto čistej nepoškodenej plochy kože bez ochlpenia (resp. po ostrihaní prípadných chlpcov bez narušenia kože – nie ich oholení!) v hornej časti trupu (v miestach pod kľúčnou kosťou, nad deltovým svalom a na pleci nad trapézovým svalom) obidvoch strán tela (spolu teda striedame vhodných 6 miest). V prípade, že je koža spotená, vlhká, náplasti na koži nemusia držať dobre a vstrebávanie účinnej látky je redukované! Vtedy nepomôže ani preliepanie okrajov náplasti leukoplastom, len výmena za iný typ náplasti, iné miesto lepenia alebo až inú (perorálnu) liekovú formu.

4. Podávanie IR fentanylu v indikácii „prelomová bolesť“ vo forme intranazálneho spreja, sublingválnej alebo transbukálnej tablety a transbukálnej náplasti má svoje špecifiká, ktoré je ale (rešpektujúc charakteristický spôsob danej aplikácie) možné zovšeobecniť: nakoľko je prelomová bolesť limitovaná výskytom jej epizódy maximálne 4x denne a dĺžkou trvania 1 epizódy v priemere 30 minút (1 až 240 minút), podávame jednotlivú dávku danej aplikačnej formy IR fentanylu. Jedna dávka je teda 1 strek spreja, 1 sublingválna alebo transbukálna tableta a 1 transbukálna náplast IR fentanylu. Začiatková dávka je v prípade 1. výskytu prelomovej bolesti obvykle 100 µg, pri užívaní strednej alebo vyššej dávky bazálnej terapie opioidmi sa môže podať hneď aj 200 µg dávka. Ak sa do 15 – 30 minút od podania prvej dávky nedosiahne primerané potlačenie bolesti, možno v rámci jednej epizódy podať ešte doplnkovú (druhú) 100 µg dávku. Pri celkovej dávke FNT 400 µg a viac, v doplnkovej (v druhej) dávke v rámci jednej epizódy zvyšujeme dávku FNT po 100 až 200 µg. V rámci jednej epizódy teda podávame maximálne 2 dávky lieku, denne sa preto podáva maximálne 8 dávok (4 x 2 dávky). Nezabudnime však, že síce nelogicky, ale zákonne je podávanie IR foriem FNT na tíšenie prelomovej bolesti indikované len pri nádorovej bolesti.

Titrovanie dávky opioidov

Pojmom „titrovanie“ označujeme postupné hľadanie vhodnej dávky lieku. Jeho cieľom je nájsť minimálnu účinnú dávku analgetika adekvátnu k intenzite bolesti. V danom čase titrujeme vždy len jeden liek, súčasnej zmene dávky viacerých liekov sa spravidla vyhýbame. Neprekračujeme pritom definovanú maximálnu dennú dávku lieku. Začíname s nižšou dávkou, ako je predpokladaná potrebná dávka lieku, ktorú postupne zvyšujeme adekvátne k intenzite bolesti. Bolesť sa nesnažíme stíšiť celkom, optimálna analgézia pri akútnej, ale predovšetkým pri chronickej bolesti je cca 80 – 90 % z jej pôvodnej intenzity. Ak by sa dávka analgetika vyrovnala s jej intenzitou, resp. by ju dokonca prekročila, vzniklo by významné riziko prejavenia sa nežiaducich účinkov. Na titrovanie dávky

používame rýchlo účinné formy liekov, najčastejšie kvapky alebo perorálne formy s rýchlym uvoľňovaním.

Pri prechode z 1. na 2. stupeň analgetického rebríka k už užívaným neopiooidovým analgetikám pridávame obvykle tramadol vo forme kvapiiek v 3 denných dávkach, a to opatrne od analgeticky málo účinných 5, resp. 10 kvapiiek cez ich postupné navyšovanie na 15 – 20 kvapiiek a vyššie – podľa ich účinnosti a tolerancie pacientom. Takto nájdeme potrebnú minimálnu a účinnú dávku analgetika v priebehu 2 – 3 dní, a to bez zvýšeného rizika výskytu nežiaducich účinkov.

V prípade dosiahnutia maximálnej dennej dávky tramadolu (čo je 400, resp. 500 mg denne) a nedostatočnej analgézii, potrebujeme pacientovi nasadiť silný opioid, čiže prechádzame z 2. na 3. stupeň analgetického rebríka. V tomto prípade najčastejšie využívame buď IR 50 mg tabletovú formu tapentadolu, alebo IR 10 mg tabletu morfín sulfátu, resp. jej polovicu 2- až 3-krát denne. Dávku jedného z týchto liekov postupne zvyšujeme v priebehu 2 – 3 dní a po nájdení vhodnej dávky prechádzame na ich retardované formy, resp. prechádzame na inú molekulu silného opioidového analgetika v perorálnej alebo transdermálnej forme. Titrovaniu nového analgetika s predĺženým uvoľňovaním sa spravidla vyhýbame a v bežnej praxi si to môžeme dovoliť skôr výnimočne, a to možno s tabletovými formami u pacienta s bezproblémovým užívaním doterajšej medicíny bez výskytu nežiaducich účinkov.

Rotácia opioidov

Prítomnosť väčšieho počtu silných opioidov v rôznych silách a aplikáčných formách je výhodná pre výber vhodnej molekuly a spôsobu užívania, ale aj pre potrebu tzv. „rotácie opioidov“, keď užívaný liek zameníme za iný silný opioid. Jej dôvodom je obvykle intolerancia nasadeného lieku pre výskyt netolerovateľných nežiaducich účinkov, vývoj tolerancie, strata analgetickej účinnosti lieku a pod. (24). Dávku ďalšieho opioidu prerátavame na základe dávky zmenenej molekuly podľa tzv. prepočtovej tabuľky ekvivalenčných dávok (tabuľka 2). V bežnej klinickej praxi však používame aj

posuvné prepočtové pravítka, resp. dávku nasadzovaného opioidu prepočítame prostredníctvom jeho relatívnej potencie k morfinu (obrázok 2).

Špecifické situácie liečby bolesti

Liečba bolesti opioidmi v mobilnom hospici (home palliative care)

Služba mobilného hospicu poskytuje špecializovanú paliatívnu starostlivosť pre pacienta a jeho príbuzných v jeho domácom prostredí. Okrem medicínskej starostlivosti poskytuje odborné poradenstvo, mentoring a popri liečbe bolesti sa zameriava na liečbu symptómov umierajúceho a poskytnutie psychosociálnej a spirituálnej podpory.

Opioidy majú nenahraditeľné miesto u umierajúceho aj v modeli starostlivosti, keď ho v jeho posledných chvíľach sprevádza paliatívny tím mobilného hospicu doma.

Problematika voľby optimálneho opioidu, jeho dávky, dávkovacej taktiky, či voľby aplikačnej formy boli prediskutované v inej časti tohto článku.

Venovať sa budeme len sporným bodom, ktoré sú prítomné pri použití opioidov v mobilnom hospici.

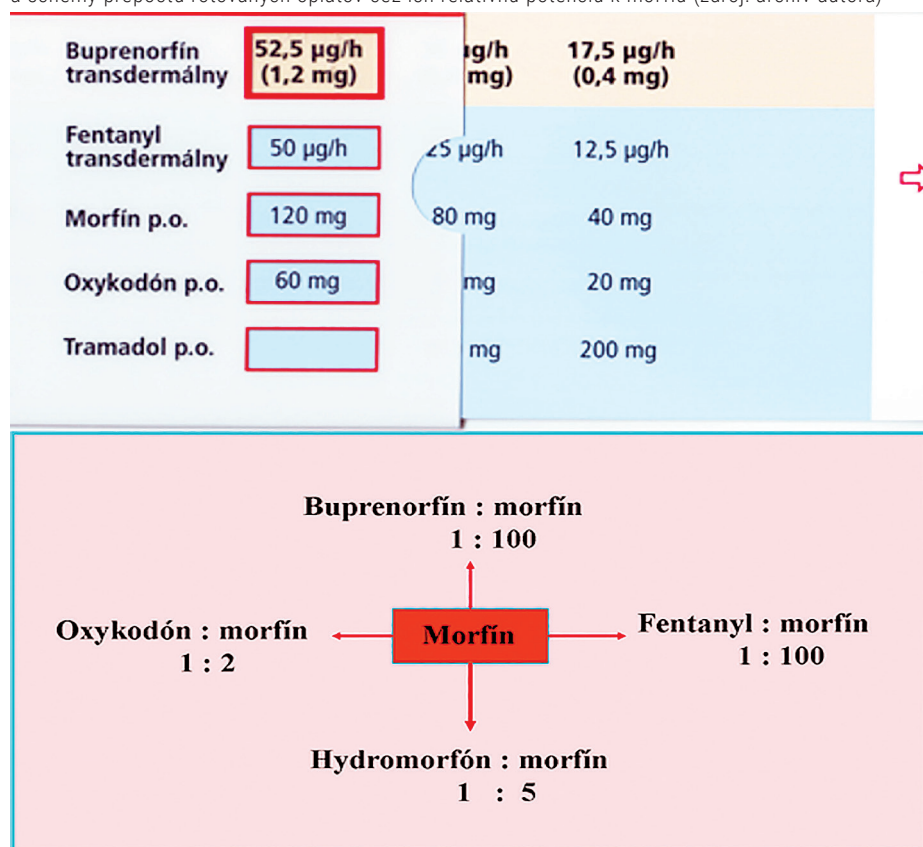
Je tu niekoľko problémov, s ktorými sa môže mobilný hospic stretnúť.

Asi najväčší problém, v kontexte s prebehnutou opioidovou krízou – je **opiofóbia, ako u zdravotníkov, tak u pacientov**. Je to strach a bariéry (najmä v USA) v iniciácii liečby opioidmi, keď opioidy zo strachu pred ich použitím môžu byť nasadené príliš neskoro. Tieto obavy lekára môžu byť v domácom prostredí pacienta vystupňované práve pre intimitu a blízkosť medzi pacientom, príbuznými a členmi paliatívneho tímu. Príbuzní alebo pacient majú v tesnej blízkosti s paliatívnym tímom lepšiu príležitosť deklarovať svoje obavy a strach pred začatím liečby bolesti opioidom, niekedy s týmto postupom nesúhlasia, obávajú sa konečnosti svojho rozhodnutia, znamená to pre nich jasný signál progresie ochorenia a jasný signál blížiacej sa smrti. Základom účinnej paliatívnej intervencie a základom úspešnej kontroly bolesti je komunikácia, a preto strach z opioidov

Tabuľka 2. Ekvivalenčné dávky opioidových analgetík

Opioid	Dávka		Relatívna potencia
morfin p.o. (pre pravidelné podávanie)	30 mg	60 mg	1
morfin parenterálne	10 mg	20 mg	3
fentanyl i.v. (potencia bolusovej dávky)	0,1 mg	-	300
fentanyl t.d.	12,5 mg/hod	25 mg/hod	100
hydromorfón p.o.	4 mg	8 mg	5
oxykodón p.o.	20 (30) mg	40 mg	2
dihydrokodeín p.o.	120 mg	240 mg	0,4
kodeín p.o.	240 mg	480 mg	0,2
buprenorfín s.l.	0,4 mg/24 hod.	0,8 mg	75
buprenorfín t.d.	-	35 mg/hod	75
tapentadol p.o. (akútna bolesť)	100 mg	200 mg	0,3 - 0,5
tapentadol p.o. (chronická bolesť)	50 mg	100 mg	1
tramadol p.o.	200 mg	-	0,1

Obrázok 2. Prepočet equipotentných dávok opiátov s použitím posuvného prepočtového pravítka a schémy prepočtu rotovaných opiátov cez ich relatívnu potenciu k morfinu (zdroj: archív autora)



si vyžaduje neraz značné úsilie zúčastnených.

Ďalší problém je dostupnosť opioidov, či už na strane mobilného hospicu, alebo na strane pacienta a jeho príbuzných. Môže ísť o nedostupnosť opioidov všeobecne danú statusom krajiny. V rámci mobilného hospicu môže byť dostupnosť potrebného opioidu a potrebnej liekovej formy problémom. Mobilný hospic realizuje svoje výjazdy aj mimo otváracích hodín lekární, a keď pri návšteve pacienta v nočných hodinách vznikne potreba aplikácie napr. rýchlo účinkujúceho fentanylu na liečbu procedurálnej

akútnej bolesti (ošetrenie dekubitov), musí hospic siahnuť po dostupnom opioide (morfin) a analgetizácia tak nemusí byť optimálna.

Problematika vysokých dávok opioidov – **morfinu**. S umierajúcim pacientom v jeho domácom prostredí sa spája problematika použitia vysokých dávok morfinu. Až 91 % umierajúcich prijíma od 5 – 299 mg morfinu denne (eventuálne ekvivalent), 7,4 % umierajúcich má dávky morfinu (alebo ekvivalent) od 300 – 599 mg a asi 1,6 % má dávky morfinu vyššie ako 600 mg/24 h (25).

S takými vysokými dávkami opioidov sa spájajú najrôznejšie problémy – a to od medicínskych (sedácia, nauzea, útlm dýchania a iné nežiaduce účinky opioidovej liečby) až po etické otázky (ovplyvnenie vedomia, úsudku a kognitívnych funkcií u umierajúceho) a opiofóbiu, tak u príbuzných pacientov, ako aj u zdravotníkov (napr. ošetrojúci lekár umierajúceho, ktorý nie je členom paliatívneho tímu). Možné sú aj také situácie, keď predpis na také vysoké dávky opioidu cestou praktického lekára sa neuskutoční, lekár odmietne a príbuzní umierajúceho musia hľadať iný spôsob, ako lieky zabezpečiť. Pre lekárne je výdaj vysokých dávok opioidu taktiež podozrivý a niekedy odmietajú opioid vydať.

Liečbu opioidmi je nutné prehodnocovať, vyhodnocovať pravidelne jej efekt. Ak sa liečba bolesti reguluje cestou mobilného hospicu, narastá pracovná záťaž personálu. Pri zlej a náročnej kontrole bolesti, eventuálne pri častých atakoch prelomovej bolesti pacienti a ich príbuzní frekventovane kontaktujú lekára a zdravotnú sestru tímu, niekedy aj niekoľkokrát za noc, s cieľom a očakávaním okamžitej pomoci. Zvýšený počet telefonátov, SMS správ, mailov – môže viesť až k syndrómu vyhorenia členov paliatívneho tímu. Na diaľku (na rozdiel od paliatívnych oddelení), môže sa značne zvýšiť nutnosť komunikačných procesov medzi pacientom (príbuzní) a mobilným hospicom.

Paliatívna sedácia

Zmyslom paliatívnej sedácie je zbaviť pacienta utrpenia. Má rôzne formy – od jemnej, plytkej sedácie, až po uvedenie pacienta do stavu bezvedomia, za účelom redukcie a zníženia utrpenia terminálne chorého pacienta.

Opioidy sú súčasťou liekových kombinácií podávaných k zaisteniu sedácie. Opioidy aj v tomto prípade slúžia jednak k liečbe bolesti, jednak k liečbe symptómov (dyspnoe).

Za žiadnych okolností však ne Navyšujeme dávky opioidu viac ako je nutné, cieľom použitia opioidov je iba analgetizácia. Ich aplikácia nesmie byť ponímaná ako prostriedok na vyvolanie sedácie, ovplyvnenia úsudku či vedomia. Nikdy nesmú byť použité v sedatívnej zmesi samotné.

V liečbe bolesti je zlatým štandardom podávanie morfínu, zväčša subkutánne. Možné sú samozrejme aj iné liekové formy a cesty podania (i.v., do nazogastrickej sondy, čapíky) a aj iné silné opioidy (fentanyl, hydromorfón, buprenorfín a pod.).

Zaujímavé sú výsledky pozorovaní, ktoré sa zamerali na spotrebu morfínu v závislosti od času ostávajúceho života (pacienti v paliatívnej sedácii). Pacienti v posledných hodinách pred smrťou potrebovali jednoznačne vyššie dávky morfínu, ako v období iniciácie sedatívnej liečby. Predpokladá sa, že u sedovaných pacientov má bolesť silnejšiu intenzitu, preto sú u nich potrebné vyššie dávky opioidov, ako u pacientov nesesovaných. Problémom môžu byť aj rozdiely vo farmakokinetike a farmakodynamike liekov proti bolesti medzi skupinami sedovaných a nesesovaných pacientov (26).

Liečba bolesti v ústavných zariadeniach

Diagnostika a liečba pacienta počas hospitalizácie poskytuje širšie spektrum a komplexnejší rozsah predovšetkým kauzálnych liečebných techník, ktoré môžeme jednak rozložiť v čase (hoci nie zbytočne dlhom) a vhodne ich skombinovať. Počas ústavnej liečby na vlastnom oddelení môžeme u indikovaného pacienta v značnej miere využiť aplikáciu intervenčných techník liečby, denne overiť efektivitu komplexnej liečby a vyvarovať sa jej nežiaducim účinkom, prípadne ich promptne riešiť. V neposlednom rade nám hospitalizácia pacienta na oddelení umožní lepšie ho spoznať, čo je často zásadné pre pochopenie príčin vzniku senzitivizácie CNS, zlyhávania inhibičných mechanizmov bolesti a jej chronifikácie. Naopak, liečba počas hospitalizácie obvykle nie je vhodná pre jej základnú diagnostiku, nastavovanie pacientov na farmakoterapiu, či sociálno-paliatívnu liečbu.

Hospitalizácia pacienta s bolesťou napríklad na oddelení paliatívnej medicíny, je vhodný nástroj na nastavenie komplikovaného pacienta na vhodnú molekulu opioidového analgetika, vytitrovanie jeho optimálnej dávky, kombinácie s inými farmakami a odsledovanie tolerovania tejto molekuly. V indiko-

vaných prípadoch môžeme pacientovi v nemocnici implantovať parenterálny vstup na zabezpečenie podávania opiátu pri neschopnosti jeho enterálnej či transdermálnej aplikácie. Ako príklad môžeme uviesť zavedenie subkutánneho, intravenózneho, intraspínálneho, či perineurálneho katétra. Ďalšou výhodou je možnosť vykonania bolestivého diagnosticko-terapeutického výkonu s adekvátnou kontrolou procedurálnej a pozá-krokovej bolesti skúseným lekárom.

Etické aspekty liečby opioidmi

V paliatívnej medicíne, pri liečbe bolesti opioidmi, sa stretáva mnoho problémov a problematických situácií.

Na jednej strane je to pokus o zvládnutie fyzických a psychických symptómov, na druhej strane je to snaha o riešenie socio-spirituálnych súvislostí u umierajúceho pacienta. Základom, popri medicínskej a osobnostnej erudícii zdravotníka, je komunikácia so zainteresovanými príbuznými či s pacientom o cieľoch paliatívnej starostlivosti. Navyiac, objavuje sa mnoho etických, právnych a duchovných aspektov rozhodovania a plánovania procesu umierania a podpory rodiny umierajúceho.

Akokoľvek diagnosticko-liečebné postupy, a teda aj liečba opioidmi, musia zahŕňať princípy **beneficiencie** (konať dobro) a **nonmaleficiencie** (neublížiť).

Rešpektuje sa **autonómia osoby** – je to sloboda v rozhodovaní pacienta, ktorá má najvyšší stupeň ochrany, sú jej podriadené aj spoločnosťou uznávané etické princípy (28). Naplnenie autonómie môže znamenať, v našich podmienkach, napísanie a podpísanie informovaného súhlasu pacientom alebo jeho opatrovníkom.

Možnosť rozhodnúť sa znamená dať možnosť pacientovi prijať informácie, dať možnosť pacientovi ponúknutým informáciám porozumieť, zvážiť ich a vybrať si medzi alternatívami. Je to aj dať možnosť odkomunikovať svoje prania (29).

Napríklad aplikácia opioidov a sedatív, často vo vysokých dávkach a vo vzájomných kombináciách – jednak zmierni utrpenie pacienta, a jednak – ako vieme z farmakológie, môžu byť vzájomné kombinácie opioidov a koanalgetík zodpovedné za spomalenie až útlm

dýchania, hypotenziu a iné sprievodné vegetatívne prejavy. Príbuzní tak môžu vnímať, pre nás štandardný terapeutický postup, aj ako cestu k urýchleniu smrti.

Liečba bolesti opioidmi a ďalšou sprievodnou medikáciou môže ovplyvňovať kognitívne funkcie jedinca, mení kvalitu jeho vedomia, môže ovplyvňovať jeho rozhodovacie funkcie a úsudok. V konečnom dôsledku tak môže byť ovplyvnená spôsobilosť pacienta na realizáciu právnych úkonov na konci života jedinca.

Druhým dôležitým pravidlom, v kontexte s aplikáciou opioidov, ako aj iných liečiv – **je princíp dvojitého účinku** (pravidlo dvojitého účinku). Je to súbor etických kritérií, ktoré filozofi obhajovali pri hodnotení prípustnosti konania, keď inak legítimný čin človeka môže spôsobiť účinok, ktorému by sa inak musel vyhnúť. Konanie s predpokladanými škodlivými (t. j. nežiaducimi účinkami), ktoré sú neoddeliteľné od dobrého účinku, je opodstatnené, ak je povaha činu sama o sebe dobrá (liečba bolesti a symptómov), ak činiteľ zamýšľa dobrý účinok (zmierňovanie utrpenia) a nezamýšľa zlý účinok (usmrtenie) a keď dobrý účinok (zníženie intenzity bolesti, úľava od symptómov) prevažuje nad zlým účinkom (nežiaduce účinky – útlm dýchania, sedácia) (30).

Ďalší problém – najmä v kontexte s prebehnutou opioidovou krízou – je reštriktívny postoj súčasných zdravotných politik, ktorý môže byť až taký závažný, že nereflektuje, či ide o liečbu bolesti nádorovej či nenádorovej, alebo o pacienta aktívne pracujúceho alebo paliatívneho. Opiofóbia tak môže prerásť do príliš veľkej opatrnosti lekárov pri zohľadňovaní intenzity bolesti paliatívneho pacienta a v konečnom dôsledku zníži kvalitu starostlivosti o umierajúceho (31). Lekár – zdravotník sa tak dostáva do veľmi zlej pozície – keď musí reflektovať svoj zámer (pomôcť), s politicko-spoločenskou objednávkou, ktorá ho núti byť v iniciovaní liečby opioidmi zdržanlivý.

Záver

Opioidové analgetiká v liečbe bolesti u onkologických pacientov vyžadujúci si paliatívnu liečbu sú jedným zo základných nástrojov na jej optimálnu

kontrolu, samozrejme však, v kombinácii s ostatnými farmakami a nefarmakologickými i intervenčnými technikami liečby bolesti. Ich podávanie sa aj u tejto rizikovej skupiny vážne chorých pacientov musí riadiť všeobecne akceptovanými zásadami ich podávania skúsenými lekármi s dostatočným rozsahom vedomostí i skúseností s použitím opioidov v klinickej praxi liečby akútnej i chronickej bolesti. Graduovaní lekári v oblasti paliatívnej medicíny a algeziológie, ale aj niektorí iní špecialisti, takými isto sú a vedia kvalifikovane pomôcť ťažko trpiacim paliatívnym pacientom.

Článok bol publikovaný v anglickej mutácii v: *Opioid analgetics in palliative medicine, Acta Missiologica, Volume 15, Number 2, October 1, ISSN: 2453-7160 (online), ISSN: 1337-7515 (print), p: 68-92.*

Autori článku vyhlasujú, že nemajú potenciálny konflikt záujmov.

Literatúra

- Connor S, Sepulveda C. The Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. 2014.
- Kutner JS, Bryant LL, Beaty BL, et al. Time course and characteristics of symptom distress and quality of life at the end of life. *J Pain Symptom Manage.* 2007;34(3):227-236.
- Thompson GN, et al. Prognostic acceptance and the well-being of patients receiving palliative care for cancer. *Journal of Clinical Oncology.* 2009;27(34): 5757.
- Coyle N, Adelhardt J, Foley KM, et al. Character of terminal illness in the advanced cancer patient: pain and other symptoms during the last four weeks of life [comment]. *J Pain Symptom Manage.* 1990;5(2):83-93.
- Price DM, et al. Palliative and end-of-life care education needs of nurses across inpatient care settings. *The Journal of Continuing Education in Nursing.* 2017;48(7):329-336.
- Coelho A, et al. Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review. *JBI Evidence Synthesis.* 2017;15(7):1867-1904.
- Cruz-Oliver DM. Palliative Care: An Update. *Missouri medicine.* 2017;114(2):110-115.
- Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. "Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies." *Lancet (London, England).* 2008;372(9635):293-9. doi:10.1016/S0140-6736(08)61113-7
- Gysels M, Higginson IJ. Access to services for patients with chronic obstructive pulmonary disease: the invisibility of breathlessness. *J Pain Symptom Manage.* 2008;36:451-460.
- Rocker GM, Michaud-Young J, Horton R. Caring for the patient with advanced chronic obstructive pulmonary disease. In: Nathan Cherny and others (eds), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 5 edn, Oxford Textbook (Oxford, 2015; online edn, Oxford Academic, 1 Apr. 2015), <https://doi.org/10.1093/med/9780199656097.003.0152>, accessed 1 Mar. 2023.
- Benjamin EJ, et al. Heart disease and stroke statistics - 2018 update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 2018;137(12):e67-e492.

- Fried T, Gillick M. The Limits of Proxy Decision Making: Overtreatment. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics.* 1995;4(4):524-529. doi: 10.1017/S0963180100006368
- UK Renal Registry. 20th Annual Report of the Renal Association. *Nephron.* 2018;139(Suppl. 1):1-372.
- Martuliak I. Farmakoterapia bolesti pre lekárov a farmaceutov. Banská Bystrica: Martimed s. r. o., 2019, s. 302. ISBN 978-80-971753-1-3.
- Martuliak I. Patofyziológia bolesti pre klinickú prax – 2. doplnené vydanie. Banská Bystrica : Martimed s. r.o., 2020, 344 s. ISBN 978-80-971753-2-0.
- Knezevic NN, Tverdohle T, Knezevic I, Candido KD. Unique pharmacology of tapentadol for treating acute and chronic pain. *Expert Opin Drug Metab. Toxicol.* 2015;11(9):1475-92.
- Baron R, Eberhart L, Kern KU, Regner S, Rolke R, Simanski C, Tölle T. Tapentadol Prolonged Release for Chronic Pain: A Review of Clinical Trials and 5 Years of Routine Clinical Practice Data. *Pain Pract.* 2017;17(5):678-700.
- Hartrick CT, Rodríguez Hernández JR. Tapentadol for pain: a treatment evaluation. *Expert Opin Pharmacother.* 2012;13(2):283-286.
- Kalso E. How different is oxycodone from morphine? *Pain.* 2007;132(3):227-228.
- Smith MT. Differences between and combinations of opioids re-visited. *Current opinion in anaesthesiology.* 2008;21(5):596-601.
- Błaszczak F, Droń A. Pain therapy with oxycodone/naloxone prolonged-release combination: case report. *Contemporary oncology (Pozn).* 2013;17(4):404-406.
- Goodman LS, Gilman A, Hardman JG, et al. Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics. 9th ed. New York : McGraw-Hill, Health Professions Division, 1996. 1905 s. ISBN 9780070262669.
- Toll L, Caló G, Cox B.M. Opioid receptors, introduction. IUPHAR database (IUPHAR-DB)[online]. 2009 [cit. 2014-07-21]. Dostupné na internete: <<http://www.iuphar-db.org/DATABASE/FamilyIntroductionForward?familyId=50>>.
- Lejčko J. Použití opioidů v léčbě nádorové bolesti. *Farmakoterapie.* 2013;9(2):175-179.
- Bercovitch M, Adunsky A. Patterns of high-dose morphine use in a home-care hospice service. *Cancer.* 2004;101:1473-1477. <https://doi.org/10.1002/cncr.20485>
- Oosten AW, Oldenmenger WH, van Zuylen C, et al. Higher doses of opioids in patients who need palliative sedation prior to death: Cause or consequence? *European Journal of Cancer.* 2011;47(15):2341-2346, <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2011.06.057>.
- Odborné usmernenie MZSR, 2012. Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (gov.sk)
- Hallenbeck JL. Terminal sedation: ethical implications in different situations. *J Palliat Med.* 2000;3:313-319.
- Rousseau P. The ethical validity and clinical experience of palliative sedation. *Mayo Clin Proc.* 2000;75:1064-1069.
- McIntyre A. „Doctrine of Double Effect“. In: Edward N. Zalta (ed.). *Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2006 ed.)*. Retrieved 2007-08-18
- Sim SW, Ho S, Kumar RK. Use of Opioids and Sedatives at End-of-Life. *Indian J Palliat Care.* 2014;20(2):160-165. doi:10.4103/0973-1075.132654.
- Roenn von JH, Paice JA. Control of common, non-pain cancer symptoms. In: *Seminars in oncology*. WB Saunders, 2005:200-210.

MUDr. Miroslav Ferencík, MBA

FNSP F. D. Roosevelta
Nám. gen. Svobodu 1,
975 17 Banská Bystrica
ferencik@pain.sk



Lymfedém a iné edémy u paliatívnych pacientov

MUDr. Patrik Jakubek

Liečebňa sv. Filomény, Vranov nad Topľou

Lymfedémy a iné edémy končatín sú veľmi časté komplikácie onkologickej liečby. Významne zhoršujú kvalitu života a predstavujú okrem medicínskeho aj sociálny a psychologický problém. Opuch (edém) predstavuje nadmerné hromadenie vody a soli v organizme mimo cievného priestoru, čo môže viesť nielen k zväčšeniu tkanív a orgánov, ale i k poruche ich funkcie. Lymfedém vzniká hromadením tekutiny bohatej na proteíny, metabolické splodiny a zápalové produkty v medzibunkovom priestore pri objemovo-regulačnej poruche mikrocirkulácie. Dôležitá je správna diferenciálna diagnostika edémov a liečba. Komplexná dekonjestívna liečba (CDT), ktorá zahŕňa kompresívne bandáže, fyzioterapiu, manuálnu a prístrojovú lymfodrenáž, môže sekundárny lymfedém zlepšiť a stabilizovať.

Kľúčové slová: lymfedém, malignita, kompresívna terapia, lymfodrenáž

Lymphedema and other edemas in palliative patients

Lymphedemas and other edemas of the extremities are very common complications of oncological treatment, predominantly in women with gynecological malignancy. They significantly impair their quality of life and represent, in addition to the medical one, a social and psychological problem. Swelling (edema) represents an excessive accumulation of water and salt in the body outside the vascular space, which can lead not only to an increase in tissues and organs, but also to a malfunction of their function. Lymphedema is formed by the accumulation of fluid rich in proteins, metabolic fumes and inflammatory products in the intercellular space in volume-regulatory microcirculation disorder. Proper differential diagnosis of edema and treatment is important. Complex decongestant therapy (CDT), which includes compression bandages, physiotherapy, manual and instrumental lymphatic drainage, can improve and stabilize secondary lymphedema.

Key words: lymphedema, malignancy, compression therapy, lymphatic drainage

Paliat. med. liec. boles., 2022;15(1-2e):25-30

Úvod

Edém je viditeľné a hmatateľné presiaknutie, ktoré je podmienené nadbytkom tekutiny v interstíciu. Masívny opuch tela sa označuje ako anasarka, akumulácia v tzv. „treťom priestore“, napr. v dutine brušnej ako ascites, v perikardiálnej dutine perikardiálny výpotok a pleurálnej dutine fluidothorax.

Lymfedém je chronický opuch, ktorý vzniká hromadením tekutiny bohatej na proteíny, metabolické splodiny a zápalové produkty v medzibunkovom priestore pri objemovo-regulačnej poruche mikrocirkulácie. Zvyčajne postihuje končatiny, ale môže vniknúť v ktorejkoľvek časti tela. Liečba všetkých typov lymfedému je do značnej miery paliatívna v tom, že neexistujú žiadne chirurgické definitívne riešenia alebo iné metódy kauzálnej liečby.

Fyziológia chronického edému

Plazmatický objem tvorí 25 % extracelulárneho priestoru, zvyšok pripadá na intersticiálnu tekutinu. Vzájomnú výmenu telesných tekutín medzi obidvoma oddielmi regulujú Starlingove sily, ktoré

Tabuľka 1. Patofyziologické mechanizmy vzniku edému

Mechanizmus	Príčina
Zlyhanie lymfatickej drenáže (lymfedém)	<ul style="list-style-type: none"> • Vývojová chyba lymfatických uzlín (primárny lymfedém) • Poškodenie lymfatických uzlín pri operácii, rádioterapii, infekcii, traume a rakovine (sekundárny lymfedém) • Nesprávna funkcia lymfatických uzlín v dôsledku zníženej vonkajšej kompresie kostrových svalov pri stavoch vedúcich k imobilite, napríklad paraparéza. Imobilita vedie k edému so zmiešanou príčinou, pretože bude tiež znížená venózna drenáž, čo vedie k zvýšenej kapilárnej filtrácii.
Zvýšený venózný tlak (spôsobujúci zvýšený kapilárny hydrostatický tlak a rýchlosť kapilárnej filtrácie)	<ul style="list-style-type: none"> • Hlboká žilová trombóza (DVT) a posttrombotický syndróm • Chronická venózna hypertenzia, sekundárna s krčcovými žilami • Zastavenie akcie srdca • Chronická imobilita
Hypoalbuminémia (zvyčajne sa manifestuje pri poklese sérovej koncentrácie albumínu pod 25 g/l a má za následok zvýšenú kapilárnu filtráciu pri znížení koloidného osmotického tlaku plazmy)	<ul style="list-style-type: none"> • Pokročilé onkologické ochorenie • Pokročilé ochorenie pečene • Nefrotický syndróm • Ťažká malnutícia (kwashiorkor), ťažký katabolizmus
Poškodenie cievnej steny (má za následok zvýšenie jej permeability a prestup krvných bielkovín do interstícia)	<ul style="list-style-type: none"> • Bakteriové a vírusové infekcie • Alergické reakcie • Vaskulitída

majú kľúčovú úlohu pri pochopení dynamických procesov udržiavajúcich tekutinovú bilanciu v jednotlivých telesných priestoroch. Pohyb tekutiny z cievného do mimocievneho priestoru je výsledkom vzájomného pôsobenia intravaskulárneho hydrostatického a intersticiálneho tekutinového onkotického tlaku (obrá-

zok 1). Množstvo tekutiny v tkanivách závisí od rovnováhy medzi vstupujúcou kapilárnou filtráciou a vystupujúcou lymfatickou drenážou. Tekutina v intersticiálnom priestore potom odteká cez lymfatiku bez reabsorpcie do žilového konca kapiláry. To zdôrazňuje centrálnu úlohu lymfatiky pri udržiavaní homeo-

stázy tkanivových tekutín a pri tvorbe edému (1).

Hlavným patofyziologickým znakom edému je *retencia soli a vody*. Dominantnú úlohu pri regulácii vodno-solnej homeostázy hrajú obličky (príjem a renálna exkrécia sodíka, jeho extrarenálne straty), hormonálne vplyvy (ADH, aldosterón), koncentrácia plazmatických a intersticiálnych proteínov, vnútorný „pumpovací“ efekt hladkého svalstva v stenách väčších ciev a vonkajšia kompresia ciev činnosťou kostrového svalstva (2).

Pri vzniku edémov sa uplatňujú štyri základné patofyziologické mechanizmy (tabuľka 1).

Klinické prejavy chronického edému

Odhaduje sa, že edém sa vyskytuje u 19 % ľudí s pokročilým nádorovým ochorením (3). Je spojený so zlou prognózou a je faktorom mnohých prognostických ukazovateľov paliatívnej starostlivosti, napríklad škály Paliatívny prognostický index (PPI), podstatou ktorej je súčet PPS (palliative performance scale, tabuľka 2) a iných klinických premených (perorálny príjem, edém, pokojové dýchanie a delírium), ktoré nezávisle predpovedajú prežitie.

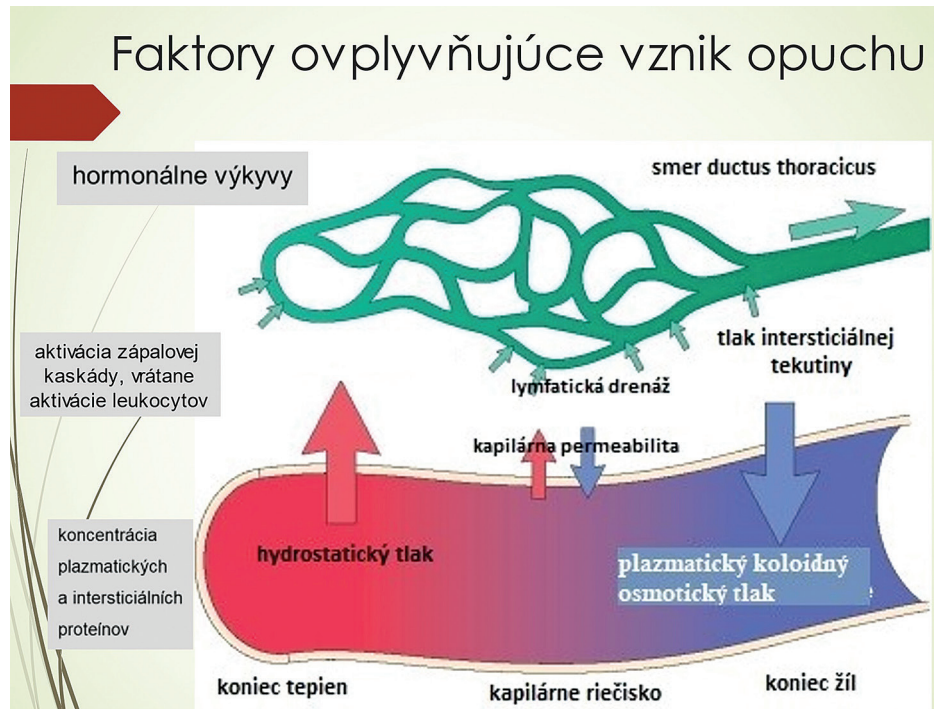
Lymfedém je edém, ktorý je na začiatku mäkký a s jamkami, časom sa stáva pevnejším a menej ľahko sa vytvára. Je to spôsobené hromadením tukového tkaniva a fibrózou, ktorá vzniká z chronického zápalového procesu (4).

Naproti tomu pri chronickom *venóznom edéme* je chronická lipodermatoskleróza bežným nálezom spolu s ulceráciou. Dochádza k úbytku podkožného tkaniva s fibrózou, ktorá typicky deformuje tvar nohy a spôsobuje vzhľad „obrátenej fľaše šampanského“ (1). Pri stavoch so zmiešanou príčinou môžu byť zmiešané aj kožné a podkožné zmeny.

Kožné zmeny lymfedému

Pokožka sa spočiatku javí ako normálna alebo trochu natiahnutá, no postupom času dochádza k rôznym zmenám. Typické kožné zmeny pri lymfedéme zahŕňajú *zhrubnutie kože*, *hyperkeratózu*, *lymfangiektázie* (rozšírené lymfatické cievy, ktoré sa objavujú na po-

Obrázok 1. Faktory ovplyvňujúce vznik opuchu



Tabuľka 2. Paliatívna škála výkonu (PPS)

Úroveň PPS	Ambulancia	Aktivita a dôkazy o chorobe	Starostlivosť o seba	Príjem	Úroveň vedomia
Stabilný					
100 %	Plný	Normálna aktivita a práca / Žiadne známky choroby	Plný	Normálne	Plný
90 %	Plný	Normálna aktivita a práca / Niektoré dôkazy o chorobe	Plný	Normálne	Plný
80 %	Plný	Normálna aktivita s námahou / Určité známky choroby	Plný	Normálne alebo znížené	Plný
Hospice vhodný					
70 %	Znížený	Neschopnosť vykonávať normálnu prácu alebo prácu / Závažná choroba	Plný	Normálne alebo znížené	Plný
60 %	Znížený	Neschopný vykonávať hobby alebo domáce práce / Závažná choroba	Potrebná príležitostná pomoc	Normálne alebo znížené	Úplný zmätok
50 %	Hlavne sedí / klam	Neschopnosť vykonávať žiadnu prácu / Rozsiahla choroba	Vyžaduje sa značná pomoc	Normálne alebo znížené	Úplný zmätok
40 %	Hlavne v posteli	Neschopnosť vykonávať väčšinu aktivít / Rozsiahle ochorenie	Hlavne pomoc	Normálne alebo znížené	Plný alebo ospalý +/- zmätok
30 %	Úplne pripútaný na lôžko	Neschopnosť vykonávať žiadnu činnosť / Rozsiahle ochorenie	Totálna starostlivosť	Normálne alebo znížené	Plný alebo ospalý +/- zmätok
20 %	Úplne pripútaný na lôžko	Neschopnosť vykonávať žiadnu činnosť / Rozsiahle ochorenie	Totálna starostlivosť	Minimálne na dúšky	Plný alebo ospalý +/- zmätok
10 %	Úplne pripútaný na lôžko	Neschopnosť vykonávať žiadnu činnosť / Rozsiahle ochorenie	Totálna starostlivosť	Len starostlivosť o ústa	Plný alebo ospalý +/- zmätok
0 %	Smrť	-	-	-	-

vrchu kože ako malé pluzgieriky, z ktorých v prípade poškodenia môže vytekať lymfa – lymforea), *papillomata* (často sa vyskytujú v skupinách, ktoré vytvárajú vzhľad pripomínajúci dlažbové kocky na

koži), *zväčšené kožné záhyby*, *chronický zápal* (vedie k erytému kože a môže byť podobný chronickej lipodermatoskleróze pri venóznom ochorení), *Stemmerov príznak* (neschopnosť zachytiť kožný zá-

Tabuľka 3. Špecifické situácie výskytu edému

Situácia	Charakteristika
Pokročilá rakovina prsníka	Brachiálna plexopatia zhoršuje edém, v koži hrudnej steny (cancer en cuirasse) a nadlaktia sa môžu vyvinúť metastázy, čo má tendenciu upchať kožné lymfatické cievy a spôsobovať veľký edém ramena. Prsty a ruka sa môžu zdeformovať a môžu vyzerať ako „boxerská rukavica“, napätá koža sa môže zlomiť, čo vedie k hojnej lymforee s rizikom infekcie a ulcerácie.
Pokročilá rakovina panvy a brucha	Často veľký edém nôh, genitálií a brucha s obmedzenou pohyblivosťou, svalovou slabosťou. Edém penisu môže viesť k problémom s močením a sexuálnou funkciou (sťažené zavedenie urokatétra). Klinika „panvového syndrómu“ (neuropatická bolesť, kŕče močového mechúra, fistuly, krvácanie a zapáchajúci výtok).
Tvárový edém pri pokročilej rakovine hlavy a krku	Predchádzajúca liečba rakoviny hlavy a krku rádioterapiou a disekciami krku môže spôsobiť lymfedém, zvyčajne v submentálnej oblasti. Môže zahŕňať celú tvár a očné viečka s neschopnosťou otvoriť oči, najmä hneď ráno, keď je edém najhorší v dôsledku gravitačných účinkov, ak jedinec ležal v noci v posteli. Oplyvnená môže byť aj reč a prehĺtanie.
Srdcové zlyhanie v konečnom štádiu	Progresiu srdcového zlyhania vzniká hypotenzia, čo môže viesť k miernemu zlepšeniu (keďže sa zníži kapilárna filtrácia). K zhoršeniu edému môže prispieť hypoalbuminémia spojená s kachexiou srdca a imobilita.
Konečné štádium renálneho ochorenia	Edém sa môže vyskytnúť, keď je odhadovaná rýchlosť glomerulárnej filtrácie nižšia ako približne 15 ml/min/1,73 m ² . Sekundárna hypoalbuminémia pri proteinúrii a imobilita prispievajú k edému.
Konečné štádium respiračného ochorenia	Pravostranné srdcové zlyhanie (cor pulmonale), imobilita a hypoalbuminémia z anorexie/kachexie prispievajú k tvorbe edému. Pacienti, ktorí v noci spia na stoličke kvôli dýchavičnosti, sú obzvlášť náchylní na edém nôh.
Konečné štádium ochorenia pečene	Venózna hypertenzia v dôsledku retencie tekutín spôsobená hyperaldosteronizmom a portálnou hypertenziou s ascitom, hypoalbuminémiou a imobilitou.
Neurologické ochorenie v konečnom štádiu	Imobilita prispieva k pokročilým neurologickým ochoreniam. S progresiou neurologického stavu sa zvyčajne edém zvyšuje v dôsledku zhoršujúcej sa pohyblivosti.

Obrázok 2. Klinické prejavy lymfedému

hyb nad proximálnou falangou druhého prsta pri lymfedéme nohy). Tieto kožné zmeny sú zvyčajne zreteľnejšie pri lymfedéme nôh ako na ramene, ale môžu sa vyskytnúť kdekoľvek (obrázok 2).

Bolesť

Pacienti môžu mať pocit ťažkých končatín, napnutej kože až napätia.

Bolesť sa stupňuje progresiou opuchu, viac večer u aktívnych pacientov s lymfedémom nôh.

Zhoršená mobilita končatiny

Lymfedém môže zhoršiť používanie končatiny váhou opuchu, čo sťažuje pohyb alebo spôsobuje stuhnutosť v dôsledku pevného opuchu okolo kĺbov

Tabuľka 4. Diferenciálna diagnostika edému

Paraklinické vyšetrenia edémov	
Vyšetrenie	Cieľ
Krvné testy	
Krvný obraz	Anémia
Močovina a elektrolyty	Funkcia obličiek
Testy funkcie pečene	Ochorenie pečene
Plazmatické proteíny	Hypoalbuminémia
Natriuretický peptid	Zlyhanie srdca
Hormóny štítnej žľazy	Myxedém
Zápalové markery	Celulitída, lymfadenopatia
Ultrazvukové vyšetrenia	
Venózný systém	Venózna insuficiencia, trombóza
Brucho	Vnútrobrušné ochorenie
Axilla/prsia	Recidíva rakoviny podpažšia/prsníka
CT/MR	Rozsah malignity

a vedie k obmedzenej kontrakcii lýtkových svalov a tým k narušeniu svalovej pumpy, ktorá by normálne napomáhala venóznemu a lymfatickému toku.

Psychologické aspekty

Mnoho pacientov pociťuje značné ťažkosti v dôsledku svojho lymfedému. To môže zahŕňať zmenu vzhľadu tela, stratu nezávislosti, stratu alebo zmenu zamestnania a ťažkosti pri hľadaní vhodného oblečenia a obuvi.

Prehľad vybraných špecifických situácií výskytu edému zobrazuje tabuľka 3.

Diagnostika

V prostredí paliatívnej starostlivosti je diagnóza lymfedému zvyčajne jasná, ale je potrebné zvážiť faktory, ktoré môžu prispieť ku klinickému obrazu edému, ako je súbežné srdcové zlyhanie. U pacientov s pokročilou rakovinou môžu vyšetrenia pomôcť pri zvažovaní paliatívnej liečby, ako je chemoterapia/rádioterapia, alebo môžu pomôcť určiť prognózu, a tým usmerniť manažment (tabuľka 4).

Liečba

Manažment liečby lymfedému rozdeľujeme do štyroch fáz:

1. fáza prevencie – v skorom pooperačnom období,
2. fáza intenzívnej liečby – komplexnou dekongestívnou terapiou – CDT,

3. stabilizačná alebo udržiavacia fáza je celoživotná, dôležitá je spolupráca pacienta,
4. paliatívna liečba – zmiernenie negatívnych dôsledkov ochorenia (5).

Liečba lymfedému u pacientov s pokročilým karcinómom zostáva výzvou pre zdravotníckych pracovníkov. To odráža princípy paliatívnej starostlivosti so zameraním na zmiernenie fyzických symptómov a udržanie nezávislosti čo najdlhšie. Hlavným cieľom liečby lymfedému u pacientov s pokročilou rakovinou je, aby sa cítili pohodlnejšie. Klasické CDT je preto často potrebné upraviť. V terminálnom štádiu ochorenia, pri rešpektovaní aktuálneho stavu pacienta, spočíva kompresná terapia v bandáži krátkočasťou ovínadlom pri sterilnom vypodložení mokvajúcich lokalít. Pri správnej aplikácii kompresie dochádza k ústupu bolesti, zväčšeniu rozsahu pohybu, zrýchleniu hojenia kožných defektov. Účinnosť základných metód fyzioterapie lymfedému, ako sú viacvrstvé bandáže, manuálna lymfodrenáž alebo dekonjestívne cvičenia, bola potvrdená početnými štúdiami uskutočnenými medzi onkologickými pacientmi (6). Alternatívnou voľbou pre pacientov s lymfedémom by pri intolerancii kompresie mohol byť aj taping.

Kompresia

Kompresia je kľúčovou súčasťou manažmentu. Poskytuje sa niekoľkými spôsobmi:

- Bandážovanie – séria vrstiev krátkočasťou elastických ovínadiel aplikovaných od distálnej k proximálnej časti končatiny. Používa sa, ak je koža porušená, ulcerovaná alebo krehká, príp. na kontrolu lymforey.
- Elastické kompresívne pančuchy a návleky – pri dlhodobej liečbe rôznych opuchových stavov. Sú dostupné „z regálu“ alebo „na mieru“ a v množstve rôznych pevností v tlaku a materiáloch. Predpisujú sa po stabilizácii objemu edémov (III. – IV. kompresívne triedy), môžu však byť nevhodné pre ľudí s rozsiahlym edémom v pokročilom štádiu ochorenia, najmä pre ľudí s krehkou pokožkou.
- Prerušované pneumatické kompresívne pumpy – prístrojová presoterapia

s viackomorovými návlekmi, ktoré sa postupne nafukujú a poskytujú masážny efekt od distálnej časti končatiny k proximálnej. Návleky sú spojené s programovateľným prístrojom, ktorý podľa zásad manuálnej lymfodrenáže plní jednotlivé komory návleku pod tlakom cca 30 – 50 mmHg (7).

Masážne techniky

- Manuálna lymfodrenáž (MLD) – je technika ľahkej povrchovej masáže (vykonávaná profesionálnymi zdravotníkmi), ktorá zlepšuje lymfodrenáž zvyčajne v kombinácii s inými spôsobmi liečby, najmä kompresiou. MLD je relatívne kontraindikovaná u pacientov s lokálnou aktívnou rakovinou a metastázami (8), pravdepodobne uľahčuje metastatické šírenie (9). Avšak pri edéme pokročilej rakoviny môže byť MLD nápomocná pri poskytovaní symptomatickej úľavy (ak prínos prevýši vnímané riziká a pacient dá informovaný súhlas).
- Jednoduchá lymfodrenáž – technika založená na MLD (vykonávaná pacientmi a/alebo opatrovateľmi) s menším, ale užitočným efektom ako MLD.

Starostlivosť o kožu

Cieľom starostlivosti o kožu je zachovať celistvosť kože a minimalizovať riziko infekcie. Všetkým pacientom sa odporúča rutinné používanie hydratačných krémov, pričom masťnejšie prípravky sa používajú, ak je pokožka obzvlášť suchá alebo nereaguje na jednoduché prípravky (napríklad hydrofilný krém).

Cvičenie

Je známe, že svalová aktivita zlepšuje lymfatickú a venóznú drenáž. U pacientov s pokročilým ochorením sú však možnosti cvičenia pravdepodobne obmedzené.

Iné metódy liečby

Medikamentózna liečba má tiež svoje miesto v manažmente. Hlavnou snahou farmakoterapie je dosiahnutie väčšej transportnej kapacity lymfatického systému, stimulácia fibrinolýzy, zníženie kapilárnej filtrácie a ovplyvnenie žilového návratu. Predtým užívané diuretiká nemajú v liečbe lymfedému svo-

je opodstatnenie, môžu mať však miesto, kde dochádza aj k zadržiavaniu tekutín v dôsledku liekov alebo kde je súčasťou srdcové zlyhanie. Niektoré z venofarmák majú aj lymfotropný vplyv. Najčastejšie používanými sú mikronizovaný diosmín, hesperidín (napr. Detralex), troxerutín. Majú dobrý terapeutický efekt, najmä v prípadoch kombinácie lymfedému a chronickej žilovej insuficiencie. Najhojnejšie sú však používané proteázy (systémová enzymoterapia, Wobenzym). Účinok proteáz je proteolytický, fibrinolytický, analgetický, reologický, antiedematózný a aktivujú množstvo imunitných buniek. Pôsobia najmä na zmäkčenie indurovaných tkanív a zlepšujú ich trofiku. Používajú sa profylakticky aj po chirurgických zákrokoch. V niektorých prípadoch sa injekčne aplikuje do fibrotických tkanív hyaluronidáza.

Tejpovanie kože (napr. kineziologická páska) sa čoraz častejšie používa pri liečbe lymfedému, najmä edému strednej línie. Predpokladá sa, že táto páska stimuluje tok lymfy, keď sa koža pohybuje proti nej.

Hodnotenie výsledku liečby

Konvenčným meradlom výsledku liečby lymfedému končatín je zlepšenie objemu končatín. Na objektivizáciu opuchu sa niekedy používajú pomôcky, a to od krajčírskoho metra po zložitú a pomerne nákladnú prístroje, ako sú perometre, optoelektronické volumetre a 3D laserové skeny. U pacientov s edémom v pokročilom štádiu rakoviny sa ciele liečby zvyčajne nezameriavajú na redukciiu objemu, a preto môžu byť relevantnejšie iné opatrenia na zlepšenie symptómov, ako je úľava od bolesti a zlepšenie mobility a kvality života.

Všeobecné princípy manažmentu edémov v paliatívnej starostlivosti

- Určenie základnej príčiny (tabuľka 1)
- Zváženie potenciálne reverzibilných faktorov, vrátane psychosociálnych problémov (tabuľka 5)
- Indikácia a výber metódy liečby, berúc do úvahy pravdepodobnú prognózu
- Zabezpečiť, aby záťaž liečby neprevážila prínosy

Tabuľka 5. Potenciálne reverzibilné faktory edémov a ich liečba

Faktor	Liečba
Anémia	Transfúzia krvi
Ascites	Paracentéza
Tekutiny retinujúce lieky	Prerušenie užívania, zväziť diuretiká
Obštrukcia vena cava superior	Metal stent, kortikosteroidy a rádioterapia, chemoterapia
Obštrukcia vena cava inferior	Kortikosteroidy, stent
Zastavenie akcie srdca	Diuretiká, digoxín, ACE-inhibítory, betablokátor
Lymfadenopatia	Kortikosteroidy, prerušenie protinádorovej liečby

- Umožnenie pacientom a ich opatrovateľom urobiť informované rozhodnutie.

Niektoré faktory, napríklad hypoalbuminémia, nie je možné zvrátiť v neskorom štádiu ochorenia.

Kortikosteroidy môžu niekedy pomôcť pri zmiernení lymfatickej a vonkajšej venózne obštrukcie. Zvyčajne je skúšanie vysokých dávok steroidov, napríklad dexametazónu 6 mg dvakrát denne počas 1 týždňa na posúdenie účinnosti. Potom môže byť liek buď prerušený, ak je neúčinný, alebo sa môže „znižovať“ na minimálnu účinnú dávku, čím sa vyváži prínos oproti nežiaducim účinkom (1).

Kompresné techniky by sa mali používať opatrne u pacientov s rozsiahlym edémom v pokročilom štádiu rakoviny, najmä u pacientov s hypoalbuminemiou.

Ak neexistujú žiadne reverzibilné faktory alebo nežiaduce účinky liečby prevažujú nad prínosmi, potom môže byť potrebný čisto symptomatický prístup (tabuľka 6).

Komplikácie lymfedému a ich liečba

Infekcie

Najčastejšou komplikáciou lymfedému sú infekcie. Typické sú mykózy, z bakteriálnych infekcií najmä celulitída a erysipel. Typickým klinickým prejavom je nástup symptómov podobných chrípke, ktoré môžu zahŕňať nevoľnosť, horúčku, myalgiu, nevoľnosť, vracanie a bolesti hlavy. To zvyčajne predchádza symptómom v postihnutej končatine (bolesť, začervenanie a zvýšený opuch),

Tabuľka 6. Symptomatická liečba opuchových stavov

Symptomatická liečba edematózných stavov
<ul style="list-style-type: none"> • Analgézia • Starostlivosť o kožu • Upravená podporná bandáž/zábal na suchý zips pre pohodlie alebo kontrolu lymforey • Tvarovaný tubulárny obvaz, napríklad tubigríp, ak nie je schopný znášať kompresiu • Podpora a polohovanie, napríklad použitie Lancasterovho popruhu na podopretie ochrnutej opuchnutej ruky s brachiálnou plexopatiou • Pasívne pohyby pomáhajú znižovať stuhnutosť • Jemné masážne techniky (MLD, jednoduchá lymfodrenáž) • Pomôcky na mobilitu a funkciu

v závažných prípadoch s výskytom lymfangitídy, lymfadenitídy, či tvorbou pluzgierov, deskvamáciou až nekrotizujúcou fasciitídou, príčinou ktorých sú najčastejšie betahemolytické streptokoky. Základom liečby je antibiotická liečba zameraná na betahemolytické streptokoky (tabuľka 7). Antibiotiká sa môžu zmeniť na perorálne, keď je teplota normálna po dobu 48 hodín a zápal je výrazne vyriešený. Pokoj na lôžku zlepšuje rýchlosť zotavenia. Kompresný odev používaný na liečbu lymfedému môže byť potrebné dočasne vyzliecť z dôvodu nepohodlia, ale v ideálnom prípade by to malo byť na čo najkratší čas. V akútnej epizóde je nutné vyhnúť sa masáži (12).

V terminálnom štádiu ochorenia je potrebné zväziť vhodnosť použitia perorálnych alebo intravenózných antibiotík na zmiernenie symptómov. Krvné testy tiež nemusia byť užitočné pri sledovaní pokroku, pretože môžu byť abnormálne v dôsledku samotného pokročilého ochorenia.

Lymforea

Lymforea je únik lymfy z edematózne končatiny cez defekty v koži. Môže byť výsledkom priamej traumy, napríklad rezných rán a odrenín, alebo prasknutím kožných lymfangiektázií alebo papilómov. Únik môže byť pre pacientov výrazný a znepokojujúci. Akékoľvek poškodenie kože pravdepodobne zvyšuje riziko infekcie, a preto by sa lymforea mala okamžite liečiť.

Lymforea sa najlepšie lieči aplikáciou kompresného obväzu s absorpčnou výplňou, ale aplikovanú kompresiu môže byť potrebné upraviť u pacientov s krehkou pokožkou, napr. pri pokročilej

Tabuľka 7. Antibiotická liečba infekcií kože

Antibiotická liečba celulitídy a erysipelu	
Pre domácu liečbu:	
Amoxicilín 500 mg	každých 8 hodín (alebo erytromycín 500 mg každých 6 hodín pri alergii na penicilín)
Klindamycín 300 mg	každých 6 hodín, ak nereaguje uspokojivo na amoxicilín po 48 hodinách
Flukloxacilín 500 mg	každých 6 hodín, najmä ak existuje podozrenie na stafylokokovú infekciu, napríklad folikulitídu, krustovú dermatitídu

Antibiotiká by mali pokračovať najmenej 14 dní alebo do vymiznutia príznakov zápalu

Pre manažment v nemocnici:

Miestne nemocničné odporúčania pre antibiotiká určujú výber režimu

rakovine (10). Obvaz môže byť potrebné vymeniť niekoľkokrát za deň kvôli „pre-razeniu“, ale často sa únik dá utesniť v priebehu niekoľkých dní.

Lymfangiosarkóm

Zriedkavou, ale letálnou komplikáciou, je vznik malígneho bujnenia v teréne lymfedému. Najznámejší je tzv. syndróm Stewart-Treves, označuje sa tak vznik lymfangiosarkómu v teréne chronického lymfedému vzniknutého najčastejšie po ablácii prsníka pre karcinóm. Bol opísaný aj prípad vzniku lymfangiosarkómu pri lymfedéme primárnom (11). Priemerná doba od operácie po vznik sarkómu je 10 rokov. Klinicky sa táto neoplázia manifestuje ako jednotlivé alebo mnohopočetné modročervené noduly s metastázovaním najmä do pľúc. Nemálo obťažujúce je nervové postihnutie, ktoré sa prejavuje dysestéziami, parestéziami až atrofiou nervov, poruchy hybnosti, kontraktúry, ankylózy, deformácie chrbtice, chylothorax a chyloascites.

Záver

Lymfedém sa môže vyvinúť mesiace alebo roky po chirurgickej, radiačnej alebo chemoterapeutickej modalite liečby onkologického ochorenia, často je znakom pokročilej rakoviny a konečným štádiom iných chorôb.

Symptómy sa ľahšie zvládajú, ak je lymfedém diagnostikovaný včas.

V súčasnosti štandardná liečba lymfedému zvyčajne zahŕňa kombináciu fyzikálnych liečebných postupov (terapia dekongestívneho lymfedému známa aj

ako komplexná dekongestívna terapia). Toto je však často potrebné prispôbiť pri pokročilom ochorení, aby sa zabezpečilo, že sa stanovia realistické cieľové výsledky a že záťaž liečby nepreváži jej prínos. Konvenčný holistický prístup paliatívnej starostlivosti je dôležitý v tomto, ako aj v manažmente iných symptómov.

Autor článku vyhlasuje, že nemá žiadny konflikt záujmov.

Literatúra

1. Nathan I. Cherny. Oxford Textbook of Palliative Medicine, Lymphoedema and oedema of advanced disease, 6th ed. 2021:648-656.
2. Ďuriš I, Hulín I, Bernadič M. Princípy internej medicíny I-III. Bratislava: SAP, 2001, 2951 s.

3. Teunissen SCCM, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HCJM, Voest EE, de Graeff E. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2007;34:94-104.

4. Brorson H, Svensson H. Liposuction combined with controlled compression therapy reduces arm lymphoedema more effectively than controlled compression therapy alone. *Plast Reconstr Surg.* 1998;102:1058-1067.

5. Husarovičová E, Poláková M. Liečba lymfedému kompresívnou terapiou. *Onkológia (Bratisl).* 2009;4(6):344-346.

6. Kmecová D. Sekundárny lymfedém po onkogynekologickom ochorení a význam správnej kompresívnej terapie. *Vask. med.* 2018;10(2-3):94-98.

7. Eliška O. Fyzikální léčba lymfedému přístroji – intermitentní pneumatická lymfodrenáž a další metody. Lymfedém – komplexní fyzioterapie, lymfodrenáže a doplňující léčebná péče. Brno: NCO NZO 2007:65-71.

8. Badger C, Preston N, Seers K, Mortimer P. Physical therapies for reducing and controlling lymphoedema of the limbs. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;4, CD003141.

9. Godetter K, Mondry T, Johnstone P. Can manual treatment of lymphoedema promote metastasis? *J Soc Integr Oncol.* 2006;4:8-12.

10. Pinell XA, Kirkpatrick SA, Hawkins K, Mondry TE, Johnstone PA. Manipulative therapy of secondary lymphoedema in the presence of locoregional tumours. *Cancer.* 2008;112:950-954.

11. Durr HR, Pellengahr C, Nerlich A, et al. Stewart-Treves syndrome as a rare complication of a hereditary lymphoedema. *Vasa.* 2004;1(33):42-45.

12. British Lymphology Society and the Lymphoma Support Network. Guidelines on the management of cellulitis in lymphoedema. 2017 [Online] Available at: <http://www.thebls.com/consensus.php>

MUDr. Patrik Jakubek

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



- Sekcia sestier pracujúcich v onkológii Slovenskej spoločnosti sestier a pôrodných asistentiek Slovenskej lekárskej spoločnosti
- spoločnosť SOLEN
- časopis Onkológia

XXXIII. celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v onkológii

v rámci Bratislavských onkologických dní

5. október 2023, Hotel Saffron, Bratislava



Podujatie bude ohodnotené CME kreditmi

Organizačné zabezpečenie: SOLEN, s. r. o.,
Ambrova 5, 831 01 Bratislava
kongres@solen.sk, tel.: 02/5413 1365

Registrácia a ubytovanie: kongres@solen.sk

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

www.solen.sk
mudr.online

SOLEN
MEDICAL EDUCATION



Fungovanie zariadení sociálnych služieb v čase pandémie Covid-19 so zreteľom na zvýšenú úmrtnosť klientov

Mgr. Katarína Molnárová Letovancová, PhD., doc. PhDr. Miriam Slaná, PhD.

Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Pandémia Covid-19 je jednou z najšokujúcejších udalostí 21. storočia. Priniesla so sebou množstvo nepoznaného a zároveň upriamila pozornosť na viacero nedostatkov, ktoré sa ukázali byť kľúčové. Veľmi negatívny dosah mala v prvej vlne okrem zdravotníctva na oblasť výkonu sociálnych služieb. V tomto príspevku sa zameriavame práve na negatívne dosahy spojené s fungovaním zariadení sociálnych služieb pobytového typu, ako sú zariadenia pre seniorov alebo domovy sociálnych služieb. Naším cieľom bolo identifikovať a poukázať na to, v čom a akým spôsobom ovplyvnila pandémia Covid-19 prácu v týchto zariadeniach. Nielen na Slovensku, ale v rámci celej Európy, boli krajiny konfrontované s vysokou mortalitou klientov zariadení dlhodobej starostlivosti. Uzatvorenie zariadení s cieľom ochrany života a zdravia klientov so sebou prinieslo zmeny, ktorým sa zariadenia museli prispôbiť veľmi rýchlo. Pracovníkom pribudli administratívne úkony, ktoré ich blokovali v priamej práci s klientom. Protipandemické opatrenia mali vplyv na celkový chod zariadení, organizáciu práce a jej formu. Negatívne bola zasiahnutá aj atmosféra v zariadeniach, vznikali konflikty, pracovníci boli pod veľkým tlakom, boli u nich prítomné pocity frustrácie a u niektorých aj depresia či úzkosť a z tohto plynúce pocity vyhorenia. Na strane klientov bola problematická sociálna izolácia.

Kľúčové slová: pandémia Covid-19, úmrtnosť, sociálne služby, zariadenie sociálnych služieb, sociálny pracovník, senior

Functioning of social service facilities during the Covid-19 pandemic regards to the increased mortality of clients

The Covid-19 pandemic is one of the most shocking events of the 21st century. It has brought with it a lot of unknowns and at the same time drew attention to several shortcomings that turned out to be crucial. In the first wave, it had a very negative impact, apart from health care, on the area of social services. In this contribution, we focus precisely on the negative impacts associated with the functioning of long-term care facilities, such as facilities for seniors or social service homes. Our goal was to identify and point out how and in what way the Covid-19 pandemic affected work in these facilities. Not only in Slovakia, but throughout Europe, countries were confronted with high mortality of clients of long-term care facilities. The closure of the facilities in order to protect the life and health of clients brought with it changes to which the facilities had to adapt very quickly. Administrative tasks were added to the workers, which blocked them from working directly with the client. Anti-pandemic measures had an impact on the overall operation of facilities, the organization of work and its form. The atmosphere in the facilities was also negatively affected, conflicts arose, workers were under a lot of pressure, they had feelings of frustration and some also depression or anxiety and the resulting feelings of burnout. On the clients' side, social isolation was problematic.

Key words: Covid-19 pandemic, mortality, social services, long-term care facilities, social worker, senior

Paliat. med. liec. boles., 2022;15(1-2e):31-36

Sociálne služby a Covid-19

V decembri roku 2019 sa v Číne, presnejšie vo Wu-chane, objavil nový koronavírus (SARS-CoV-2). Infekcia sa následne šírila do celého sveta. Od januára roku 2020 bol už zaznamenaný výskyt nového koronavírusu vo viacerých krajinách sveta. Na našom území bol prvý prípad nákazy vírusom Covid-19 potvrdený 6. marca 2020. Pandémia koronavírusu teda zasiahla aj Slovensko, a tak ako aj v iných krajinách, aj u nás vyvolala vážne problémy vo viacerých oblastiach života. Gurria (1) hovorí o doposiaľ treťom a najväčšom ekonomickom, finančnom a sociálnom šoku v 21. storočí. Veľmi nepriaznivý dosah pandémie bol zaznamenaný práve v oblasti sociálnych služieb, najmä v zariadeniach pre seniorov a domovoch sociálnych služieb s celoročným pobytom.

Nielen u nás, ale aj vo svete bolo šírenie koronavírusu Covid-19 obzvlášť zničujúce v prostrediach zariadení dlhodobej starostlivosti (2, 3, 4). Vo viacerých štátoch zaznamenali práve v domovoch sociálnych služieb a zariadeniach dlhodobej starostlivosti vysokú mieru úmrtnosti klientov. Podľa odhadov Svetovej zdravotníckej organizácie len v Európe predstavovali úmrtia klientov zariadení opatrovateľskej starostlivosti 50 % všetkých úmrtí súvisiacich s Covid-19 (5). Do polovice mája roku 2020 bolo podľa dostupných údajov napríklad v Belgicku približne 51 % z celkového počtu úmrtí súvisiacich s ochorením Covid-19 zaznamenaných práve v zariadeniach dlhodobej starostlivosti. V rovnakom období vo Francúzsku dosiahol počet úmrtí súvisiacich s novým koronavírusom v zaria-

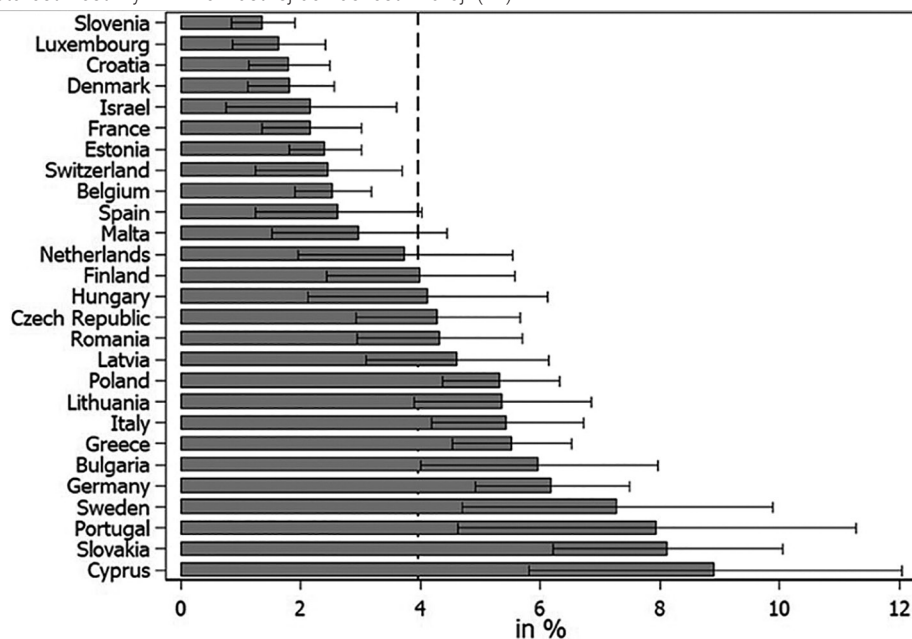
deniach dlhodobej starostlivosti 50 % z celkového počtu úmrtí na ochorenie Covid-19 v krajine. V Španielsku tvorili obeť koronavírusu z radov klientov zariadení dlhodobej starostlivosti až 66 % a v Nemecku išlo približne o 37 % (6). Koncom júna roku 2020 bolo v Európe zaznamenaných až 80 000 tisíc úmrtí starších klientov zariadení dlhodobej starostlivosti súvisiacich s infekciou Covid-19 (7). Na vysokú mieru mortality na Covid-19 v pobytových zariadeniach sociálnych služieb upozornila aj správa On the Corona Frontline z roku 2021, ktorá sledovala vývoj počtu úmrtí vo vybraných krajinách sveta. V roku 2021 už boli čísla úmrtí v pobytových zariadeniach sociálnych služieb nasledovné: v Španielsku 63 % klientov z celkového počtu úmrtí, v Nórsku 53 %, v Nemecku

49 %, vo Fínsku 42 %, v Anglicku 39 %, v Dánsku 35 %, v Portugalsku 14 %. V prípade Českej republiky bol počet obetí z radov klientov pobytových sociálnych služieb 11,2 %, avšak ak by sa brali do úvahy aj iné formy bývania ako v európskej analýze, išlo by o 17,92 % podiel (8). Na Slovensku nebolo možné dostať sa k podobným dátam, nakoľko neexistuje elektronický dátový systém s prepojenými registrami, ktorý by dáta integroval a automaticky spracovával. Do dnešného dňa (teda dňa publikovania tohto príspevku) nie sú známe počty obetí na Covid-19 v podmienkach slovenských zariadení sociálnych služieb. Dáta sa síce počas pandemického obdobia zbierali na úrovni okresov a krajov, ale následne sa nevyhodnocovali na celoštátnej úrovni. Rovnako tak sa údaje o úmrtiach, ako aj o pozitívne testovaných osobách, hlásili na regionálne úrady verejného zdravotníctva spoločne, avšak následne sa nevykonalo štatistické oddelenie týchto dvoch premenných. Na Slovensku však za obdobie od roku 2019 po súčasnosť zomrelo na koronavírus skoro 21-tisíc obyvateľov.

Už výskumy v Číne identifikovali, že významným prediktorom závažnosti priebehu koronavírusovej infekcie, ako aj možnej úmrtnosti na túto infekciu, je vek. Veková závislosť bola pozorovaná vo všetkých krajinách sveta (9, 10). Dôležité je spomenúť, že väčšina obyvateľov zariadení opatrovateľskej služby má 85 rokov alebo viac, a zároveň má aj zložitú komorbidné stavy (5), ktoré predstavujú okrem veku jeden z významných faktorov podmieňujúcich závažnosť priebehu ochorenia. Analýzy prípadov potvrdili, že najčastejšími komorbiditami spojenými s Covid-19 sú kardiovaskulárne ochorenia, hypertenzia a diabetes mellitus, ktoré sú veľmi bežné medzi klientami zariadení sociálnych služieb tak vo svete, ako aj u nás na Slovensku (11, 12, 13). Z toho dôvodu boli pandémiou Covid-19 na celom svete dramaticky zasiahnutí práve starší klienti odkázaní na starostlivosť zariadení sociálnych služieb (3, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21).

Pandémia Covid-19 mala nepopierateľný dosah na sociálne služby a ich výkon v celom rozsahu. V celej Európe sa pristupovalo k výraznému obmedzovaniu

Obrázok 1. Percento neformálnych opatrovateľov, ktorí od vypuknutia pandémie poskytujú osobnú starostlivosť iným mimo vlastnej domácnosti. Zdroj: (22)



Data: SHARE Wave 8 COVID-19 Survey 1, Release version: 0.0.1 beta (n=1710; weighted) with 95%-confidence intervals.

najmä ambulantlych a terénnych foriem sociálnych služieb, ale čiastočne aj pobytových, čo viedlo k mnohým negatívnym vplyvom na zraniteľné skupiny klientov sociálnej práce. Autori Bergmann a Wagner (22) svojím výskumom taktiež dokázali, že v dôsledku epidemiologických opatrení súvisiacich s Covid-19 boli vystavení rozsiahlej záťaži aj neformálni opatrovatelia, ako aj prijímatelia sociálnej starostlivosti. Tá mala negatívny vplyv na ich fyzické, ako aj psychické zdravie. Podľa ich zistení sa počas pandémie zvýšila osobná neformálna pomoc odkázaným jedincom medzi členmi rodiny alebo v rámci blízkeho susedstva, ale zároveň sa znížila schopnosť prijímateľov získať primeranú starostlivosť mimo okruhu svojej domácnosti či susedstva, čo odkazuje na skutočnosť, že v rámci Európy prišlo k zásadnému obmedzeniu dostupnosti sociálnej starostlivosti a sociálnych služieb naprieč rôznymi klientskymi skupinami.

Zariadenia sociálnych služieb a protipandemické opatrenia

Pandémia koronavírusu Covid-19 je považovaná za obrovskú globálnu zdravotnú krízu, ktorá spôsobila rozsiahle straty na životoch a vážne ľudské utrpenie (1). Podľa Ivankovej a Belovičovej (23, s. 3) zároveň „ukázala zraniteľné miesta a mala závažné dôsledky pre

zdravie, hospodársky pokrok, dôveru vo vládu a sociálnu súdržnosť. Výrazným spôsobom zmenila aj zdravotnú starostlivosť, ktorá sa pod náporom enormného nárastu pacientov s Covid-19 musela urýchlene prepracovať k tímovejšiemu a závislejšiemu poskytovaniu starostlivosti s novými zručnosťami.“

Aj v slovenských podmienkach pandémie koronavírusu len zvýraznila problémy, ktoré sa dlhodobo vyskytujú v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Mnohé zariadenia sociálnych služieb zastihla nepripravené, čoho dôsledkom bol chaos a strach. Podpora zo strany štátu neprichádzala včas, preto sa museli zariadenia a ich pracovníci vysporiadať s viacerými novými a nepoznanými problémami sami. Pandémia Covid-19 mala teda nepopierateľne vážny dosah nielen na zdravie a život klientov, ale aj na personál, a teda na samotné fungovanie zariadení sociálnych služieb. Táto krízová situácia ovplyvnila celý systém a organizáciu práce. Zariadenia neboli na vzniknutý stav pripravené ako po materiálnej, technickej, tak ani po personálnej stránke.

Nakoľko počas prvej a druhej vlny pandémie prišlo k mnohým stratám na životoch klientov zariadení sociálnych služieb, vláda v kooperácii s krízovým štáбом SR prijímala prísne opatrenia. Vydané nariadenia neboli ničím výni-

močným v porovnaní s inými krajinami sveta, ktoré rovnako zavádzali striktné opatrenia na zabránenie šírenia vírusu a ochrany zdravia obyvateľov. V podmienkach Slovenska bola však problematická práve dĺžka núdzového stavu, v ktorom sa naša krajina, vzhľadom na závažnosť pandémie, ocitla. Čím prísnejšie opatrenia vláda SR vydávala, a čím dlhšie trvali, tým väčší dosah mali nielen na klientov, ale aj na zamestnancov a fungovanie zariadení dlhodobej starostlivosti. Jedným z nariadení bola aj povinnosť zamestnanca v prípade pozitívneho laboratórneho testu na Covid-19 bez klinických príznakov nastúpiť do karantény. V prípade nedostatku zamestnancov v zaradení mu však bola nariadená karanténa v konkrétnom zariadení (24). Zamestnanci teda kvôli nariadenej karanténe nemohli opustiť zariadenie a stretnúť so svojimi blízkymi, museli pracovať aj nad rámec svojho pracovného času a vykonávať úkony, na ktoré ani neboli kompetentní.

Pre bezpečnosť klientov, ale aj zamestnancov, sa v zariadeniach museli používať osobné ochranné pracovné prostriedky (ďalej len OOPP). Cieľom OOPP bolo zabrániť kontaktu kvapôčok vírusu so sliznicami oka, nosa, alebo hrdla. Pri poskytovaní priamej starostlivosti klientom so suspektnou alebo potvrdenou Covid-19 bolo potrebné pre zabránenie kontaktného alebo kvapôčkového prenosu priamym kontaktom používať nasledovné OOPP:

- chirurgické/ochranné rúško (pri realizácii ošetrovateľských úkonov a starostlivosť o ústnu dutinu, vyprázdňovanie – respirátor FFP2),
- ochranný plášť a návleky na obuv,
- rukavice,
- ochrana očí (okuliare/štit),
- čiapka (25).

Tie však v úvode vypuknutia pandémie na Slovensku neboli samozrejmosťou. Zariadenia sociálnych služieb v úvode pandémie riešili nedostatok ochranných pomôcok, čím boli zamestnanci opäť vystavení väčšiemu tlaku, stresu a strachu z nakazenia, či už seba alebo svojho okolia. V máji roku 2020 Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej Republiky vydal dokument s názvom „Zabezpečenie ochrany klientov a per-

sonálu zariadení sociálnych služieb“ (26). V časti II. „Pandémia a opatrenia v zariadeniach sociálnych služieb (ZZS)“ boli formulované opatrenia dotýkajúce sa tak klientov ako aj personálu zariadení, režimu zariadení, ako aj hygienické a sociálno-dištančné opatrenia, postupy kontroly šírenia Covid-19, testovanie klientov a zamestnancov, manipulácia s odpadmi a bielizňou, ako aj izolácia.

Problematickým bolo reštriktívne opatrenie, ktorým sa uzatvorili zariadenia sociálnych služieb s cieľom predchádzať šíreniu koronavírusu a ochrany životov klientov. Od začiatku pandémie boli zariadenia sociálnych služieb v tzv. režime zatvorených zariadení, alebo čiastočne uzavretých oddelení, alebo v režime izolácie jednotlivcov. V Českej republike boli pobytové zariadenia sociálnych služieb v roku 2020 zatvorené po dobu 136 dní, čo predstavuje jedno z najdlhších období v rámci celého sveta (8). Na Slovensku bola situácia ešte o niečo horšia. Zariadenia sociálnych služieb boli v roku 2020 v režime zatvorených zariadení po dobu 141 dní a viac. Viac z toho dôvodu, že Vyhláškou Úradu verejného zdravotníctva SR č. 43 (27) sa síce ku dňu 21. 12. 2020 udelila výnimka návštev osobám s negatívnym PCR testom, ale len ak tak rozhodne štatutár. Veľká časť zariadení sociálnych služieb však bola zatvorená až do konca marca. Uvoľnenie nastalo až po zaočkovani klientov zariadení (tabuľka 1).

Extrémne dlhý čas uzatvorenia zariadení sociálnych služieb so sebou priniesol výrazné riziko sociálnej izolácie klientov. Izolácia ako taká môže síce zachrániť životy ľudí, ale jej dlhodobé pôsobenie môže vyvolať problémy či už s fyzickým, alebo duševným zdravím. Klienti pobytových zariadení sociálnych služieb teda boli tí, na ktorých sa sociálna izolácia výrazne prejavovala. Mnohí z nich boli utiahnutí viac do seba, nedokázali prejavovať svoje pocity, pociťovali depresiu, osamelosť, beznádej, stratu sebavedomia a vlastnej hodnoty. K ďalším príznakom patrila aj strata chuti do jedla, úbytok telesnej hmotnosti (31).

Uzatvorenie zariadení sociálnych služieb bolo spojené aj s prísnyim zákazom návštev. Výnimku nemali ani rodinní príslušníci klientov zariadení, čo nega-

tívne vplyvy na psychický stav klientov len prehľbovalo. Dá sa povedať, že práve dlhodobá izolácia klientov od blízkych mala najdevastačnejší vplyv na ich psychické a následne aj fyzické zdravie.

Mnoho krajín sveta presadzovalo opatrenia, ktorými sa znižoval najmä sociálny kontakt s cieľom ochrániť najzraniteľnejšie skupiny obyvateľstva. Ako zdôrazňujú Michael Stallard a Katharine Stallard (32), tento typ opatrenia je z hľadiska fyzického zdravia dôležitým a nevyhnutným krokom, ale z hľadiska emocionálneho zdravia prináša zvýšené riziko pocitov samoty a osamelosti. Osamelosť je problematická, pretože je spojená s množstvom negatívnych dôsledkov vrátane depresie a samovražedných myšlienok. Taktiež môže zvýšiť zraniteľnosť voči iným stresorom, spôsobiť intenzívnejšie reakcie na negatívne udalosti, prispieva k väčším pocitom bezmocnosti a ohrozenia, a môže mať vplyv aj na kvalitu spánku (33).

Vo vzťahu ku klientom zariadení sociálnych služieb počas pandémie Covid-19 sú dôležité zistenia kolektívu autorov Holt-Lunstad et al. (34), ktorí ešte v roku 2015 dokázali, že skutočná, ako aj vnímaná sociálna izolácia, sú spojené so zvýšeným rizikom predčasného úmrtia. Nútená karanténa so sebou dokázateľne priniesla aj ďalšie negatívne psychické dôsledky, ako symptómy posttraumatického stresu, zmätenosť a hnev (35).

Z tohto hľadiska bolo uzatvorenie zariadení sociálnych služieb po dobu skoro jedného roka alarmujúce. K uvoľneniu prišlo 31. 3. 2021, keď Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR zverejnilo vypracovanú koncepciu návštev počas pandemickej situácie Covid-19 v zariadeniach sociálnych služieb, na základe ktorej si mali poskytovatelia sociálnych služieb v pobytových zariadeniach vytvoriť vlastný návštevny poriadok podľa svojich priestorových a personálnych možností. Cieľom bolo práve cez umožnenie kontaktu s blízkymi redukovať riziko vzniku sociálnej izolácie. Samotné ministerstvo na svojej stránke uviedlo: „Dlhodobé odlúčenie od rodiny a blízkych spôsobuje problémy s duševným i fyzickým zdravím. Ľudia strácajú pocit spolupatričnosti s rodinou

a hrozí riziko sociálnej izolácie, ktorej sa hovorí aj „tichá“ pandémia. Jej následky (depresie, beznádejnosť, psychická bolesť a pod.) môžu mať katastrofálne dosahy, ktoré vedú až k dobrovoľnému ukončeniu života. Rezort práce preto odporúča zariadeniam sociálnych služieb vypracovať si vlastné návštevné poriadky, a tam, kde je to možné, umožniť klientom stretnúť sa s rodinou“ (36).

Dosahy na pracovníkov zariadení sociálnych služieb

Pandémia Covid-19 a opatrenia s ňou spojené výrazne ovplyvnili aj výkon práce pomáhajúcich profesionálov. Nielen klienti boli ohrození neistotou a sociálnou izoláciou. Sociálni pracovníci, ale aj opatrovatelia a ošetrovatelia zariadení sociálnych služieb, stáli pred doposiaľ nepoznanou situáciou, ktorá si vyžadovala krízový manažment a ktorá so sebou niesla náročné rozhodnutia a fyzicky ako aj psychicky veľmi vyčerpávajúcu prácu. Fungovanie zariadení sa muselo plne prispôbovať neustále sa meniacim nariadeniam a meniť zaužívané postupy.

Tak, ako v zdravotníctve, aj v oblasti výkonu sociálnej starostlivosti, bolo veľkým problémom fyzické a psychické vyčerpanie pomáhajúcich profesionálov. Dôvodom boli nedostatočné informácie o víruse, mimoriadne vysoké požiadavky na prácu, stres súvisiaci s pracovným zaťažením a neustále sa meniacimi úlohami, dlhodobé vyčerpanie, neistota, kedy sa pandémia skončí, konflikty, nervozita, dlhodobá frustrácia, konfrontácia so smrťou a tiež obavy z infekcie, ktoré následne viedli až do pocitov vyhorenia pracovníkov (23, 37, 38). Sociálni pracovníci boli cez pandémiu kľúčoví a mali skúsenosti so stratou a traumou pri poskytovaní služieb v prvej línii pacientom a rodinám, čím boli vystavení enormnej záťaži (39).

Výsledky českého výskumu Truhlářovej, Havigerovej a Havigera (40) ukázali, že syndrómom vyhorenia v dôsledku pandemickej situácie a jej riešenia na pracovisku trpelo skoro 20 % sociálnych pracovníkov. Zároveň 19,9 % sociálnych pracovníkov vykazovalo ohrozenie depresiou. Najvýznamnejšími prediktormi ohrozenia depresiou boli 4 skupiny premenných:

Tabuľka 1. Obdobie, počas ktorého boli zariadenia sociálnych služieb v režime zatvorených zariadení v Českej republike a Slovenskej republike. Zdroj: (8, 14, 27, 28, 29, 30)

Česká republika		Slovenská republika	
Obdobie uzavretia ZSS	Počet dní uzavretia	Obdobie uzavretia ZSS	Počet dní uzavretia
10. 3. 2020 – 25. 5. 2020	76	7. 3. 2020 do 2. 6. 2020	88
9. 10. 2020 – 5. 12. 2020	60	30. 10. 2020 do 21. 12. 2020	53
		Od 21. 12. 2020 (výnimka pre osoby s negatívnym PCR testom, avšak len ak tak uváži štatutár)	
SPOLU	136		141 a viac

- profesijné sebapoňatie (znížená motivácia k práci),
- charakter klientely,
- úmrtie klienta,
- protipandemické opatrenia.

K tejto skupine ohrozených sociálnych pracovníkov patrili tí, ktorí sa prejavovali zníženou motiváciou k zotravaní v profesii (aj kvôli skúsenosti s pandémiou), pracovali s klientami, ktorí vedú rizikový spôsob života, stretli sa so smrťou covid pozitívneho klienta a museli pri výkone svojej práce uplatňovať viac protipandemických opatrení. Výskum taktiež dokázal, že okrem depresie, 10 % sociálnych pracovníkov vykazovalo symptomaticku zvýšenej úzkosti. Tu boli zistenými prediktormi premenné ako:

- vnímanie profesie spoločnosťou,
- počet uplatňovaných protipandemických opatrení,
- zážitok s úmrtím klienta na covid.

Významnú rolu v dosahoch na duševné zdravie sociálnych pracovníkov kvôli skúsenosti s pandémiou Covid-19 na pracovisku mali ešte dva zistené faktory, a to nepredvídateľnosť a neistota.

Fungovanie zariadení sociálnych služieb a pracovná náplň zamestnancov sa vplyvom pandémie menila. Karasová (41) kvalitatívnou štúdiou dokázala, že vplyvom pandémie sa fungovanie zariadení sociálnych služieb nezaobišlo bez zmien. Išlo o zmeny v oblastiach:

- administratívne činnosti,
- chod zariadení,
- atmosféra v zariadení,
- náplň práce a forma práce s klientami.

Autorka výskumom zistila, že sociálnym pracovníkom okrem predchádzajúcej náplne práce pribudli rôzne činnosti spojené s informovaním príslušných inštitúcií, ktoré mali v oblasti sociálnych služieb na starosti evidenciu Covid-19 v zariadeniach. V zariadeniach

sa organizovalo pravidelné testovanie, z ktorého sa následne museli posielat hlásenia s informáciou o pozitívnych prípadoch na strane zamestnancov, ako aj klientov. Dôležitá bola aj evidencia prípadných symptómov a ich pravidelná kontrola, napr. meranie teploty. V dôsledku pandemickej situácie sa výrazne menil aj chod zariadenia. Menili sa rozpisy služieb, organizovala sa reprofilizácia, a to všetko kvôli obmedzeniu kontaktov aj samotných zamestnancov, aby v prípade rozšírenia nákazy medzi nimi mal kto pracovať a zabezpečiť starostlivosť o klientov. To so sebou nieslo aj ďalšie negatíva, ako skutočnosť, že sa zamestnanci museli zastupovať aj v náplni práce, na ktorú neboli pripravení, nemali s ňou skúsenosti alebo na ňu nemali kompetencie. Menili sa pravidlá života v zariadení, prijímali sa prísne opatrenia, čiže sa menil aj zaužívaný spôsob práce s klientami. Okrem toho, že boli zariadenia uzavreté pred akýmkoľvek sociálnym kontaktom z vonku, zároveň vyšlo nariadenie, ktorým sa zakázali na dlhšie obdobie všetky aktivity s klientmi. To všetko prehlbovalo nepohodu nielen klientov, ale aj samotných zamestnancov. Karasová svojím výskumom zistila najmä: napätie, konflikty medzi klientami aj zamestnancami a pocity frustrácie.

Záver

Pandémia Covid-19 je charakteristická svojou nepredvídateľnosťou. V mnohých krajinách sveta vyvolala chaos a neistotu. Zasiahla do viacerých oblastí života a mnohé na dlhé obdobie zmenila. Najviac diskutovanými dôsledkami pandémie Covid-19 boli zdravotné a ekonomické dosahy. Naším príspevkom sme sa však snažili upriamiť pozornosť na oblasť výkonu sociálnej práce v zariadeniach sociálnych služieb pobytového

typu, kde vplyvom pandémie dochádzalo k mnohým zmenám v organizácii práce a jej forme, menil sa chod zariadení, pribúdali nové administratívne úkony, zmenila sa forma spolupráce a komunikácie s rodinnými príslušníkmi klientov, čo vyvolávalo u pracovníkov, ale aj u klientov napätie a následne to malo nepopierateľný vplyv na ich psychické či fyzické zdravie. Musíme povedať, že napriek opísaným negatívnym dosahom pandémie Covid-19 na fungovanie zariadení sociálnych služieb, je táto oblasť málo skúmanou. Je to dané aj skutočnosťou, že tieto vplyvy stále pretrvávajú a bude potrebný dlhší čas na ich vyhodnotenie.

Pandémia Covid-19 potvrdila nezastupiteľnosť a potrebnosť profesie sociálnej práce, ktorá bola dlhodobo zanedbávanou. Taktiež vytvorila príležitosť na rast a zdokonalenie. Množstvo zariadení sa potýkalo s chaosom a rýchlo sa meniacimi podmienkami výkonu svojej práce. Nepopierateľne to vyvolalo napätie, strach, stres a frustráciu, no zároveň prichádzalo k rozširovaniu a nadobúdaníu nových odborných zručností. Z tohto dôvodu považujeme za dôležité využiť túto špecifickú skúsenosť na lepšiu prípravu do budúcnosti, tvorbu krízových plánov a stratégií, ktoré nám pomôžu lepšie sa vysporiadať s budúcimi, rovnako neočakávanými krízami.

Afiliácia

Príspevok vznikol v rámci riešenia projektu VEGA 1/0373/22 s názvom Možnosti a limity aplikácie paliatívnych princípov do starostlivosti o ťažko chorých a zomierajúcich počas pandémie Covid-19, so zameraním na nové výzvy pre interdisciplinárne tímy v zariadeniach sociálnych služieb a hospicioch.

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

Literatúra

1. Gurria A. Coronavirus (COVID-19): Joint actions to win the war. OECD. 2020. Dostupné na: <https://www.oecd.org/about/secretary-general/Coronavirus-COVID-19-Joint-actions-to-win-the-war.pdf>
2. Aggarwal N, et al. Impact of COVID-19 on Structure and Function of Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Sites in North Carolina. Journal of the American Medical Directors Association. 2022;23(7):1109-1113.e8. doi: 10.1016/j.jamda.2022.05.002.

3. D'Adamo H, et al. Coronavirus disease 2019 in geriatrics and long-term care: the ABCDs of COVID-19. Journal of the American Geriatrics Society. 2020;68:912-917. doi: 10.1111/jgs.16445.
4. Wang H, et al. Dementia care during COVID-19. Lancet. 2020;395(10231):1190-1191. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30755-8.
5. Anand CJ, et al. The covid-19 pandemic and care homes for older people in Europe - deaths, damage and violations of human rights. European Journal of Social Work. 2022;25(5):804-815. doi: 10.1080/13691457.2021.1954886.
6. Európsky parlament. Spravodaj plenárneho zasadnutia EP (5. - 8. október 2020, Brusel). COVID-19: Zmiernenie dopadov pandémie na domovy sociálnych služieb. s. 11. Dostupné na: https://www.europarl.europa.eu/press/news/expert/2020/10/briefing/20200921BR187516/20200921BR187516_sk.pdf
7. Comas-Herrera A, et al. Mortality associated with COVID-19 in care homes: early international evidence. International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 3 May 2020. Dostupné na: file:///C:/Users/N_Asus_1/Downloads/Mortality-associated-with-COVID-3-May-final-7.pdf.
8. Horecký J, Švehlová A. Pandemie covidu-19 a sociální služby 2020–2021. Jaký byl dopad covidu-19 na sociální služby v České republice? ČR, Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 2021. Dostupné na: https://www.apsscr.cz/files/files/A4_FACT%20SHEETS%20PANDEMIE%20COVID-19.pdf.
9. Davies GN, et al. Age-dependent effects in the transmission and control of COVID-19 epidemics. Nature Medicine. 2020;26:1205-1211. doi: 10.1038/s41591-020-0962-9.
10. Omori R, et al. The age distribution of mortality from novel coronavirus disease (COVID-19) suggests no large difference of susceptibility by age. Scientific Report. 2020;10(16642):1-9. doi: 10.1038/s41598-020-73777-8 (2020).
11. Etard JF, et al. Potential lethal outbreak of coronavirus disease (COVID-19) among the elderly in retirement homes and long-term facilities, France, March 2020. Euro surveillance. 2020;25(15):2000448. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.15.2000448.
12. Wang D, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. JAMA Network. 2020;323(11):1061-1069. doi: 10.1001/jama.2020.1585.
13. Chen N, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. The Lancet. 2020;395(10223):507-513. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7.
14. Sepulveda RE. A comparison of COVID-19 mortality rates among long-term care residents in 12 OECD countries. Journal of the American Medical Directors Association. 2020;21:1572-1574.e3. doi: 10.1016/j.jamda.2020.08.039.
15. ECDC Public Health Emergency Team, et al. High impact of COVID-19 in long-term care facilities, suggestion for monitoring in the EU/EEA, May 2020. Euro Surveillance. 2020;25(22):1-5. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.22.2000956.
16. Roxby CA, et al. Detection of SARS-CoV-2 among residents and staff members of an independent and assisted living community for older adults—Seattle, Washington, 2020. MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2020;69(14):416-418. doi: 10.15585/mmwr.mm6914e2.
17. Fisman ND, et al. Risk factors associated with mortality among residents with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in long-term care facilities in Ontario, Canada. JAMA Network Open. 2020;3(7):e2015957. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.15957.
18. Stall MN, et al. For-profit long-term care homes and the risk of COVID-19 outbreaks and resident deaths. Canadian Medical Association Journal. 2020;192(33):946-955. doi: 10.1503/cmaj.201197.
19. Bell D, et al. COVID-19 mortality and long-term care: a UK comparison. In: LTC Responses to Covid-19. International Long-Term Care Policy Network. 2020. Dostupné na: file:///C:/Users/N_Asus_1/Downloads/COVID-19-mortality-in-long-term-care-final-Sat-29-v1.pdf.

20. Iritani O, et al. Clusters of COVID-19 in long-term care hospitals and facilities in Japan from 16 January to 9 May 2020. Geriatrics and Gerontology International. 2020;20(7):715-719. doi: 10.1111/ggi.13973.
21. Liotta G, et al. Is social connectedness a risk factor for the spreading of COVID-19 among older adults? the Italian paradox. Plos One. 2020;15(5):1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0233329.
22. Bergmann M, Wagner M. The Impact of COVID-19 on Informal Caregiving and Care Receiving Across Europe During the First Phase of the Pandemic Frontiers in Public Health. Sec. Health Economics. 2021;9(673874):1-17. doi: 10.3389/fpubh.2021.673874.
23. Ivanková V, Belovičová M. Dopad pandémie covid-19 na zdravotný systém. Impact of covid-19 pandemia on the health system. Sociálno-zdravotnícke spektrum. 2021:1-13. Dostupné na: <https://www.szspektrum.eu/wp-content/uploads/2021/08/ivankova.pdf>.
24. MPSVaR. 2021. Zamestnancom v zariadeniach sociálnych služieb a centrách pre deti a rodiny poskytneme infekčný príplatok. Dostupné na: <https://www.employment.gov.sk/sk/uvodna-stranka/informacie-media/aktuality/zamestnancom-zariadeniach-socialnych-sluzieb-centrach-deti-rodiny-poskytneme-infekcny-priplatok.html>
25. NaKriKT – Národný krízový klinický tím. 2020. Ochorenie (Covid-19). Aktualizované odporúčania na používanie osobných ochranných prostriedkov pri sociálnej starostlivosti o osoby so suspektou alebo potvrdenou Covid-19. Aktualizácia používania OOP pri COVID-19 – 29. 3. 2020. Dostupné na: file:///C:/Users/N_Asus_1/Downloads/OOPP-MPSVR.pdf
26. Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky. 2020. Zabezpečenie ochrany klientov a personálu zariadení sociálnych služieb (ZSS) po I. vlne pandémie COVID-19. Číslo: OE/3449/99812/2020. Bratislava 16. 06. 2020.
27. Vestník Vlády Slovenskej republiky. 2020. Vyhláška 43 Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa nariaďujú opatrenia pri ohrození verejného zdravia k povinnostiam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a poskytovateľov sociálnych služieb. Ročník 30, Čiastka 26, 17. 12. 2020. s. 116.
28. Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky. 2020. Verejná vyhláška ktorou sa oznamuje vydanie rozhodnutia o nariadení opatrenia na predchádzanie vzniku a šíreniu prenosného ochorenia podľa § 48 ods. 4 písm. e) zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Číslo: OLP/2405/2020. Bratislava 06. 03. 2020.
29. Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky. 2020. Opatrenie Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky pri ohrození verejného zdravia Číslo: OLP/4593/2020 Bratislava Bratislava 03. 06. 2020.
30. Vestník Vlády Slovenskej republiky. 2020. Vyhláška 14 Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa nariaďujú opatrenia pri ohrození verejného zdravia k povinnostiam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a poskytovateľov sociálnych služieb. Ročník 30, Čiastka 11, 29. 10. 2020, s. 23.
31. Kovaľová M. Dokument postupu spolupráce s rodinou počas pandémie z dôvodu rizika sociálnej izolácie. 2021. Dostupné na: https://www.mpsvr.sk/files/sk/koronavirus-pracovna-socialna-oblast-socialne-sluzby/dokument-postupu-spolu-prace-rodinou_navstevny-poriadok_pocas-pandemie.pdf
32. Stallard LM, Stallard PK. COVID-19 Is Coinciding With a Loneliness Epidemic. It's critically important to foster connection during the novel coronavirus pandemic. Government Executive. 2020. Dostupné na: <https://www.govexec.com/management/2020/03/covid-19-coinciding-loneliness-epidemic/164153/>.
33. Cacioppo TJ. Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection. UK: W. W. Norton & Company. 2009, 336 p. ISBN 978-0393335286.

34. Holt-Lunstad J, et al. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*. 2015;10(2):227-37. doi: 10.1177/1745691614568352.

35. Brooks S, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020;395(10227):912-920. doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8.

36. MPSVaR. 2021. Kontakt s blízkymi – najlepšia prevencia proti „tichej“ epidémii. Dostupné na: <https://www.employment.gov.sk/sk/uvodna-stranka/informacie-media/aktuality/kontakt-blizkymi-najlepsia-prevencia-proti-tichej-epidemii.html>

37. Carbajal AB, et al. Working conditions and emotional impact in healthcare workers during COVID-19 pandemic. *Condiciones de trabajo versus daño emocional en trabajado-*

res de la salud que enfrentan COVID-19. *Journal of Healthcare Quality Research*. 2020;35(6):401-402. doi:10.1016/j.jhqr.2020.08.002.

38. Zhang Wen-Rui, et al. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatic*. 2020;89(4):242-250. doi: 10.1159/000507639.

39. Roulston A, et al. How did the COVID-19 Pandemic Affect Palliative Care Social Work Services? A Scoping Review. *British Journal of Social Work (in print)*.

40. Truhlářová Z, Havigerová MJ, Haviger J, et al. Analýza dopadů pandemické zkušenosti na sociální pracovníky ve veřejné správě. 2021; Hradec Králové: Pedagogická fakulta, Univerzita Hradec Králové. doi.org/10.6084/m9.figshare.17105819.v2. Dostupné na: file:///C:/Users/N_Asus_1/Downloads/Anal%20za_dopad%20_final.pdf

41. Karasová A. Vplyv koronakrízy na prácu v zariadeniach sociálnych služieb pre obeť násillia (diplomová práca). Trnava: Trnavská univerzita v Trnave. 2021; 92 s.

Mgr. Katarína Molnárová Letovancová, PhD.

Katedra sociálnej práce

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,

Trnavská univerzita v Trnave

katarina.molnarova.letovancova@truni.sk

Medzinárodný deň sestier

12. máj 2023

Hotel Saffron, Radlinského 27, Bratislava

Pod záštitou:

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

Slovenská spoločnosť sestier a pôrodných asistentiek

Odborný garant:

PhDr. Eva Baďuríková, PhD.

Hlavné témy:

- + Kvalita zdravotnej starostlivosti a bezpečnosť pacienta**
- + Nové trendy v ošetrovatelstve**
- + Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o onkologického a paliatívneho pacienta**

Organizačné zabezpečenie: Solen, s. r. o., Ambrova 5, 831 01 Bratislava,

tel: +421 2 5413 1365, mail: kongres@solen.sk.

Viac informácií a registračný formulár nájdete na: www.solen.sk v sekcii Podujatia.



Odpustenie, zvládacie stratégie a well-being v kontexte zármutku u príbuzných zomrelých onkologických pacientov

Mgr. Mário Schwarz, PhD., Mgr. Miriama Danová

Katedra psychológie, Filozofická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave

Úvod: Štúdia sa zameriava na zistenie súvislostí medzi odpustením, zvládacími stratégiami a well-beingom v kontexte zármutku u rodinných príbuzných onkologicky chorých pacientov. Tejto téme je venovaná malá pozornosť, čo naznačuje aj nedostatok výskumných zistení týkajúcich sa rodinných príslušníkov onkologických pacientov.

Metódy: Výskumný súbor tvorili dve skupiny (N = 211). Prvú skupinu tvorili rodinní príbuzní zosnulého onkologického pacienta (N = 119) vo veku od 17 do 47 rokov, z toho 61 žien a 58 mužov a ich priemerný vek bol 25,94 roka (SD = 21,21). Druhú porovnávaciú skupinu tvorili rodinní príbuzní onkologického pacienta v liečbe (N = 92) vo veku od 18 do 56 rokov, z toho 53 žien a 39 mužov a ich priemerný vek bol 27,32 roka (SD = 26,16).

Výsledky: Náš výskum potvrdil významné pozitívne vzťahy medzi well-beingom a dimenziami celkového odpustenia a existenciu štatisticky významného negatívneho vzťahu medzi zármutkom a odpustením. Vo výskume sme zistili, že príbuzní pacienta v liečbe dosiahli vyššie skóre v odpustení v porovnaní s príbuznými zosnulého pacienta. Ďalej sme zistili rozdiely vo zvládacích stratégiách medzi príbuznými pacienta v liečbe a príbuznými zosnulého pacienta, a to konkrétne v popretí, informačnej podpore a pozitívnom náhľade.

Záver: Výsledky ukazujú, že je nevyhnutné skúmať psychický stav aj rodinných príslušníkov onkologicky chorých pacientov a tiež venovať pozornosť aj blízkym pozostalým onkologických pacientov, ktorí chorobe podľahli.

Kľúčové slová: odpustenie, onkologické ochorenie, well-being, zármutok, zvládacie stratégie

Forgiveness, coping strategies and well-being in the context of bereavement in relatives of deceased cancer patients

Purpose: The study aims to find out the connections between forgiveness, coping strategies and well-being in the context of bereavement in family relatives with oncology sick patients. Little attention is paid to this topic, which is also indicated by the lack of research findings concerning family members of cancer patients.

Methods: The research group consisted of two groups (N = 211). The first group consisted of family relatives of the deceased oncology patient (N = 119) aged 17 to 47, of which 61 were women and 58 were men, and their average age was 25.94 years (SD = 21.21). The second comparison group consisted of family relatives of an oncology patient undergoing treatment (N = 92) aged 18 to 56 years, of which 53 were women and 39 were men, and their average age was 27.32 years (SD = 26.16).

Results: Our research confirmed significant positive correlations between well-being and dimensions of total forgiveness and the existence of a statistically significant negative relationship between grief and forgiveness. In research, we found that relatives of a patient in treatment scored higher in forgiveness compared to relatives of a deceased patient. Furthermore, we found differences in coping strategies between the relatives of the patient in treatment and the relatives of the deceased patient, specifically in denial, informational support and positive outlook.

Conclusion: The results show that it is necessary to examine the psychological state of family members of oncological patients as well as pay attention to the close survivors of oncological patients who succumbed to the disease.

Key words: forgiveness, oncological disease, well-being, sadness, coping strategies

Paliat. med. liec. boles., 2022;15(1-2e):37-41

Úvod

Život onkologického pacienta a jeho blízkej rodiny je poznamenaný od prvej chvíle, keď mu je diagnostikované onkologické ochorenie. Takisto sú poznamenané životy aj ich najbližších rodinných príbuzných, ktorí s pacientom zdieľajú všetky pozitívne aj negatívne okolnosti ochorenia. Zvládanie náročných situácií u rodinných príslušníkov onkologických pacientov nie je napriek svojej relevantnosti dostatočne preskúmané.

Psychické prežívanie rodinného príslušníka onkologického pacienta

Blízky rodinný príbuzný si podobne ako onkologický pacient môže prechádzať strachom zo smrti, smútkom, hnevom, agresivitou, popieraním či depresiou, ale taktiež aj narušením osobnej autonómie, stigmatizáciou, prežívaním stresu a napätia, či hľadaním vinníka zo strany príbuzného (1). U rodinných príbuzných by sa mal pravidelne hodnotiť psychický stav so zameraním sa na stres,

obavy z budúcnosti, depresie, well-being, zvládacie stratégie či odpustenie alebo zármutok v prípade smrti príbuzného onkologického pacienta. Veľmi dôležitou psychologickou potrebou v tomto náročnom období je predovšetkým potreba rešpektovania ľudskej dôstojnosti (2). Pri diagnostikovaní ochorenia sa blízkemu človeku spúšťajú telesné reakcie ako sú problémy so spánkom, nechutenstvo, bolesti hlavy, psychické reakcie ako napr. hnev, beznádej, depresia, pocit viny či zúfalstvo, ale aj sociálne reakcie, keď sa

môže vyskytovať zvýšená snaha starať sa o príbuzného (3). Každodenná starostlivosť najmä o paliatívneho onkologického pacienta prináša pomáhajúcemu rodinnému príslušníkovi veľkú záťaž v podobe mnohých faktov, ktoré ovplyvňujú vznik syndrómu vyhorenia (4).

Zármutok

Strata blízkej osoby patrí medzi najťažšie straty, ktoré nás môžu v živote zastihnúť, obzvlášť pokiaľ touto blízkou osobou je blízky rodinný príbuzný trpiaci onkologickým ochorením. Ide o zarmucujúci stav, pri ktorom je jednotliviec vystavený pocitom smútku a vnímanie umierania a smrti sa mení v závislosti od mnohých faktorov (5). Smrť blízkeho človeka môže byť dôležitejšou otázkou, ťažšou starosťou a väčším trápením ako smrť vlastná – a zároveň je naše konanie a prežívanie spojené so smrťou druhých dôležitou prípravou na vlastnú smrť (6). So smrťou milovaného človeka zakúšame, čo je to smrť. Tento zážitok smrti nás postihne, zasiahne a spôsobí, že v sebe máme náhle zmätok, aj vo všetkom, čo sme dovtedy považovali za samozrejme (7).

Zvládacie stratégie

Lazarus a Folkman (8) zvládanie definujú kognitívnym a behaviorálnym úsilím, ktoré je využívané ako odpoveď na vnútorné alebo vonkajšie požiadavky, a tieto požiadavky sú jednotlivcami považované za hrozbu. Môžeme konštatovať, že úlohou zvládania je v podstate minimalizovanie alebo zníženie úrovne stresu, ktorý na nás pôsobí. Copingové stratégie sa rozdeľujú do dvoch kategórií, v prvom rade je to zvládanie problému, teda coping zameraný na problém a v druhom rade regulácia emočnej reakcie na problém, tzv. coping zameraný na emócie (9). Vzhľadom na prispôbiivosť jednotlivca negatívnym udalostiam, efektívne zvládacie stratégie môžu prostredníctvom prehodnotenia diagnózy blízkeho viesť k väčšiemu pocitu zmyslu života, k prijatiu smrti a k pozitívnej perspektíve do budúcnosti (10).

Odpustenie

V živote existujú veci a situácie, ktoré sa nám stali a nedajú sa zmeniť. Mnohé krivdy, ktoré nás trápia, však majú

jednoduché riešenie, a tým je odpustenie. Hoci rozhodnúť sa odpustiť a vytrvať v odpúšťaní nie je jednoduché, odpustenie pomáha najmä nám samým vďaka tomu, že nám prináša slobodu a vracia radosť zo života (11).

Enright et al. (12) definujú odpustenie ako ochotu vzdať sa vlastného práva na hnev, odpor či zlosť a negatívneho posudzovania zraňujúceho človeka a ako snahu žiť v sebe postoj veľkorysosti, nezaslúženého zľutovania či dokonca lásky. Friedman a Toussaint (13) zistili pozitívny vzťah odpustenia s vďačnosťou a well-beingom, optimizmom, nádejou, dôverou, pozitívnymi presvedčeniami a emóciami, celkovým mentálnym zdravím a sebahodnotou. Mohammadi et al. (14) skúmali dôležitosť komunikácie medzi hospicmi súvisiacu s odpustením u onkologických pacientov a rodinných príslušníkov. Zaznamenali zvýšenú úroveň odpúšťajúcich pocitov a činov, vyššiu sebaakceptáciu a zníženie pesimizmu. Mnohí členovia rodiny uviedli, že hľadanie a poskytovanie odpustenia považovali za veľmi dôležité vo vzťahoch s blízkymi, ktorí umierali. Na základe týchto zistení nová štúdia ukázala, že hnev rodinných príslušníkov voči Bohu bol spojený s vyššou úrovňou depresívnych symptómov medzi členmi rodiny. Tiež dostali otázku, aké stratégie zvládania by uprednostnili, ak by sa hnevali na Boha. Najčastejšou stratégiou bola modlitba, medzi ďalšie bežne stratégie patrilo čítanie posvätných textov, zvládanie pocitov samostatne a diskusie s priateľmi, rodinou, duchovnými alebo členmi hospicového tímu.

Well-being

Onkologické ochorenie ovplyvňuje kvalitu života rodinných opatrovateľov mnohými spôsobmi, no najviac mení ich psychickú pohodu. Od rodinných príslušníkov, ktorí opatrujú svojho príbuzného, ktorý ma diagnostikované onkologické ochorenie sa očakáva, že budú poskytovať komplexnú starostlivosť v domácnosti s minimálnou prípravou alebo podporou (15). Značná časť výskumov skúmala vplyv starostlivosti na duševné a fyzické zdravie rodinného príslušníka onkologického pacienta. Rodinní opatrovatelia pacientov s pokro-

čilou rakovinou sú vystavení zvýšenému riziku nízkej kvality života, depresie, zhoršeného spánku a zvýšenej sociálnej izolácii (16). Vyššia kvalita života a s tým spojený uspokojivejší well-being rodiny celkovo súvisela s vyššou odolnosťou, väčšou sociálnou oporou, väčšou schopnosťou nájsť zmysel v ochorení a tým, že rodinný príslušník bol v čase rozhovoru zamestnaný. Nižšia kvalita života bola spojená s vyšším súbežným stresom v rodine, somatickými obavami u pozostalých a vyšším strachom z recidívy rakoviny u pozostalých a rodinných príslušníkov (17).

Metódy výskumu

Cieľ výskumu

Cieľom nášho výskumu bolo preskúmať vzťahy medzi well-beingom a dimenziami celkového odpustenia, ako aj vzťah medzi zármutkom a odpustením. Chceli sme tiež zistiť rozdiely v odpustení medzi príbuznými pacienta v liečbe v porovnaní s príbuznými zosnulého pacienta. Naším cieľom bolo preskúmať rozdiely vo zvládacích stratégiách medzi príbuznými pacienta v liečbe a príbuznými zosnulého pacienta. Tejto téme je venovaná mala pozornosť, čo naznačuje aj nedostatok výskumných zistení týkajúcich sa rodinných príslušníkov onkologických pacientov.

Výskumný dizajn

Zber dát bol realizovaný vo forme online dotazníka prostredníctvom občianskeho združenia Liga proti rakovine a neziskovej organizácie Dobrý anjel. Výskumné dáta boli získané v mesiacoch august 2021 – január 2022. Výskumný súbor bol tvorený náhodne. Pred samotnou realizáciou výskumu bolo potrebné schválenie výskumu oboma organizáciami. Výskumná účasť pacientov bola dobrovoľná a so zachovaním úplnej anonymity. Vyplnením dotazníka respondenti súhlasili s ich účasťou na výskume.

Výskumný súbor

V štúdiu sa budeme venovať rodinným príslušníkom onkologických pacientov, ktorí sú aktuálne v liečbe a rodinným príslušníkom zomrelých onkologických pacientov z dôvodu, že problematike

Tabuľka 1. Spearmanove korelačné koeficienty well-beingu a dimenzií odpustenia

N = 211	Celkové odpustenie	Odpustenie seba	Odpustenie iným	Odpustenie situácií
Well-being	0,521**	0,476***	0,317***	0,418***

*** sig.<0,001, ** sig.<0,01

Tabuľka 2. Spearmanove korelačné koeficienty zármutku a dimenzií odpustenia

N = 211	Celkové odpustenie	Odpustenie seba	Odpustenie iným	Odpustenie situácií
Normatívny zármutok	-0,410**	-0,289***	-0,381***	-0,331***
Myšlienky	-0,307***	-0,277***	-0,213**	-0,266***
Pocity	-0,445***	-0,325***	-0,370***	-0,361***

*** sig.<0,001, ** sig.<0,01

Tabuľka 3. Komparačná analýza odpustenia medzi rodinnými príslušníkmi preživších a zomrelých onkologických pacientov

Príbuzní pacientov	N	Priemerné poradie	Celkové odpustenie
Preživších	92	122,38	Mann-Whitney U 3967,000
Zomrelých	119	93,34	Z -3,430
Spolu	211		Sig. 0,001

prežívania príbuzných týchto pacientov sa venuje malá pozornosť a absentujú výskumné zistenia. Výskumný súbor tvorili dve skupiny rodinných príbuzných onkologických pacientov. Prvú skupinu tvorili rodinní príbuzní onkologických pacientov, ktorí na následky ochorenia zomreli (N = 119), z toho 61 žien a 58 mužov. Vekové rozpätie bolo od 17 do 47 rokov, pričom priemerný vek bol 25,94 roka (SD = 6,73). Druhú skupinu tvorili rodinní príbuzní onkologických pacientov, ktorí sú aktuálne v liečbe (N = 92), z toho 53 žien a 39 mužov. Vekové rozpätie bolo od 18 do 54 rokov, pričom priemerný vek bol 27,27 roka (SD = 8,63).

Výskumné nástroje

Vo výskume boli použité štyri dotazníky. Na diagnostiku odpustenia bola použitá Heartlandská škála odpustenia (Heartland Forgiveness Scale – HFS) od autorov Thompson et al. (18). Dotazník obsahuje 18 položiek a je rozdelený na 3 subškály. Prvá subškála skúma schopnosť respondenta odpustiť seba samému veci, ktoré pokazil, druhá subškála skúma schopnosť odpustiť druhým ľuďom, keď nám ublížili alebo niečo pokazili, a tretia subškála skúma schopnosť respondenta odpustiť nepriaznivým okolnostiam, ktoré nastali, ale neboli nikým zapríčinené alebo ovplyvnené, napr. prírodná katastrofa či nevyliciteľná choroba.

Dotazník skúma aj celkové skóre zo všetkých položiek dotazníka, ktoré odrážajú schopnosť odpúšťať vo všeobecnosti. Vnútorňa reliabilita dotazníka meraná Cronbachovou alfou dosahuje $\alpha = 0,838$. Na diagnostiku stratégií zvládania bol použitý dotazník Brief COPE, ktorého autorom je Carver (19). Dotazník zahŕňa 28 položiek, je tvorený 14 subškálami a zisťuje stratégie zvládania respondenta a jeho reakciu na stres. Vnútorňa reliabilita dotazníka Brief Cope meraná Cronbachovou alfou dosahuje $\alpha = 0,652$. Pre účely skúmania well-beingu sme použili Škálu psychologické pohody od Ryff et al. (20). Dotazník obsahuje 18 položiek. Položky v dotazníku sledujú 6 oblastí duševného zdravia, a to osobnostný rast, samostatnosť, sebaaprijatie, zmysel života, zvládnutie prostredia a pozitívne vzťahy s druhými. Vnútorňa reliabilita dotazníka meraná Cronbachovou alfou dosahuje $\alpha = 0,865$.

Na meranie zármutku bol použitý Dotazník jadrových položiek zármutku od Burnett et al. (21). Dotazník zahŕňa 17 položiek a je zameraný na zistenie prežívania v súvislosti so stratou. Je tvorený dvoma subškálami (pocity a myšlienky) a celkové skóre poukazuje na úroveň normatívneho zármutku. Respondent posudzuje jednotlivé položky na 4 stupňovej škále. Vnútorňa reliabilita dotazníka meraná Cronbachovou alfou dosahuje $\alpha = 0,889$.

Výsledky výskumu

V rámci získaných dát v našom výskume opíšeme výsledky pomocou korelačnej a komparačnej analýzy.

Pomocou korelačnej analýzy sme chceli zistiť silu vzťahu medzi well-beingom a dimenziami odpustenia. Výsledky sú uvedené v tabuľke 1.

Výsledky korelačnej analýzy poukazujú na silný pozitívny vzťah medzi well-beingom a celkovým odpustením na hladine štatistickej významnosti Sig.<0,01. Ďalej analýza poukázala na stredne silné vzťahy medzi well-beingom a odpustením seba, well-beingom a odpustením iným a well-beingom a odpustením situáciám, na hladine štatistickej významnosti Sig.<0,001. Na základe zistenej konštatujeme, že well-being lineárne súvisí s odpustením u rodinných príslušníkov onkologických pacientov, ako v liečbe, tak i zomrelých.

Ďalej sme chceli zistiť silu vzťahu medzi zármutkom a dimenziami odpustenia. Výsledky sú uvedené v tabuľke 2.

Analýza vzťahov uvedená v tabuľke 2, medzi premennými normatívny zármutok a celkové odpustenie, poukázala na štatisticky významný vzťah medzi nimi, na hladine štatistickej významnosti Sig.<0,001. Hodnota Spearmanovho korelačného koeficientu ρ nadobudla hodnotu $\rho = -0,410$, čo poukazuje na negatívny stredne silný vzťah medzi premennými. Rovnako negatívny stredne silný vzťah pozorujeme medzi normatívnym zármutkom a dimenziou odpustenie iným a medzi normatívnym zármutkom a odpustením situácii, na hladine štatistickej významnosti Sig.<0,001. Podobne negatívny, ale slabý vzťah pozorujeme medzi normatívnym zármutkom a dimenziou odpustenie seba, na hladine štatistickej významnosti Sig.<0,001. V rámci skúmania vzťahu prvej dimenzie zármutku – myšlienky a odpustenia môžeme konštatovať, že medzi premennými existuje štatisticky významný negatívny slabý vzťah. Pri skúmaní vzťahu druhej dimenzie zármutku – pocity a odpustenia môžeme konštatovať, že medzi premennými existuje štatisticky významný vzťah, pričom ide o negatívne stredne silné vzťahy. Naším cieľom bolo preskúmať aj rozdiely v odpustení medzi rodinnými príslušníkmi preživších

a zomrelých onkologických pacientov. Výsledky sú uvedené v tabuľke 3.

Na základe uvedeného výsledku môžeme povedať, že medzi skupinami existuje štatisticky významný rozdiel. Medzi respondentmi existuje rozdiel v odpustení vzhľadom na to, či sú rodinnými príslušníkmi preživších, alebo zomrelých onkologických pacientov. Evidujeme vyššie hodnoty celkového odpustenia u rodinných príslušníkov preživších onkologických pacientov (MR = 122,38) v porovnaní s rodinnými príslušníkmi zomrelých onkologických pacientov (MR = 93,34).

Tiež sme chceli zistiť rozdiely v zvládacích stratégiách medzi rodinnými príslušníkmi preživších a zomrelých onkologických pacientov. V tabuľke 4 sú uvedené rozdiely v zvládacích stratégiách medzi rodinnými príslušníkmi preživších a zomrelých onkologických pacientov, v ktorých sa potvrdili štatisticky významné rozdiely: popretie, informačná podpora a pozitívny náhľad.

Komparačnú analýzu rozdielu medzi rodinnými príslušníkmi preživších a zomrelých onkologických pacientov v stratégii popretie s výsledkom $U = 4614,000$; $Z = -2,018$; $\text{Sig.} < 0,05$, môžeme považovať za signifikantnú. Na základe priemerných poradí evidujeme vyššie hodnoty popretia u rodinných príslušníkov zomrelých onkologických pacientov (MR = 113,23), ako u rodinných príslušníkov preživších onkologických pacientov (MR = 96,65).

Ďalej komparačnú analýzu rozdielu medzi rodinnými príslušníkmi preživších a zomrelých onkologických pacientov v stratégii informačná podpora s výsledkom $U = 4595,000$; $Z = -2,043$; $\text{Sig.} < 0,05$, môžeme považovať za signifikantnú. Na základe priemerných poradí evidujeme vyššie hodnoty informačnej podpory u rodinných príslušníkov preživších onkologických pacientov (MR = 115,55), ako u rodinných príslušníkov zomrelých onkologických pacientov (MR = 98,61).

V neposlednom rade komparačnú analýzu rozdielu medzi rodinnými príslušníkmi preživších a zomrelých onkologických pacientov v stratégii pozitívny náhľad s výsledkom $U = 4622,000$; $Z = -1,968$; $\text{Sig.} < 0,05$, môžeme považovať za signifikantnú. Na základe priemer-

Tabuľka 4. Komparačná analýza vybraných zvládacích stratégií medzi rodinnými príslušníkmi preživších a zomrelých onkologických pacientov

Príbuzný pacientov	N	Priemerné poradie	Popretie	
Preživších	92	96,65	Mann-Whitney U	4614,000
Zomrelých	119	113,23	Z	-2,018
Spolu	211		Sig.	0,044
Informačná podpora				
Preživších	92	115,55	Mann-Whitney U	4595,000
Zomrelých	119	98,61	Z	-2,043
Spolu	211		Sig.	0,041
Pozitívny náhľad				
Preživších	92	115,26	Mann-Whitney U	4622,000
Zomrelých	119	98,84	Z	-1,968
Spolu	211		Sig.	0,049

ných poradí evidujeme vyššie hodnoty pozitívneho náhľadu u rodinných príslušníkov preživších onkologických pacientov (MR = 115,26), ako u rodinných príslušníkov zomrelých onkologických pacientov (MR = 98,84).

Diskusia

Výskumným problémom bol nedostatok výskumných zistení u rodinných príslušníkov onkologických pacientov, nakoľko veľa štúdií sa venuje skúmaniu samotných pacientov, ich príbuzným je venovaná malá výskumná pozornosť. Vo výskume bol identifikovaný silný, pozitívny vzťah medzi well-beingom a celkovým odpustením a stredne silné vzťahy medzi well-beingom a odpustením sebe, odpustením iným a odpustením situáciám u príbuzných onkologických pacientov, či už preživších alebo aj zomrelých. Môžeme teda konštatovať, že považujeme korelačné vzťahy medzi well-beingom a dimenziami celkového odpustenia za významne, a že well-being lineárne súvisí s odpustením podobne ako uviedol Avery (22), ktorý poukázal na interpersonálne odpustenie a jeho významnejší súvis s celkovým well-beingom. Naším cieľom bolo preskúmať rozdiel v odpustení medzi rodinnými príslušníkmi preživších a zomrelých onkologických pacientov. Na základe výsledku konštatujeme, že medzi skupinami existuje štatisticky významný rozdiel, pričom evidujeme vyššie hodnoty celkového odpustenia u rodinných príslušníkov preživších, ako u zomrelých onkologických pacientov. Teda tí, ktorým príbuzný zomrel na onkologické ochorenie, odpúšťajú ťažšie, možno aj na

základe toho, že ich smrť považujú za väčšie zranenie.

Naším zámerom bolo tiež preskúmať rozdiely v zvládacích stratégiách medzi uvedenými skupinami. Môžeme povedať, že medzi skupinami rodinných príslušníkov preživších a zomrelých onkologických pacientov existuje štatisticky významný rozdiel vo zvládacích stratégiách – popretie, pozitívny náhľad a informačná podpora. V ostatných stratégiách sa rozdiel nenašiel. Môžeme teda tvrdiť, že rodinní príslušníci zomrelých onkologických pacientov používajú viac popretie, ako stratégiu zvládania náročnej situácie, v porovnaní s preživšími. A na druhej strane, rodinní príslušníci preživších onkologických pacientov viac používajú zvládacie stratégie a reakcie na stres: informačná podpora a pozitívny náhľad. Tento výsledok môžeme interpretovať, že rodinní príslušníci preživších onkologických pacientov vyhľadávajú viac informácií na to, aby situáciu stresu lepšie zvládali. A je preto možné, že majú aj pozitívnejší náhľad na túto náročnú stresovú situáciu.

Za limitáciu práce považujeme veľkosť výskumného súboru, keďže počet respondentov z celkového počtu rodinných príbuzných onkologicky chorých pacientov nie je dostačujúci a taktiež nenáhodný výber respondentov. Do budúca navrhujeme zvýšiť počet respondentov a obohatiť výskum o kvalitatívne metódy a priniesť tak nové zistenia v rámci danej problematiky. Za ďalšiu limitáciu považujeme aj distribúciu výskumného dotazníka prostredníctvom online formulára z dôvodu prebiehajúcej

pandémie COVID-19, čo mohlo byť tiež špecifickou situáciou záťaže, ako to tvrdia aj niektorí autori, napr. Scheitel (23) a Tomiczek, Thurzo a Dobříková (24).

Záver

Výsledky našich zistení ukazujú, že je nevyhnutné skúmať psychický stav aj rodinných príslušníkov onkologicky chorých pacientov a tiež venovať pozornosť aj blízkym pozostalým onkologických pacientov, ktorí chorobe podľahli. Odporúčame preto do praxe zamerať sa v hospici pri práci aj na rodinných príslušníkov, aby im psychológ a kňaz vysvetlil proces odpustenia a sprevádzal ich pri tom, nakoľko odpustenie veľmi úzko súvisí s well-beingom. Okrem toho sa ukazuje, že by bolo vhodné, aby sociálni pracovníci pomohli príbuzným analyzovať, ktoré stratégie sú viac adaptívne a edukovať ich, aby ich vedeli aj využívať pri zvládaní stresovej situácie, ktorú prežívajú. A pri blízkych pozostalých onkologických pacientov, ktorí chorobe podľahli, odporúčame, aby sa pracovníci pomáhajúcich profesií zamerali aj na sprevádzanie v procese zármutku, pretože súvisí aj s odpustením.

Grantová podpora

VEGA číslo projektu 1/0518/20
Odpustenie z pohľadu psychológie – intrapersonálne a interpersonálne aspekty a vzťah s psychickým zdravím.

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

Literatúra

1. Wang T, Molassiotis A, Chung B, et al. Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers: a systematic review. *BMC Palliative Care*. 2018;17(1):96.
2. Dobříková Porubčanová P. Nevyliciteľne chorí v súčasnosti. Bratislava: Spolok svätého Vojtecha, 2005:280.
3. Haškovcová H. Thanalogie. 2. vyd. Praha: Galén, 2007:244.
4. Chua GP, Pang G, Yee A, et al. Supporting the patients with advanced cancer and their family caregivers: what are their palliative care needs? *BMC Cancer*. 2020;20(1):15.
5. Špatenková N. Krize a krizová intervence. Praha: Grada publishing, 2017:288.
6. Říčan P. Cesta životem. 3. vyd. Praha: Portál, 2021:392.
7. Kast V. Truchlení: fáze a šance psychického procesu. Praha: Portál, 2015:44.
8. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer, 1984:256.
9. Torabi F, Rassouli M, Nourian M, et al. The Effect of Spiritual Care on Adolescents Coping With Cancer. *Holistic Nursing Cancer*. 2018;32(3):149-159.
10. Chen PY, Chang HC. The coping process of patients with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2012;16(1):10-16.
11. Worthington EL, Witvliet ChVO, Pietrini P, et al. Forgiveness, Health, and Well-Being: A Review of Evidence for Emotional Versus Decisional Forgiveness, Dispositional Forgiveness, and Reduced Unforgiveness. *Journal of Behavioral Medicine*. 2007;30(4): 291-302.
12. Enright RD, Lee YR, Hishberg MJ, et al. Examining group forgiveness: Conceptual and empirical issues. *Peace and Conflict: Journal of Psychology*. 2016;22(2):153-162.
13. Friedman PH, Toussaint L. Changes in forgiveness, gratitude, stress and well-being during psychotherapy: An integrative, evidence-based approach. *International Journal of Healing and Caring*, 2006;6(2):1-21.
14. Mohammadi E, Farnaz KA, Allah FV, et al. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (Act) on Marital Satisfaction Among Depressed Women. *Knowledge Research in Applied Psychology*. 2016;17(2):26-35.
15. VanRyn M, Sanders S, Kahn K, et al. Objective burden, resources, and other stressors among informal cancer caregivers: a hidden quality issue? *Psycho-oncology*. 2011;20(1):44-52.
16. Fancourt D, Warran K, Finn S, et al. Psychosocial singing interventions for the mental health and well-being of family carers of patients with cancer: results from a longitudinal controlled study. *BMJ Open*. 2019;9(8):9.
17. Bevans M, Sternberg EM. Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *Jama*. 2012;307(4):398-403.
18. Thompson LY, Snyder CR, Hoffman L, et al. Dispositional Forgiveness of Self, Others, and Situations. *Journal of Personality*. 2005;73(2):313-359.
19. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*. 1997;4(1):92-100.
20. Ryff CD, Almeida DM, Ayanian JS, et al. National Survey of Midlife Development in the United States (MIDUS II), 2004-2006: Documentation of psychosocial constructs and composite variables in MIDUS II Project 1. Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research, 2010.
21. Burnett PC, Middleton W, Raphael B, et al. Measuring core bereavement phenomena. *Psychological Medicine*, 1997;27(1):49-57.
22. Avery CM. The relationship between self-forgiveness and health: Mediating variables and implications for wellbeing (Doctoral dissertation, University of Hartford). 2008:112.
23. Scheitel R. Examining challenges to palliative care services during the COVID -19 Pandemic, focusing on spiritual care and social support: A scoping review. *Acta Missiologica*. 2022;16(2):37-58.
24. Tomiczek V, Thurzo V, Dobříková P. The role and experiences of social workers in hospices during the peak of the COVID-19 Pandemic. *Acta Missiologica*. 2022;16(2):59-65.

Mgr. Mário Schwarz, PhD.

Katedra psychológie, Filozofická fakulta Trnavskej univerzity, Hornopotočná 23, 917 01 Trnava
mario.schwarz@truni.sk



rokov s vami

Duchovné potreby u seniorov v paliatívnej starostlivosti

PhDr. Alica Slamková, PhD., PhDr. Ľubica Poledníková, PhD.

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

V príspevku prezentujeme pilotný prieskum so zameraním na aplikáciu ošetrovateľských činností vybraného súboru NIC (Nursing Interventions Classification) Duchovná podpora 5420, u seniorov so stanovenou ošetrovateľskou diagnózou Duchovná tieseň 00066 v paliatívnej starostlivosti. Výskumnú vzorku tvorili pacienti hospicu Sv. Alžbety v Ľubici v počte 18 a pacienti geriatrického oddelenia Nemocnice Poprad, a. s., v počte 21. Aplikovali sme ošetrovateľské činnosti vybraného súboru NIC Duchovná podpora 5420 v priebehu piatich dní. Porovnali sme ošetrovateľské činnosti medzi pracoviskami. Štatisticky významný rozdiel medzi ošetrovateľskými činnosťami sme zistili v piatich. Sestry spolu najčastejšie aplikovali nasledujúce ošetrovateľské činnosti: NIC 4 Ošetrovanie človeka s dôstojnosťou a rešpektom (AM = 4,59), NIC 1 Používanie terapeutickkej komunikácie pre nadviazanie dôvery a empatickej starostlivosti (AM=4,49) a NIC 11 Otvorenosť individuálnym prejavom a záujmom pacienta (AM=4,08).

Kľúčové slová: duchovná tieseň, senior, paliatívna starostlivosť, ošetrovateľská diagnóza, ošetrovateľská činnosť

Spiritual needs of older people in palliative care

In the paper we present a pilot study focused on application of nursing activities of a selected NIC (Nursing Interventions Classification) intervention Spiritual Support 5420 in older people with the nursing diagnosis Spiritual Distress 00066 in palliative care. The sample consisted of 18 patients from the Hospice of St. Elisabeth in Ľubica and 21 patients from the Geriatric Department, Hospital Poprad. We used the nursing activities of the selected NIC intervention Spiritual Support 5420 for five days. We compared the nursing activities between the workplaces. The statistical differences between the nursing activities were found in five of them. The most frequently used nursing activities were: NIC 4 Treat individual with dignity and respect (AM = 4.59); NIC 1 Use therapeutic communication to establish trust and empathic caring (AM = 4.49); and NIC 11 Be open to individual's expressions and interests (AM = 4.08).

Key words: spiritual distress, older person, palliative care, nursing diagnosis, nursing activity

Paliat. med. liec. boles., 2022;15(1-2e):42-44

Úvod

Každý úsek ľudského života má svoje špecifiká a pomenovanie. Staroba sa nedá ohraničiť do presnej definície, kde je jej pôvod a začiatok v živote človeka, preto sa označuje ako obdobie tretieho veku (1). Pronzato (2006, s. 29) nazval starobu „obdobie ovocia“, v ktorom je človek schopný ešte pomocou tvorivosti prinášať ovocie (2).

Najväčším problémom geriatrických pacientov v paliatívnej starostlivosti je bolesť, slabosť a únava. Pokročilá geriatrická krehkosť sa prejavuje imobilitou, inkontinenciou, delirijnými stavmi, poklesom záujmu o okolie, zvýšeným záujmom o vlastné telo a zhoršovaním nutričného stavu s rozvojom metabolickej acidózy (3). Duchovné problémy u seniorov v paliatívnej starostlivosti sú ovplyvnené psychickými aj sociálnymi zmenami v starobe. Z psychologických zmien sú v starobe významné pokles vitality a energie. Pre zhoršenú senzomotorickú funkčnú koordináciu každá činnosť trvá starému človeku dlhšie. Zmeny pamäte vidno na zhoršenej novopamäti, kde si už starší ľudia nedokážu dobre zapamätať nové informácie, majú

znižujú koncentráciu pozornosti a zhoršenú fantáziu. Zmeny v citovej oblasti predstavuje citová labilita, citlivosť, ľútosť, sklony k úzkostným a depresívnym náladám, niekedy podozrievavosť a vzťahovosť (4, 1). V sociálnej oblasti je významná strata – smrť životného partnera. Slabosť a rôzne ochorenia nedovoľujú vykonávať všetky činnosti v plnej aktivite, spôsobujú pocit neužitočnosti, pasivity a príťažky pre príbuzných (5, 6).

V súčasnom období uľahčuje prácu sestram súhrnná štandardizovaná klasifikácia intervencií a pod ne spadajúcich činností NIC (Nursing Interventions Classification). Používa sa v rôznych oblastiach od domácej starostlivosti, v hospicoch, až po dlhodobú starostlivosť, je teda aplikovateľná aj u seniorov v paliatívnej starostlivosti, zahŕňa závislé i nezávislé činnosti, ktoré sestra vykonáva v starostlivosti o pacienta (7).

Cieľ, súbor a metodika

Cieľom pilotného prieskumu bolo zistiť najčastejšie aplikované ošetrovateľské činnosti intervencie NIC

(Nursing Interventions Classification) 5420 Duchovná podpora u seniorov so stanovenou ošetrovateľskou diagnózou Duchovná tieseň 0066 v paliatívnej starostlivosti. Prieskumnú vzorku tvorili pacienti zariadenia hospicu Sv. Alžbety v Ľubici v počte 18 a pacienti geriatrického oddelenia Nemocnice Poprad, a. s., v počte 21. Respondenti boli do výskumu vyberaní na základe zaraďujúcich kritérií: vek nad 65 rokov, spolupracujúci pacienti, pacienti s diagnostikovaným progredujúcim ochorením a so stanovenou ošetrovateľskou diagnózou Duchovná tieseň 0066. Pri stanovení ošetrovateľskej diagnózy vychádzali sestry z diagnostického algoritmu, tzn. po stanovení aspoň jedného určujúceho znaku prešli k druhému kroku, ktorým bolo vyhľadávanie súvisiacich faktorov. K najčastejším určujúcim znakom patrili: nedostatok odvahy a beznádej a k súvisiacim faktorom: starnutie a osamelosť (8, s. 340).

Z celkového počtu respondentov 39 bolo 20 (51,3 %) mužov a 19 (48,7%) žien. Sestry z jednotlivých pracovísk bo-

li oboznámené s problematikou klasifikačných systémov ošetrovatelstva. Dve vybrané sestry, ktoré spĺňali kritériá pre zaradenie do súboru expertov (9) a ktoré stanovovali ošetrovateľskú diagnózu Duchovná tieseň 0066 u pacientov, na každom pracovisku hodnotili realizáciu ošetrovateľských činností vybraného súboru NIC 5420 Duchovná podpora v rozsahu položiek 1-23 (10) v priebehu piatich dní u vybranej vzorky pacientov. Realizáciu hodnotili na základe voľného rozhovoru so sestrami. Po piatich dňoch sme porovnali aplikáciu ošetrovateľských činností medzi jednotlivými pracoviskami. Na porovnanie sme využili t- test pre dva nezávislé výbery. Výsledky sú štatisticky významné, ak $p < 0,05$ (tabuľka 1). Prieskum sa uskutočnil v období január až jún 2018.

Výsledky

V tabuľke 1 uvádzame porovnanie aplikovaných ošetrovateľských činností NIC 5420 Duchovná podpora, medzi jednotlivými pracoviskami (v piaty deň aplikácie) a štatisticky významný rozdiel medzi piatimi činnosťami.

Z intervencie NIC Duchovná podpora 5420 sestry spolu najčastejšie aplikovali nasledujúce ošetrovateľské činnosti: NIC 4 Ošetrovanie človeka s dôstojnosťou a rešpektom (AM = 4,59), NIC 1 Používanie terapeutickú komunikáciu pre nadviazanie dôvery a empatickej starostlivosti (AM = 4,49), NIC 11 Otvorenosť individuálnym prejavom a záujmom pacienta (AM = 4,08) a NIC 21 Vyjadrovanie empatie s pocitmi pacienta (AM = 3,77).

Na **geriatrickom oddelení** aplikovali sestry najčastejšie nasledujúce ošetrovateľské činnosti: NIC 1 Používajte pokojný a upokojujúci prístup (AM 4,56; SD 0,93); NIC 4 Snažte sa pochopiť stresové situácie z pohľadu pacienta (AM 4,44; SD 0,93); NIC 21 Pomáhajte pacientovi formulovať realistický opis blížiacej sa udalosti (AM 3,67; SD 1,64).

V **hospici** boli aplikované najčastejšie ošetrovateľské činnosti: NIC 4 Snažte sa pochopiť stresové situácie z pohľadu pacienta (AM 4,92; SD 0,28), NIC 12 Pozorne počúvajte pacienta (AM 4,67; SD1,15) a NIC 14 Vytvorte atmosféru dôvery (AM 4,67; SD 0,65).

Tabuľka 1. Aplikované ošetrovateľské činnosti NIC 5420 Duchovná podpora

Ošetrovateľské činnosti	Geriatría		Hospic		p
	AM	SD	AM	SD	
12 Zorganizujte návštevy duchovného poradcu u pacienta	1,56	1,01	4,67	1,15	0,001
13 Modlite sa s jednotlivým pacientom	0,89	0,69	3,92	1,62	0,001
14 Poskytnite duchovnú hudbu, literatúru, alebo rozhlasové a televízne programy	0,85	1,26	4,67	0,65	0,001
16 Podporujte účasť na bohoslužbách, v prípade potreby	0	0	2,5	1,16	0,001
23 Pozorne počúvajte komunikáciu jedinca a plánujte načasovanie pre modlitbu a duchovné rituály	1,44	1,12	4,08	1,56	0,001

AM – aritmetický priemer, SD – smerodajná odchýlka

Diskusia

Posudzovanie duchovných potrieb je problematické. Pri posudzovaní sa zisťujú udalosti v živote pacienta, ktoré ho ovplyvňujú, predmet obáv v súvislosti s ochorením, vzťahy v pacientovom živote, ktoré ho najviac ovplyvňujú, prejav straty zmyslu života, viera v Boha alebo viera v nejakú vyššiu silu, príslušnosť k cirkvi a pod. (11).

Ako uvádza Svatošová, priorita potrieb sa v priebehu choroby mení. Na začiatku sú prvoradá biologické potreby a v záverečnej fáze sa do popredia dostávajú duchovné potreby. Napriek tomu, že sa mnohí pacienti neidentifikujú ani s jedným náboženským presvedčením, takmer každý pociťuje potrebu nájsť zmysel svojho života, hlavne v prípade postihnutia nevyliciteľným ochorením (12). Tieto názory sa zhodujú s výsledkami nášho výskumu, keď ošetrovateľské činnosti zamerané na uspokojenie duchovných potrieb boli oveľa častejšie uskutočňované v hospici (tabuľka 1). Pozitívnu skúsenosť s efektívnym uspokojovaním duchovných potrieb v hospicoch prezentujú aj výsledky ďalšieho kvalitatívneho výskumu, v ktorom sa vyjadrovalo 16 účastníkov, ktorým zomrel príbuzný v sociálnej službe alebo v hospicovej starostlivosti počas pandémie Covid-19. Príbuzní zosnulých v hospici jednoznačne potvrdili pozitívnu skúsenosť, žiadnu negatívnu komunikáciu a hlavne lepšiu pripravenosť a zmierenie so smrťou svojho rodinného príslušníka (13).

Ďalší autori rovnako uvádzajú, že ošetrovateľská diagnóza „Duchovná tieseň 00066“ je najčastejšie charakterizovaná nedostatkom zmyslu života, beznádejou a nedostatkom lásky (14). Autori Hamptonová et al. (2007) usku-

točnili výskum so zameraním na uspokojenie duchovných potrieb u 90 pacientov s pokročilým nádorovým ochorením, ktorí boli prijatí do domácej hospicovej starostlivosti. Byť s rodinou, bola najčastejšie uvádzaná potreba (80 % respondentov), 50 % respondentov ďalej uviedlo modlitbu ako dennú potrebu a najčastejšie uvádzanou neuspokojenou potrebou bola účasť na bohoslužbách (15). V prospektívnej štúdií autorov Balboni et al. (2007), ktorá skúmala psychosociálne a duchovné faktory u pacientov s pokročilým nádorovým ochorením sa zistilo, že 88 % považovalo náboženstvo za aspoň trochu dôležité (16) a 79 % respondentov v ďalšom výskume uviedlo, že sa spoliehajú na svoje náboženské presvedčenie, aby sa vyrovnali s chorobou v miernom alebo väčšom rozsahu (17).

Európska asociácia pre paliatívnu starostlivosť definuje spiritualitu ako: ...“dynamickú dimenziu človeka, ktorá sa vzťahuje k spôsobu, akým ľudia (jednotlivci a komunita) zažívajú, vyjadrujú a/alebo hľadajú zmysel, účel a transcendentiu, a k spôsobu, akým sú spojení s momentom, sebou samými, druhými, prírodou, významným či posvätným (18). Nemčeková uvádza jednu z najrozsiahlejších kategorizácií duchovných potrieb. Potreby súvisiace s vedomím seba – potreba cieľov a zmyslu života, potreba nádeje atď. Potreby súvisiace s inými – potreba odpustiť iným, vyrovnáť sa so stratou lásky a potreby súvisiace s absolútnom – potreba istoty, že existuje Boh, či vyššia moc v univerze, potreba viery, že Boh je milujúci a prítomný, potreba uctievania a zbožnosti (19).

Prežívanie ochorenia u geriatrických pacientov v paliatívnej starostlivosti býva náročné. Ako uvádza Marková (2010, s. 92) „i u veriaceho človeka môžu

nastať momenty krízy viery, či Boh skutočne existuje a či ho miluje, ak dopustil na neho ťažké ochorenie“ (20). Aké sú skutočné požiadavky zomierajúcich v zmysle spirituality uvádzajú aj výsledky výskumu autora Wrighta, ktorý uskutočnil prieskum medzi kaplánmi hospicov a nemocničných zariadení v Anglicku a Walese, kde zisťoval, aké náboženské a nenáboženské požiadavky pacienti najčastejšie majú. V obidvoch skupinách udávalo 89 % respondentov, že pacienti najčastejšie požadujú niekoho, „kto by ich počúval“, tesne nasledovala požiadavka kto by „bol prítomný“. Nemocniční pacienti chceli diskutovať o svojich obavách o príbuzných, o bolesti, smrti a umieraní a podobne chceli hovoriť o svojich obavách o príbuzných, o utrpení a smrti a o umieraní i pacienti v hospici. Pokiaľ ide o činnosti spojené s kresťanskou vierou, pacienti v obidvoch skupinách žiadali o prijímanie, modlitbu a bohoslužbu (21).

Často sa uspokojenie duchovných potrieb považuje len za vec duchovných. Z historického pohľadu však vidíme, že určité skupiny, ktoré sa starali o chorých, rolu spirituality vždy uznávali. Typickým príkladom je ošetrovatelstvo a osobnosť Florence Nightingaleovej, ženy so silnou vierou, vďaka ktorej považovala ošetrovatelstvo za náboženské povolanie.

Záver

Každý pacient s blížiacou sa smrťou mení svoje postoje a duchovno sa mu stáva bližším. Potvrďuje to aj Pompey (2004, s.27): „Stretnutie s umieraním a so smrťou znamená vždy aj stretnutie s transcendentnosťou“ (22). Z toho vyplýva aj nutnosť zvýšenej požiadavky na uspokojenie týchto potrieb. Duchovná

starostlivosť patrí k náročnej oblasti v práci sestry. Sestry, ktoré neprišli do styku s náboženským prostredím, sa vyhýbajú riešeniu týchto otázok. Je dôležité si však uvedomiť, že ide nielen o otázky náboženské a cirkevné. Pastórálna starostlivosť neznamená ovplyvňovanie náboženského presvedčenia, nie je to obracanie zomierajúceho k Bohu. Ide o sprevádzanie zomierajúceho jedinca v jeho duchovnom prežívaní. Duchovná starostlivosť sa týka vzťahu zomierajúceho k transcendentu, k Bohu, je to vnímanie vlastného života, utrpenia, smrti, umierania a ich zmyslu. Sú to otázky viery, nádeje, posmrtného života, odpustenia, komunikácie s Bohom (23). Uľahčiť a skvalitniť prácu sestram v tejto oblasti umožňujú aj klasifikačné systémy ošetrovatelstva. Predstavujú konkrétny nástroj, ktorý môžu sestry aplikovať pri problémoch v uspokojovaní aj duchovných potrieb pacientov a ich príbuzných v paliatívnej starostlivosti.

Autorky článku vyhlasujú, že nemajú žiadny potenciálny konflikt záujmov.

Literatúra

1. Poledníková L, et al. Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo. Martin: Osveta, 2006, s. 216.
2. Pronzato A. Staroba – vek nádeje. Trnava: Spolok svätého Vojtecha, 2006, s. 216
3. Kalvach Z, Zadák Z, Jiráček R, Zavázalová H, Holmerová I, Weber P, et al. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada, 2008, s. 336.
4. Németh F, et al. Geriatria a geriatrické ošetrovatelstvo. Martin: Osveta, 2009, s. 194.
5. Hatoková M, et al. Sprevádzanie chorých a zomierajúcich. Bratislava: DON BOSCO, 2009, s. 2016.
6. Malíková E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011, s. 328.
7. Vörösová G, Solgajová A, Archalousová A. Standardizovaná terminologie pro ošetrovatelskou diagnózu. Praha: Grada, 2015, s. 144.

8. Herdman TH, Kamitsuru S. (eds.). NANDA International. Nursing diagnoses: Definitions and Classification 2015-2017. Chichester: Wiley Blackwell, 2014. p. 483.
9. Zeleníková R, Žiaková K, Čáp J, Jarošová D, Vrublová Y. Návrh kritérií výberu expertov pre validizáciu ošetrovateľských diagnóz v ČR a SR. Kontakt. 2010;12(4):407-413.
10. Bulechek GM, Butcher H, McCloskey Dochterman J. Nursing Interventions Classification. 5-th ed. Missouri U.S.A.: Mosby, Inc., 2008, p. 238-239.
11. Gurková E, Žiaková K, Čáp J, et al. Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi. Martin: Osveta, 2009, s. 243.
12. Svatošová M. Hospice a umění doprovázet. Praha, Ecce Homo. 1999, s. 152.
13. Dobříková P, Horniaková D, Thurzo V. Caring for terminally ill clients in hospices and social services facilities during the peak of the COVID-19 pandemic, with a focus on the experience of relatives regarding this situation. Acta Missiologica. 2022;16(2):20-36.
14. Gurková E, Žiaková K, Čáp J. Content Validation of Hopelessness in Slovakia and Czech Republic. 2011;22(1):33-39.
15. Hampton DM, Hollis DE, Lloyd DA, Taylor J, McMillan SC. Spiritual needs of persons with advanced cancer. AM J Hosp Palliat Care. 2007;23(1):42-8.
16. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. J Clin Oncol. 2007;25(5):555-560.
17. Phelps AC, Maciejewski PK, Nilsson M, et al. Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. JAMA. 2009; 301(11):1140-1147.
18. Van de Ceer DCL, Wulp, M. Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. In EJPC. 2011;18:86-89.
19. Nemčeková M. Duchovné potreby. In: Tomagová M, Bóriková I. Potreby v ošetrovatelstve. Martin: Osveta, 2008:169-179.
20. Marková M. Sestra a pacient v paliatívnej péči. Praha: Grada, 2010, s. 128.
21. Wright M. Duchovní dimenze hospicové a paliatívnej péče. In: Payneová S, Seymourová J, Ingletonová Ch. Principy a praxe paliatívnej péče. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 2007:232-255.
22. Pompey H. Zomieranie. Trnava: Dobrá kniha, 2004, s. 184.
23. Prášilová M. Duchovné potreby ťažko chorých /zomierajúcich. In: Svatošová M. Hospice a umění doprovázet. Praha: Ecce Homo, 1999.

PhDr. Alica Slamková, PhD.

Katedra ošetrovatelstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Kraskova 1, 949 74 Nitra
aslammkova@ukf.sk

Eschatologický přesah života v kontextu spirituality s implikací pro paliativní péči

PhDr. Jiří Pospíšil, Ph.D., PhDr. Ivana Olecká, Ph.D.

Katedra křesťanské sociální práce, Univerzita Palackého v Olomouci

Článek je věnován významu hodnoty věčný život, která vyjadřuje postoj k eschatologickému přesahu lidského života. Hodnota je nahlížena prizmatem kulturních rozdílů mezi českou a slovenskou populací a také rozdílů plynoucích z odlišných náboženských přesvědčení a na ně navázaných spiritualit. Výsledky výzkumu na reprezentativním souboru české (n=3185) a slovenské (n=1564) populace ukázaly, že postoje k věčnému životu (eschatologickému přesahu) závisí významně jak na náboženském přesvědčení, tak také na jeho interferenci s kulturními rozdíly obou populací. V diskusi jsou rozděleny tři skupiny postojů k eschatologickému přesahu a důrazem na využití v péči založené na hodnotách.

Klíčová slova: spiritualita, eschatologie, věčný život, paliativní péče, na hodnoty orientovaná péče

Eschatological transcendence of life in the context of spirituality with implications for palliative care

The paper deals with the meaning of the value of eternal life, which expresses the attitude to the eschatological overlap of human life. This value is viewed through the prism of cultural differences between the Czech and Slovak populations, as well as the differences resulting from different religious beliefs and related spiritualities. The results of the research on a representative sample of the Czech (n=3185) and Slovak (n=1564) populations showed that attitudes towards eternal life (eschatological overlap) depend significantly both on religious beliefs and on their interference with cultural differences of both populations. Three groups of attitudes toward eschatological overlap are discussed, emphasising use in value-based care.

Key words: spirituality, eschatology, eternal life, palliative care, values-based care

Paliat. med. liec. boles., 2022;15(1-2e):45-47

Úvod

Nemoc v terminálním stádiu mění směr životní dráhy a znamená změnu perspektivy a hodnot, kdy člověk přehodnocuje své priority, změnu smyslu života, hledání nového životního cíle (1). V paliativní medicíně je z hlediska vnímané spokojenosti a kvality péče pro pacienta i jeho rodinu zásadní komunikace (2). Posouzení a správná diagnostika všech potřeb a problémů pacientů, včetně spirituálních, je pro zvyšování kvality paliativní péče nevyhnutelná (3). Úkolem paliativní péče je totiž nejen zlepšit kvalitu života pacienta až do jeho smrti, ulevit mu od bolesti a dalších závažných obtíží, ale také integrovat psychologické a spirituální aspekty péče o pacienta a poskytnout pomoc příbuzným, blízkým osobám pacienta, aby se mohli vyrovnat se smrtí (4).

Strach ze smrti je v této fázi přirozený. Projevy strachu ze smrti mají intrapersonální (očekávané důsledky na duši a tělo), interpersonální (ztráta sociální identity) a transpersonální (neznalost podstaty smrti, soudu a případné odměny a trestu po smrti) složku. Protikladem obav a strachu je naděje (1).

V oblasti spirituality je touto nadějí naděje na spásu, na věčný život. Význam hodnoty věčného života závisí na řadě proměnných, z nichž pravděpodobně nejsilnější vliv má náboženské přesvědčení a postoj k víře. Sílu této hodnoty ovlivňuje také kulturní prostředí, které se významně odlišuje nejen díky náboženskými společenstvími a jejich víře, ale také díky geografické a etnografické různosti způsobené odlišností jazyka, zvyků či folklorních tradic. Tyto odlišnosti jsou ponejvíce ohraničeny jednotlivými zeměmi a jejich regiony (5). Srovnání v tomto článku se věnuje hodnotě věčného života a jejímu vnímání mezi Čechy a Slováky s ohledem na jejich národnost a náboženské přesvědčení. Vycházíme přitom z dřívějších výzkumů, které potvrdily základní rozdíly v religiozitě a spiritualitě (6). Obě země přitom vycházejí především z křesťanských náboženských tradic, kde je eschatologická představa v osobní rovině spojována právě s konceptem věčného života, který překračuje fyzické hranice světa a pokračuje v rovině sociálního bytí u Boha (7). Strach ze smrti a způsoby

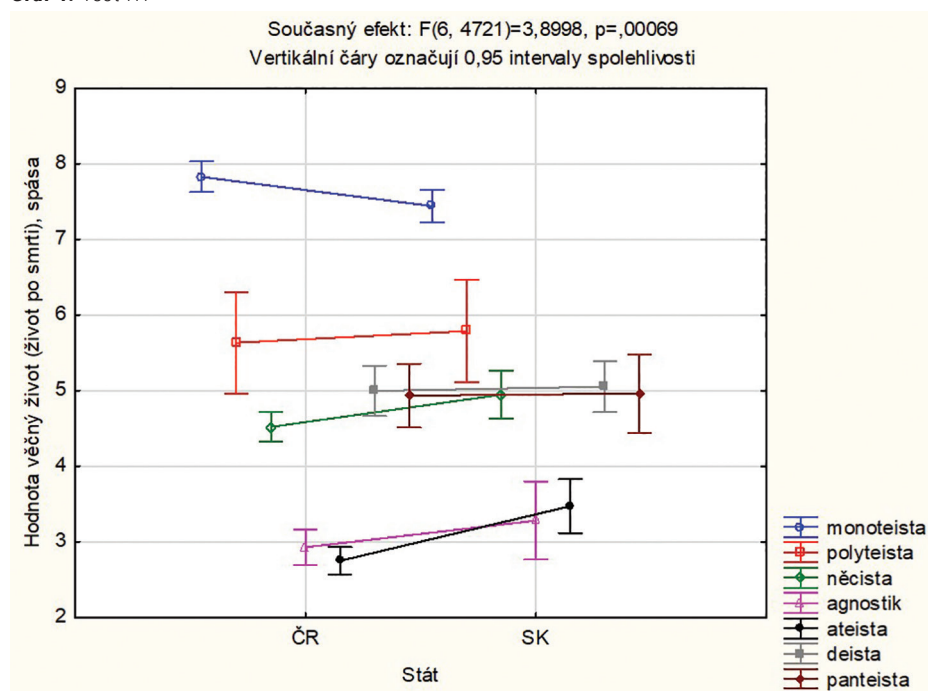
uvažování o konečnosti vlastní osoby v kontextu paliativní péče jsou proto téměř vždy spojeny s náboženskou či spirituální představou nebo jejím odmítáním v podobě deklarovaného ateismu. Hodnota věčného života je tak implicitně spojována s nadějí a přesvědčením o přesahu (transcendenci) vlastního bytí a hledáním odpovědí, které tuto nadějí a přesvědčení obhajují. Abychom ukázali, jaký význam má postoj k hodnotě věčného života v populaci České a Slovenské republiky u skupin s různými základními náboženskými představami, zaměřili jsme se na preferenci této hodnoty a její rozdíly podle náboženského přesvědčení a národní příslušnosti.

Metody

Výzkum byl koncipován jako průřezová studie ex-post-facto. Sběr dat probíhal v České republice a na Slovensku pomocí dotazníku od září 2020 do ledna 2022 a byl distribuován online pomocí nástroje Social Survey Project (8). Těm respondentům, kteří nemohli dotazník vyplnit sami, bylo poskytnuto asistované vyplnění dotaz-

Tabulka 1. Náboženské přesvědčení dle státu

náboženské přesvědčení	země		Celkem
	ČR	SR	
monoteista	662 z: -12,45	590 z: 12,45	1252
polyteista	60 z: -3,80	58 z: 3,80	118
něcista	737 z: 4,87	266 z: -4,87	1003
agnostik	467 z: 8,05	103 z: -8,05	570
ateista	870 z: 10,31	218 z: -10,31	1088
deista	241 z: -7,74	230 z: 7,74	471
panteista	148 z: -2,45	99 z: 2,45	247
Celkem	3185	1564	4749

Graf 1. Test H1

níku. Počet asistovaných vyplnění dotazníku nepřesáhl 10 %. V obou zemích byl sběr prováděn celostátně na celém území státu. V každé zemi byl vybrán stratifikovaný vzorek respondentů podle pohlaví, věku a velikosti obce. V rámci těchto stratifikačních skupin byl dotazník distribuován náhodně a plošně za pomoci přibližně 200 dobrovolníků. V obou zemích se studie zúčastnilo celkem 4749 osob, z toho 2321 (48,87 %) žen a 2428 (51,13 %) mužů. V české populaci byly údaje získány od 3185 (67,07 %) respondentů a na Slovensku se průzkumu zúčastnilo 1564 (32,93 %) respondentů. Respondenti v obou zemích byli ve věku 20 let a více. Výzkumný soubor je reprezentativní pro českou a slovenskou populaci podle pohlaví a věku (9, 10).

Hodnota věčného života byla měřena přímým, preferenčním způsobem na na spojitě škále od 1 do 10 s citlivostí nastavenou na 0,1 stupně, aby bylo dosaženo efektu spojitosti a zároveň byla zachována svoboda respondenta vyjádřit svůj postoj. Měření hodnot i jeho limity detailně zdůvodňujeme v našich předěšlých publikacích, a to včetně diskuse o reliabilitě a validitě měření (11, 12).

Náboženské přesvědčení a spirituální orientace byla měřeno na uzavřené škále čítající 7 možností odpovědi: (1) monoteista – věřící/ho v osobního Boha, který pečuje o stvoření (2), polyteista – věřící/ho ve více božských sil, (3) ně-

Tabulka 2. Výsledky dvourozměrné analýzy ANOVA

	SS	Stupně Volnosti	MS	F	p
Průsečík	54824,12	1	54824,12	7968,262	0,000000
Země (kulturní prostředí)	18,18	1	18,18	2,642	0,104163
Náboženské přesvědčení (spiritualita)	12535,41	6	2089,23	303,654	0,000000
Země (kulturní prostředí) × Náb. přesv. (spiritualita)	159,81	6	26,64	3,871	0,000738

cista – věřící/ho ve vyšší moc (v „něco nad námi“), (4) agnostik – věřícího, že možná něco nad námi je, ale nevěří, že to můžeme jakkoliv poznat, (5) ateista – nevěří v existenci něčeho nad námi, (6) deista – věřící/ho v boha, který ovšem do světa nijak nezasahuje, (7) panteista – věřící/ho v jednotu boha a přírody (bůh a příroda jsou totéž). Detailně se operacionalizaci této škály věnujeme v předešlé studii (13).

Pro statistickou analýzu závislosti byla použita jednosměrná ANOVA (14) a chí-kvadrát test pro kontingenční tabulku, přičemž závislosti na hladině $p \leq 0,05$ byly považovány za statisticky významné. Testována byla základní hypotéza o vlivu dvou proměnných – kulturního prostředí (země) a náboženského přesvědčení (měřeného na výše uvedené škále) – na preferenci hodnoty věčný život (H1). V rámci testování této hypotézy byly ještě samostatně testovány také hypotézy o vlivu náboženského přesvědčení – spirituality (H2) a kultur-

ního prostředí (země) (H3) na význam hodnoty věčný život.

Výsledky

Tabulka 1 uvádí složení výzkumného souboru dle náboženského přesvědčení. Rozdíly mezi státy jsou statisticky významné ($p < 0,0001$). Hodnoty z-scóre (zarovnaná rezidua) ukazují, že rozdíly mezi zeměmi jsou značné ($p < 0,001$) u všech typů spirituality s výjimkou panteismu, který je statisticky významný pouze na hladině 0,05. Dle očekávání se nejvíce respondentů na Slovensku hlásí k monoteismu a v České republice k ateismu. Zajímavý je ovšem silný příklon obyvatel České republiky k něcismu, tedy nespécifickému náboženskému přesvědčení o existenci vyšší moci nad námi, která ovšem není přímo svazována s křesťanskou představou jednoho Boha ve třech osobách. Z náboženských postojů v Česku je rovněž zajímavá vysoká míra agnostiků. Naopak na Slovensku převládají, vedle nejsilnějšího

monoteizmu, špecifická náboženská presvedčenie v podobe panteizmu či deizmu.

Hodnotu večný život majú postavenú najvyššie monoteisté, pričom platí, že veriaci v ČR ($\mu=7,839$) túto hodnotu stavajú vyššie, než veriaci na Slovensku ($\mu=7,466$). U ostatných typů vyznání je tento trend opačný (graf 1). Nejnižšie majú hodnotu večný život ateisté a agnostici, pričom zejména u ateistů lze pozorovat významný vliv kulturního prostředí, kdy na Slovensku i ateisté ($\mu=3,389$) uznávají hodnotu večný život více než ateisté ($\mu=2,678$) a agnostici ($\mu=2,919$) v ČR. Rozdíly mezi zeměmi nejsou patrné u deistů ($\mu=4,985$ v ČR a $\mu=5,057$ v SR) a panteistů ($\mu=4,959$ v ČR a $\mu=4,956$ v SR). Nejzajímavější trend v postoji k večnému životu je ovšem patrný u obyvatel ČR, kteří se hlásí k monoteizmu. Tato skupina má zjevně vysoce rozvinutou představu o hodnotě večného života a klade jí větší preference než stejně smýšlející skupina v SR.

Výsledky testu (tabulka 2) přináší jedno očekávané a dvě poněkud překvapivá zjištění. Podle očekávání se potvrdila hypotéza H2 ($p<0,001$), která předpokládala existenci silné závislosti mezi náboženským přesvědčením a preferencí hodnoty večný život. Tuto hypotézu jsme považovali spíše za kontrolní, a značná statistická významnost zjištěných rozdílů nás utvrdila ve validitě získaných měření. Poněkud překvapivé bylo zjištění, že vliv kulturního prostředí samostatně (H3, $p=0,1042$) preference hodnoty večného života neovlivňuje, což svědčí o značné blízkosti populací napříč ČR a SR.

Klíčovým zjištěním je tak podpora hypotézy H1 ($p<0,001$), kdy se ukazuje, že existuje statisticky významný vliv společné interference náboženského přesvědčení a národní příslušnosti na preferenci hodnoty večný život.

Diskuze

Současné přístupy k péči o pacienty často vycházejí z konceptu péče založené na důkazech (evidence based

care) (15), nicméně stále častěji je skloňován také přístup založený na hodnotově orientovaném přístupu (values-based care) (16). Tento přístup se pokoušíme aplikovat v případě poskytování paliativní péče. Graf 1 ukazuje, že z hlediska přístupu k večnému životu můžeme rozdělit populaci obou států do tří skupin. Podle těchto skupin je také vhodné zaměřovat paliativní péči nebo péči v ohrožení života. První samostatnou skupinu tvoří monoteisté, u nichž lze s touto hodnotou počítat jako s významným nástrojem při jednotlivých fázích přípravy na smrt a umírání podle Kübler-Rossově (17). Druhá skupina, do níž lze zařadit polyteisty, panteisty, deisty a něcisty, stojí v otázce večného života na rozhraní, nicméně jedná se o otázku, která jim při citlivém pedagogickém přístupu může napomoci k rychlejšímu překonání fáze počátečních fází vyrovnávání se smrtí a její přijetí. Poslední skupina, ateisté a agnostici, budou na téma večného života reagovat spíše negativně a při paliativní péči a psychologické podpoře je vhodné se mu vyhnout.

Závěr

Česká a slovenská populace je ve vztahu k hodnotě večného života a postoje k eschatologickému přesahu života velmi podobná. Ukazuje se však, že existují rozdíly ve vnímání jednotlivých náboženských postojů v české a slovenské společnosti (graf 1) a tyto postoje je třeba zohledňovat při poskytování paliativní péče stejně tak, jako je třeba zohledňovat vliv základního náboženského přesvědčení.

Dedikace: IGA_CMTF_2022_005. Values context of social functioning II.

Prohlašujeme, že článek nebyl publikován ani nabídnut k publikaci v jiném časopise a autoři byli seznámeni s pravidly publikační etiky (v plném znění jsou k dispozici na webových stránkách časopisu) a že zveřejnění článku nic nebrání.

Literatura

1. Dobříková P. Psychické problémy nevylicitelně chorých a úlohy psychologa v paliativní starostlivosti. *Paliat. med. lieč. boles.* 2008;1:135-138.
2. Dobříková P, Mešková B. Komunikácia s rodinnými príslušníkmi pacienta v paliatívnej starostlivosti. *Paliat. med. lieč. boles.* 2017;10:6-10.
3. Hajnová Fukasová E, Bužgová R, Feltl D. Assessment of the Spiritual Needs of Patients in Palliative Care. *Klin Onkol.* 2015;28:13-19, doi:10.14735/amko201513.
4. Homolová M. Dying and Quality of Providing Needs of Dying People. *Kontakt.* 2009;11:320-327.
5. Ruiter S, De Graaf ND. National Context, Religiosity, and Volunteering: Results from 53 Countries. *Am Sociol Rev.* 2006;71:191-210, doi:10.1177/000312240607100202.
6. Froese P. Secular Czechs and Devout Slovaks: Explaining Religious Differences. *Review of Religious Research.* 2005;46:269, doi:10.2307/3512556.
7. Rausch TP. Eschatology, Liturgy, and Christology: Toward Recovering an Eschatological Imagination; Liturgical Press: Collegeville, Minn, 2012.
8. Pospíšil J. Social Survey Project 2018.
9. Czech Statistical Office Age Structure of Population 2021-2022.
10. Štatistický úrad Slovenskej republiky. Vekové zloženie obyvateľstva SR podľa pohlavia a 5-ročných vekových skupín Available online: http://datacube.statistics.sk/#!/view/sk/VBD_SLOVSTAT/om2023rs/v_om2023rs_00_00_00_sk (accessed on 25 July 2022).
11. Olecká I, Pospíšil J. Substance Abuse in the Czech Population: Reflections on Threats, Their Value Context and Possibilities of Social Prevention. Palacký University Olomouc: Olomouc, 2022.
12. Pospíšil J, Pospíšilová H, Trochtová L. The Catalogue of Leisure Activities: A New Structured Values and Content Based Instrument for Leisure Research Usable for Social Development and Community Planning. *Sustainability.* 2022;14, doi:10.3390/su14052657.
13. Pospíšil J, Macháčková P. The Value of Belongingness in Relation to Religious Belief, Institutionalized Religion, Moral Judgement and Solidarity. *Religions.* 2021;12:1052, doi:10.3390/rel12121052.
14. Sheskin D. Handbook of Parametric and Nonparametric Statistical Procedures, 5th ed. Chapman & Hall/CRC: Boca Raton, 2011.
15. Scott K, McSherry R. Evidence-Based Nursing: Clarifying the Concepts for Nurses in Practice. *Journal of Clinical Nursing.* 2009;18:1085-1095, doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02588.x.
16. McCarthy J, Rose P, eds. Values-Based Health and Social Care: Beyond Evidence-Based Practice, SAGE: London, 2010.
17. Kübler-Ross E. On Death and Dying, 13th ed. Macmillan Publ. Co.: New York, 1978.

PhDr. Jiří Pospíšil, Ph.D.

Katedra křesťanské sociální práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Univerzitní 22, 771 11 Olomouc
jiri.pospisil@upol.cz



Spomienka na MUDr. Stanislava Fabuša (1935 – 2022)

*„Je šťastie, ak sa nájde nadšený lekár, zvlášť pokiaľ jeho nadšenie ide nad rámec jeho odboru a je schopný vnímať aj iné ako sú oficiálne odporúčané medicínske postupy a je schopný posúdiť ich prospešnosť pre pacienta.
Hippokrates učil, že liečiť sa má v záujme pacienta, a nie medicíny.“*

Paliat. med. liec. boles., 2022;15(1-2e):48-51

Vo veku 86 rokov, dňa 25. marca 2022, odišiel do večnosti náš drahý priateľ a kolega, MUDr. Stanislav Fabuš. Na poslednej rozlúčke, ktorá sa konala dňa 30. marca 2022, sme vzdali poslednú úctu a vďaka vzácnemu človeku, nášmu výnimočnému učiteľovi, príkladnému spolupracovníkovi a kolegovi – ale v prvom rade – úprimnému a pokornému priateľovi.

Rozlúčili sme sa s človekom, bez ktorého by sme my, naša algeziologická rodina, nikdy neexistovali, nakoľko MUDr. Fabuš stál pri zrode slovenskej algeziológie a paliatívnej medicíny, pričom deň po dni, mesiac po mesiaci a rok po roku pomaly, ale s pevnou, presnou a zároveň takou láskavou rukou, prikladal tehličku po tehličke k základom jeho životného diela.

Tieto základy boli, sú a navždy ostanú mimoriadne pevné, vďaka jeho vysokej profesionalite, vďaka jeho odbornému rozhľadu, vďaka jeho nadčasovosti.

MUDr. Stanislav Fabuš sa narodil 2. 10. 1935 v Nemšovej, žil a pracoval v Martine, bol ženatý a vychoval štyri deti. Mal rád prírodu a tvrdil, že záhrada a práca v nej je ako meditácia. Tam nachádzal odpočinok, čerpal energiu.



Jeho celoživotné dielo na poli medicíny sa vyznačuje nielen mimoriadnou pestrosťou, kvantitou a kvalitou, ale ak by sme mali dať jeho osobe v odbornej rovine určitý charakteristický rys, určite by to bol punc vizionára a inovátora.

Správne a pohotovo zaznamenal nový trend, dôležitosť aktívnej spolupráce pacienta v diagnosticko-liečebných postupoch a očakával (a zároveň predpovedal) v budúcnosti medicínu s novými možnosťami – genetické inžinierstvo, epigenetika, biosyntetické lekárstvo, biologická liečba, liečba kmeňovými bunkami, či nanotechnológie, psychoneuroendokrinoimunológia.

Sledoval všetky, vtedy dostupné, populárno-vedecké časopisy, aby mohol byť vždy o krok dopredu. Bol človekom, ktorý vedel zachytiť víziu vo všetkom čo robil, mal schopnosť vidieť celkový obraz v problematike, prijať koncept a usilovne na ňom pracovať, aby ho mohol implementovať do praxe.

Za svoju dlhodobú odbornú, vedeckú a pedagogickú činnosť mu boli udelené nasledovné ocenenia – Čestné členstvo OS SSŠLB (r. 1995), Bronzová medaila SLS „Propter Merita“ (r. 1995, na návrh SSAIM), Cena J. A. Reimanna (r. 1997), Strieborná medaila SLS „Propter Merita“ (r. 2000, na návrh SSŠLB), Zlatá medaila SLS „Propter Merita“ (r. 2005, na návrh SSŠLB), Medaila založenia Spoločnosti lekársko-slovenskej (r. 2010, na návrh SSŠLB), Kadlicova medaila (r. 2011, na návrh SSAIM), Čestná plaketa T. R. Niederlanda (r. 2015, na návrh SSŠLB).

Diplom z odboru všeobecné lekárstvo na LF UK v Bratislave získal v r. 1960, nasledovala špecializačná atestácia v odbore chirurgia (1964), špecializačná atestácia v odbore anestéziológia a intenzívna medicína II. stupňa na LF UK v Bratislave (1967) a ako posledná bola atestácia v odbore algeziológia, v roku 2004.



Po ukončení vysokoškolského štúdia pôsobil ako sekundárny lekár na anestéziologicko-resuscitačnom oddelení vo Fakultnej nemocnici v Martine.

História súčasnej Kliniky anestéziológie a intenzívnej medicíny v Martine sa začala iba dva roky (r. 1965) pred nástupom MUDr. Fabuša na toto pracovisko, keď sa v martinskej nemocnici schválila funkcia ústavného anestéziológa. Prudko rastúce nároky na modernú a bezpečnú celkovú a lokálnu anestéziu a zdokonaľovanie techniky viedli a vyústili dňa 20. decembra 1967 k rozhodnutiu zriadiť anestéziologicko-resuscitačné oddelenie (ARO), spočiatku ako neposvetové oddelenie.

Vzhľadom na stúpajúci počet celkových anestézií pri chirurgických výkonoch sa ukázala potreba zvýšiť starostlivosť o pacienta ešte v predoperačnom období, ešte pred podaním celkovej anestézie. MUDr. Fabuš si tento fakt uvedomoval, a tak vo februári, v roku 1984 založil ambulanciu predanestéziologických vyšetrení, ako prvú na Slovensku, toho času. Znovu sa prejavil jeho cit pre nadčasovosť, prejavil sa jeho vizionársky



pohľad na anestéziologickú problematiku, keď v rámci optimalizácie anestéziologických postupov a v rámci dosiahnutia čo najlepšieho pooperačného výsledku a zotavenia pacienta pochopil, že tajomstvo úspechu operačného výkonu sa ukrýva už v predoperačnom období.

Aj vďaka tomuto kroku sa umožnila realizácia komplexných operačných výkonov – chirurgických, kardiochirurgických či hrudníkových, svoj rozmach zaznamenala i cievná chirurgia spolu s neurochirurgiou. Spoločne s rozvojom chirurgických špecializácií sa zaznamenal aj rýchly rozvoj samotnej martinskej anestéziológie. Na týchto základoch, ktoré vytvoril MUDr. Fabuš so svojimi spolupracovníkmi, vznikla prvá anestéziologická škola, ktorá vychovala desiatky anestéziológov, ktorí pracovali na domácom pracovisku, ale aj v iných nemocniciach.

MUDr. Fabuš zotrval na tomto pracovisku značne dlhý čas. V období rokov 1967 – 1993 pôsobil na pozícii zástupcu primára tohto oddelenia a v roku 1993 sa stal aj jeho primárom. V roku 1996 minister zdravotníctva SR pridelil vtedajšiemu ARO štatút kliniky. Toto pracovisko patrí historicky k prvým najvýznamnejším pracoviskám tohto druhu na Slovensku a v súčasnosti zabezpečuje všetky typy anestézie pre rozličné operačné a diagnostické výkony, pričom svojou postelovou časťou poskytuje aj resuscitačnú a intenzívnu starostlivosť pre Žilinský kraj, ako aj pacientov zo širokého okolia. Od roku 1989 sa toto pracovisko stalo aj miestom výučby nových anestéziológov. Klinika sa zároveň podieľa aj na riešení problematiky chronickej a neznesiteľnej bolesti v rozsahu určenom koncepciou odboru algeziológia.

Práve posledný spomenutý fakt, tradícia diagnostiky a liečby chronickej bolesti v súčasnej Univerzitetnej nemocnici v Martine, sa nevyhnutne spája s menom a osobou nášho drahého priateľa.

Už počas svojho pôsobenia na ARO, MUDr. Stanislav Fabuš, znovu pokrokovito a progresívne, zastával názor, že správna liečba bolesti je najdôležitejším záväzkom, hlavnou podstatou a korunným snažením každého lekára. Tieto myšlienky a názory pretavil aj do reálnych skutkov, navštevoval svojich

pacientov, hendikepovaných, chorých, zdravých, opustených, kedykoľvek, počas víkendov a vždy sa ich snažil podporiť, najmä vtedy, keď na nich ich príbuzní zabudli alebo nemali čas.

Odborné, ale aj etické poznatky zo zahraničných literárnych zdrojov, ako aj poznatky zo svetových konferencií prinášal k nám, na Slovensko, a jednoznačne, dôrazne a pritom trpezlivo a ľudsky hlásal a rozširoval vyššie uvedené myšlienky v odbornej obci, medzi svojich kolegov a kolegyne.

Hlásal a podporoval trend, ktorý u nás ešte nebol v tých časoch tak výrazne pertraktovaný – a to, že právo na odstránenie bolesti a utrpenia patrí medzi základné ľudské práva, a že ponechanie pacienta v bolesti možno kvalifikovať ako zanedbanie lekárskej povinnosti.

MUDr. Fabuš však neostáva „len“ pri slovách a v roku 1984 sa stáva zakladateľom a vedúcim lekárom prvej ambulancie pre liečbu chronickej bolesti v SR – v Martinskej fakultnej nemocnici. Tu pôsobí do roku 1995. Následne pôsobil ako vedúci lekár ambulancie pre liečbu chronickej bolesti Polikliniky v Martine (1995 – 2002) a ako vedúci lekár ambulancie pre liečbu chronickej bolesti, Zdravie, s. r. o. (2003 – 2015).

Vďaka jeho mravenčej práci a vďaka jeho žiakom, kolegom a spolupracovníkom v odbore, bola dňa 5. marca 1998 schválená na MZ SR Koncepcia liečby bolesti – algeziológia a súčasne bola vypracovaná špecializačná náplň odboru, ktorá však bola legitimovaná vyhláškou o postgraduálnom vzdelávaní až v roku 2003, keď sa na Slovensku aj konali prvé atestácie z tohto odboru.

Zastával názor, že algeziológ by mal vo svojom liečebnom arzenáli vždy vyjadriť určitú nádej. Hovoril, že pacient v ére masmediálnej diktatúry neobmedzených možností sa jednak nevie a ani nechce zmieriť s tým, ak mu povedia: „Váš stav je nevyliciteľný.“ Už vtedy poukazoval na to, že ak pacient (alebo aj jeho lekár) ustrnul v liečebno-diagnostickom procese, keď medicína nemá už čo ponúknuť pacientovi na zlepšenie jeho stavu, vzniká medzi lekárom a pacientom napätie a nedôvera, a chorý hľadajúc nádej, nachádza východiská inde a MUDr. Fabuš už vtedy hovorí aj kde – na in-



ternete. Poukazuje na nebezpečenstvo, keď pacient v takomto rozpoložení, môže podľahnúť kúzlu samoliečenia sa, vyhľadávania pochybnejších alternatívnych postupov liečby bolesti (a základného ochorenia), keď samodiagnostikovanie a samoliečba môžu viesť k nedostatočnej a nesprávnej liečbe.

Usudzoval, že aj klasická medicína disponuje mnohými postupmi, ktoré často prehliadame, alebo nie sme o nich dostatočne informovaní – napr. somatoforná medicína, dietológia, muzikoterapia a iné, pričom uznával aj alternatívne medicínske postupy, ktoré boli a sú overené rokmi – fytooterapia, jóga, faulung, tai či a iné.

Vzhľadom na to, že možnosti je naozaj niekoľko, výrazne apeloval na to, že algeziológ by sa mal v tejto problematike vedieť orientovať, jednak aby vedel pacientov chrániť pred možným poškodením, jednak aby im vedel pomôcť pri výbere vhodnej stratégie. Práve z týchto dôvodov vždy hovoril, že algeziológ by mal aktívne vyhľadávať medicínske informácie aj z oblasti prírodnej medicíny, minimálne v rozsahu dostupných informácií pre pacientov, jednoducho, mal by vedieť o problematike aspoň to, čo pacient.

Hovorieval nám, že vidieť súvislosti aj v zdanlivo nesúvisiacich oblastiach je výsadou a výhodou lekára a potrebou algeziológa. Podľa neho, skúmanie javov môže viesť ku dvom úplne odlišným súborom výsledkov, podľa toho, či sa na



svet pozeráme s maximálnou objektivitou alebo, naopak, s maximálnou subjektivitou. Múdro tvrdil, že pacientovi môžeme ponúknuť šancu, nie záruku.

MUDr. Stanislav Fabuš bol nesmierne aktívny človek. Bol členom niekoľkých odborných spoločností a vedec-kých rád (člen Federálneho výboru Ligy proti rakovine, člen Slovenského výboru Ligy proti rakovine, člen a spoluzakladateľ Výboru Slovenskej spoločnosti pre štúdium a liečbu bolesti, člen a spoluzakladateľ Výboru Sekcie paliatívnej starostlivosti, člen International Association for Study of Pain), zúčastňoval sa zahraničných vedecko-odborných podujatí, organizoval a spoluorganizoval početné slovenské a česko-slovenské odborné konferencie (Steinerove dni v Martine, Slovenské dialógy o bolesti, Česko-slovenské dialógy o bolesti). Počas svojej 44-ročnej klinickej praxe bol autorom a spoluautorom 150 odborných prednášok, prezentovaných na medzinárodných a domácich konferenciách a kongresoch (často ako pozvaný prednášateľ), mnohé z nich boli publikované v časopisoch, zborníkoch a abstraktoch.

Problematika diagnostiky a liečby chronickej bolesti bola v tých časoch u nás, na Slovensku, nie veľmi známa. Ako základný problém videl MUDr. Fabuš neinformovanosť – a to jednak širokej verejnosti, ale aj zdravotníckej, lekárskej zvlášť.

Hovorieval, že najväčším nešťastím chorého je taký obvodný alebo odborný lekár, ktorý nespoupracuje s inými

odborníkmi a pacientovou hotovou pohromou sa stáva lekár, ktorý si vyhradzuje paternalizmus až bohorovnosť v rozhodovaní o tom, čo je pre chorého dobré a potrebné. Správne a nadčasovo opisuje zmenu vzťahu lekár/pacient, ktorý bude v ďalšej dobe naberať novú dimenziu, keď sa tento vzťah posúva do iných kvalít, do inej roviny, kde sa predpokladá ich vzájomná spolupráca s dôrazom na aktívny podiel pacienta na svojej liečbe (a prevencii). Paternistický postoj v liečbe lekár/pacient (nemecký model), podľa jeho vnímania, je na ústupe a prevažovať bude anglický model – kde lekár je partnerom pacienta v diagnostike a liečbe.

Svojim výnimočným a profesionálnym prístupom bojoval proti tendencii vtedajšej lekárskej obce odsudzovať tie postupy, o ktorých nemali v tých časoch potrebné informácie a žiaľ, nebol o ne ani veľký záujem.

V spomínanom období (r. 1984) diagnostika a liečba bolesti patrila viacmenej všetkým a zároveň nikomu. Na početných odborných podujatiach poukazoval na fakt, že v základnom odbore jednotliviec (lekár) nemá kapacity na všetky na neho sa hrnúce poznatky. Zastával názor, že drvivá väčšina medicínskeho pokroku v diagnostike a liečbe je taká rýchla, že nie je možné tento pokrok obsiahnuť či zvládnuť v jednom odbore a schopnosť lekára diagnostikovať a optimálne liečiť chronickú bolesť môže byť tak značne obmedzená.

Vo svojich prezentáciách či odborných článkoch MUDr. Fabuš jednoznačne nastoľuje potrebu špecializácie (subšpecializácie), ktorá sa bude venovať chronickej bolesti.

Znovu pokrokovito, jednoznačne a s veľkým dôrazom hovorí o potrebe multidisciplinárnej spolupráce, čo sa diagnostiky a liečby bolesti týka.

Široká paleta sprevádzajúcich ochorení, ktoré sprevádzajú chronickú bolesť, podľa jeho slov, vytvára jasnú potrebu multidisciplinárneho prístupu. Tvrdil, že chýba ucelený pohľad na chronickú bolesť z hľadiska komorbidity a opätovne podčiarkuje nezastupiteľnú úlohu algeziológa schopného zvládnuť rozsah komorbidity a integrovať činnosť špecialistov.



V kontexte s týmito jeho myšlienkami a postojmi, vedel identifikovať, aj po vzniku odboru algeziológia, najslabšie ohnisko v reťazi starostlivosti o pacienta – rezervy v spolupráci algeziológa s praktickým lekárom, onkológom či inými špecialistami a prakticky po celý svoj odborný život sa snažil znížiť mieru neinformovanosti (vtedajšej) medicínskej verejnosti, ktorá bola neraz príčinou zbytočného utrpenia z bolesti následkom rôznych chronických ochorení, predovšetkým maligných.

Hlásal, že „aj multimorbidný, bezvládný zomierajúci pacient je ČLOVEK. Až do konca!“

Týmto výrokom sa dostávame k ďalšiemu významnému medzníku v odbornom živote MUDr. Fabuša – k paliatívnej medicíne, ktorej bola u neho venovaná rozsiahla odborná a osvetová prednášková činnosť ako aj masmediálna propagácia, s cieľom dostať koncepty paliatívnej starostlivosti a hospicového hnutia do povedomia odbornej, či laickej vedomosti. Propagácii hospicového hnutia na SR (a jeho inicializácii) sa venoval od 90-tych rokov, pričom 12. októbra 1995 inicioval





založenie Nadácie HOSPICE v Martine. Šíreniu osvetu v uvedenej problematike venoval viac ako 25 rokov svojej profesijnej kariéry.

Podmienky na presadzovanie paliatívnej starostlivosti sa vytvorili na Slovensku až v 90. rokoch 20. storočia, po nežnej revolúcii v roku 1989, pričom priekopníkmi myšlienky hospicovej starostlivosti o nevyliciteľne chorých a zomierajúcich bol práve martinský anesteziológ a algeziológ MUDr. Fabuš (spolu s MUDr. Kulichovou, CSc. – Martin, MUDr. Scheidová – Bratislava, MUDr. Váľkiová – Bardejov). Už v roku 1992 sa v Martine začali vytvárať podmienky na ambulantnú hospicovú starostlivosť a na výstavbu budovy hospicu. Koncepcia odboru paliatívna medicína, vrátane hospicovej starostlivosti, bola schválená MZ SR v roku 2006, a tak vznikli aj podmienky na rozvoj tohto odboru.

V definíciách MUDr. Fabuša predstavuje paliatívna medicína koncepčný systém, poprípade taktiku liečby, v rámci nevyliciteľných ochorení. Paliatívnu starostlivosť definuje ako celkovú liečbu tých jedincov, u ktorých ochorenie nereaguje na klasickú kuratívnu starostlivosť. Podľa MUDr. Fabuša má táto starostlivosť tri formy: kontinuálnu – v predterminálnom štádiu, terminálnu – realizovanú v terminálnom štádiu, a hospicovú

– vykonávanú len v terminálnom štádiu na žiadosť chorého. Tvrdil, že paliatívna starostlivosť je určená pre všetkých chronicky chorých, a teda aj zomierajúcich a hospicová starostlivosť je určená len pre zomierajúcich s ohraničenou dĺžkou života.

S MUDr. Martou Kulichovou, CSc., položili základy paliatívnej medicíny na Slovensku a vyjadrili bazálne myšlienky, kde deklarovali, že paliatívna starostlivosť je aktívna, celková starostlivosť o pacientov v čase, keď ich choroba už neodpovedá na kauzálnu liečbu a kontrola bolesti, alebo iných symptómov a psychických a sociálnych problémov je prvoradá. Odkaz MUDr. Fabuša aj v tejto problematike je opäť nadčasový – hovorí, že paliatívna medicína dokáže nastoliť rovnováhu vedeckého prístupu, zvyšuje kvalitu života, humanizuje proces zomierania a vytvára jednotiaci model paliatívnej a inštitucionalizovanej starostlivosti o nevyliciteľne chorých a umierajúcich.

MUDr. Fabuš bol významným, aktívnym, činným pedagógom. Jeho krédom bolo: „Zlý je ten učiteľ, ktorý nevychová múdrejšieho žiaka od seba.“

Realizoval pregraduálnu výuku na Katedre ošetrovateľstva JLF UK a SZŠ v Martine – kde odovzdával študentom nové poznatky z oblasti patofyziológie a liečby bolesti, či poznatky v paliatívnej medicíne.

Venoval sa aj postgraduálnej výuke na ILF (SZU), kde prednášal tematické kurzy z oblasti liečby bolesti. Vo svojich pedagogických aktivitách sa dokonca orientoval aj na poslucháčov Univerzity tretieho veku, ktorým priblížil problematiku liečby bolesti a poskytol náhľad

na paliatívnu starostlivosť a hospicové hnutie na Slovensku.

Pre nás, algeziológov, MUDr. Stanko Fabuš, bol a vždy ostane pre nás našim učiteľom, vychovávateľom. Bol učiteľom zodpovedným v prítomnosti, avšak hľadiaci vždy ďaleko dopredu.

Vychoval generáciu algeziológov, ktorí spolu s ním zveladovali a posúvali náš odbor dopredu.

Žil s nami v čase úspechov, v čase hľadania sa, ale i v časoch ťažkostí, alebo prehier, či neúspechov.

Ukázal nám a bol verným príkladom toho, že lekára nerobí lekárom diplom z vysokej školy, ale čestnosť, priamosť, zásadovosť, rozvážnosť, trpezlivosť, vytrvalosť, cieľavedomosť – a predovšetkým – pokora, ľudskosť a schopnosť dotknúť sa človeka. To sú základy, ktoré nám MUDr. Stanko Fabuš daroval, pretože on taký bol.

Jeho pamiatka v nás bude žiť, pokiaľ my budeme žiť, pričom svoju stopu zanechal a zanecháva v nás, jeho kolegoch – a sme radi, že môžeme povedať, aj priateľoch. Statočná a svedomitá práca, s pečatou pokory a ľudskosti, ktorá ho sprevádzala celým jeho životom, bude nám vždy príkladom, inšpiráciou a povzbudením.

Lúčime sa s Tebou, Stanko, v mene všetkých spolupracovníkov zo Slovenskej spoločnosti pre štúdium a liečbu bolesti. Ďakujeme Ti za všetko.

Čeť Tvojej pamiatke!

MUDr. Miroslav Ferenčík, MBA,
prezident Slovenskej spoločnosti
pre štúdium a liečbu bolesti

