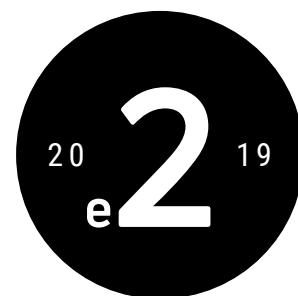


# Paliatívna medicína a liečba bolesti



## Prehľadové články / Review articles

- » **Má tromboprophylaxia a antikoagulačná liečba opodstatnenie v hospici?**  
Do thromboprophylaxis and anticoagulant therapy has any relevance in hospice?
- » **Etické aspekty poskytovania dialyzačnej liečby krehkému a umierajúcemu pacientovi**  
Ethical aspects of providing dialysis treatment in frail and dying patient

## Pôvodné práce / Original articles

- » **Amyotrofická laterálna skleróza. Hospicová starostlivosť o ventilovaného pacienta – kazuistika**  
Amyotrophic lateral sclerosis. Ventilated patient hospice care – case report
- » **Setkávání se smrtí – příprava studentů**  
Encountering death – preparation of students

## Ošetrovatel'stvo / Nursing

- » **Manažment pacienta s malígnou ranou**  
Management of patient with malignant wound



časopisy



konferencie



knihy



online  
vzdelávanie

[www.solen.sk](http://www.solen.sk)  
[www.facebook.com/solen](https://www.facebook.com/solen)

## Čo je to paliatívna medicína...

Definíciu paliatívnej starostlivosti WHO z roku 2002 sme citovali snád' v každom príspevku časopisu Paliatívna medicína a liečba bolesti a v každej prednáške úspešne sa rozrastajúcej rodiny slovenských paliatológov. Od roku 2016 je k dispozícii jej rozšírená a spresňujúca verzia, ktorá aj pre nie „paliatívu-praktikujúcich“ odborníkov a laikov vystihuje podstatu paliatívnej medicíny a starostlivosti. Slovenský preklad úvodnej časti definície si požičiavam od MUDr. Kristiny Križanovej, čím by som zároveň chcela túto definíciu WHO z roku 2016 uviesť do aktívneho zoznamu našich citácií.

Definícia WHO z roku 2016: „Paliatívna medicína je prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov (dospelých a detí) a ich rodín, čeliacich trápeniu sprevádzajúcemu ich život ohrozujúce ochorenie. Včasná diagnostika, správne zhodnotenie a liečba bolesti a iných ťažkostí vedie ku zmierneniu utrpenia.

Paliatívna medicína je prevenciou a úľavou od utrpenia ktoréhokolvek druhu – fyzického, psychického, sociálneho alebo spirituálneho, ktoré zakúšajú dospelí aj deti žijúce so život limitujúcimi zdravotnými problémami. Podporuje dôstojnosť chorého, kvalitu života a aktívne prispôsobovanie progredujúcemu ochoreniu na základe najlepších dostupných dôkazov.“

Celý pôvodný text definície uvádzame na konci úvodného slova, v jeho záverečnej časti je niekoľko dôležitých odkazov:

1. paliatívna starostlivosť je ľudským právom aj pre chudobných a ľudí na okraji na spoločnosti,
2. paliatívna starostlivosť je určená a má byť dostupná všetkým, ktorí ju potrebujú, bez ohľadu na príjem, etiológiu ochorenia alebo vek,
3. paliatívna starostlivosť by mala byť súčasťou národnej zdravotnej politiky každej krajiny.

### Čo je to paliatívna medicína...

Späťne som zistila, že dávno pred tým, ako som stretla slovo „paliatívny“, som nevedomky ako lekár inklinovala k paliatívnejmu spôsobu myslenia v diagnostike, liečbe a v komunikácii s pacientmi a ich blízkymi. Vzhľadom na svoj vek som ešte mala to šťastie, že som počas štúdia a prvých rokov praxe zažila „v akcii“ bardov slovenskej internej medicíny, ktorí boli aj vzdelaní, aj podriadili svoj život starostlivosti o pacienta. Mali záujem, nadšenie aj ľudskosť. Urobili pre pacienta všetko. Aj pripustili, že pacient zomiera, aj podali morfín... Napriek tomu to neboli paliatológovia. Vráťalo mi v hlave, v čom môže byť ten rozdiel. A potom sa to stalo...

Keď som sa ako geriatrica pripravovala na špecializačnú skúšku z paliatívnej medicíny, absolvovala som niekoľko mesačných pobytov na vzdelávacom pracovisku Oddelenia paliatívnej medicíny NOÚ. Na veľkej vizite pri aktívne zomierajúcom pacientovi sme boli všetci – lekári, obe primárky MUDr. Križanová aj MUDr. Škripeková, vrchná sestra, my hostujúci lekári. Skontrolovali sme pacienta a jeho liečbu. Symptómy boli pod kontrolou, ošetrovateľská starostlivosť dôsledne vykonaná. Pacient vďaka paliatívnej sedatívnej liečbe bol už bez aktívneho kontaktu a oslobodený od schopnosti cítiť ťažobu reality a akýkoľvek diskomfort. Spokojní sme sa zberali na odchod z izby. A vtedy sa Kristina Križanová ustarostene zamračila a napravila záhyb paplónu tak, aby mal pacient ruku položenú v prirodzenej polohe. Jemne stisla tú bezvládnú ruku a starostlivo pozrela na tvár pacienta. Bol pokojný a ona sa prestala mračiť. Bolo to spontánne, nehrané, bez pátosu, tiché. Prostá starosť o to, aby bol pacient v pohodlí. Gesto spoluúčasti s človekom, ktorý je osamotený so svojim nevyhnutným koncom. Ten odchádzajúci pacient v kóme bol stále človek, ktorý



Pokračovanie úvodného slova na strane 45

# Obsah

## Content

### Úvodné slovo

Editorial

- 43 MUDr. Jana Hoozová  
**Úvodné slovo**

### Prehľadové články

Review articles

- 46 MUDr. Eva Kováčová, PhD., MUDr. Jarmila Bunčáková  
**Má trombopropylaxia a antikoagulačná liečba opodstatnenie v hospici?**  
Do thromboprophylaxis and anticoagulant therapy has any relevance in hospice?
- 50 MUDr. Zuzana Straussová, PhD.  
**Etické aspekty poskytovania dialyzačnej liečby krehkému a umierajúcemu pacientovi**  
Ethical aspects of providing dialysis treatment in frail and dying patient
- 54 MUDr. Andrea Škripeková, PhD.  
**Spirituálna starostlivosť o pacienta s nevyliciteľným ochorením – je potrebný záujem lekára?**  
Spiritual care for a patient with incurable disease – is a physician's interest necessary?
- 57 ThLic. Róbert Bezák  
**Spiritualita v kontexte deontológie a lekárskej etiky**
- 62 Br. Mgr. Peter Tomša, OFMCap  
**Duchovné potreby chorých a pastoračné sprevádzanie – história**  
Spiritual needs of the sick people and pastoral accompaniment – history

#### PALIATÍVNA MEDICÍNA A LIEČBA BOLESTI

Ročník 12, 2019, číslo 2e, vychádza 2-krát ročne  
Dátum vydania: február 2020

##### Vychádza v spolupráci s:

- Slovenskou spoločnosťou paliatívnej medicíny SLS ([www.paliativnamedicina.eu](http://www.paliativnamedicina.eu))
- Českou spoločnosťou paliatívnej medicíny ([www.paliativnimedicina.cz](http://www.paliativnimedicina.cz)).

##### Redakčná rada:

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

##### Odborní editori:

MUDr. Jana Hoozová  
MUDr. Leona Šóthová

#### Vydavateľ:

SOLEN, s. r. o., IČO 35865211

#### Sídlo vydavateľa a adresa redakcie:

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

#### Redaktorka časopisu:

Michaela Malová, 0903 463 286, [malova@solen.sk](mailto:malova@solen.sk)

#### Grafická úprava a sadzba:

Ján Kopčok, [kopcok@solen.sk](mailto:kopcok@solen.sk)

Všetky publikované články prechádzajú recenziou.

Registrácia MK SR pod číslom EV3582/09

ISSN 1339-4193 (online)

Časopis je indexovaný v Bibliographia Medica Slovaca (BMS).

Citácie sú spracované v CiBaMed.

Citátna skratka: Paliat. med. liec. boles.

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

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

Vydavateľ nenesie zodpovednosť za údaje a názory autorov jednotlivých článkov.

**SOLEN**  
MEDICAL EDUCATION

## Pôvodné články

Original articles

- 65** MUDr. Martina Kozovská  
**Amyotrofická laterálna skleróza. Hospicová starostlivosť o ventilovaného pacienta – kazuistika**  
 Amyotrophic lateral sclerosis. Ventilated patient hospice care – case report

- 69** PhDr. Mgr. Pavla Kudlová, PhD., doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.  
**Setkávání se smrtí – příprava studentů**  
 Encountering death – preparation of students

## Ošetrovatelstvo

Nursing

- 74** PhDr. Jana Nemcová, PhD., Mgr. Edita Hlinková, PhD.  
**Manažment pacienta s malígnou ranou**  
 Management of patient with malignant wound

## Pokračovanie úvodného slova

si zaslúžil všetku medicínsku odbornosť, ale aj ľudskú pozornosť a lásku. A v tom je asi „tá paliatíva“ inak cítiaca a konajúca. Komplexná. Vnímajúca zdanlivo bezvýznamné detaily.

Jana Hoozová, Hospic Liečebne sv. Františka, Bratislava  
 Zakladateľka a podpredsedníčka Slovenskej spoločnosti paliatívnej medicíny

*Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients (adults and children) and their families who are facing problems associated with life-threatening illness. It prevents and relieves suffering through the early identification, correct assessment and treatment of pain and other problems. Palliative care is the prevention and relief of suffering of any kind – physical, psychological, social, or spiritual – experienced by adults and children living with life-limiting health problems. It promotes dignity, quality of life and adjustment to progressive illnesses, using best available evidence.*

*Palliative care for children represents a special field in relation to adult palliative care. Palliative care for children is the active total care of the child's body, mind and spirit, and also involves giving support to the family. It begins when illness is diagnosed, and continues regardless of whether or not a child receives treatment directed at the disease.*

*All people, irrespective of income, disease type, or age, should have access to a nationally determined set of basic health services, including palliative care. Financial and social protection systems need to take into account the human right to palliative care for poor and marginalized population groups (1).*

1. Available from: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

# Má tromboprofylaxia a antikoagulačná liečba opodstatnenie v hospici?

MUDr. Eva Kováčová, PhD., MUDr. Jarmila Bunčáková

Hospic Milosrdných sestier, Trenčín

Hospicoví pacienti majú vysoké riziko venózneho tromboembolizmu, ktorý však vo väčšine prípadov prebieha asymptomaticky a nezhoršuje kvalitu ich života. Na druhej strane sú hospicoví pacienti v prípade podávania antikoagulačnej liečby ohrození krvácanými komplikáciami. Štúdie naznačujú, že primárna tromboprofylaxia má pre hospicových pacientov len malý význam. Keďže v hospici je jednou z najvyšších priorít zachovanie čo najvyššej kvality posledných dní života, antikoagulačná liečba môže na jednej strane priniesť hospicovému pacientovi benefit v zmysle odstránenia nepríjemných symptómov klinicky manifestného tromboembolizmu, na druhej strane môže vyvolávať diskomfort. Obávanou a vážnou komplikáciou antikoagulačnej liečby u pacientov s mozgovými tumormi je intrakraniálna hemorágia. Kým pri mozgových metastázach štúdie nepreukázali zvýšenie rizika intrakraniálneho krvácania v súvislosti s podávaním antikoagulantov, pri primárnych mozgových nádoroch, ako je glióm, bolo riziko intrakraniálnej hemorágie až trojnásobné.

**Kľúčové slová:** hospicový pacient, tromboembolizmus, antikoagulačná liečba, kvalita života, intrakraniálna hemorágia

## Do thromboprophylaxis and anticoagulant therapy has any relevance in hospice?

Hospice patients have a high risk of venous thromboembolism, which in most cases is asymptomatic and does not impair their quality of life. On the other hand, hospice patients are at risk of haemorrhagic complications when receiving anticoagulant therapy. Studies suggest that primary thromboprophylaxis has little relevance to hospice patients. Since maintaining the highest possible quality of the last days of life in a hospice is one of the highest priorities, anticoagulant therapy can, on the one hand, benefit the hospice patient by eliminating the unpleasant symptoms of clinically manifest thromboembolism, and on the other hand, can cause discomfort. Intracranial haemorrhage is a feared and serious complication of anticoagulant therapy in patients with brain tumours. While the studies in brain metastases have not shown an increased risk of intracranial haemorrhage associated with anticoagulant administration, in primary brain tumours such as glioma, the risk of intracranial haemorrhage was up to threefold increased.

**Key words:** hospice patient, thromboembolism, anticoagulant therapy, quality of life, intracranial haemorrhage

Paliat. med. liec. boles., 2019;12(2e):46-49

## Úvod

Špecifickú podskupinu paliatívnych onkologických pacientov tvoria hospicoví pacienti. Do hospicu prichádzajú onkologickí pacienti v generalizovanom pokročilom a terminálnom štádiu ochorenia, s ukončenou onkologickou liečbou a predpokladanou krátkou dĺžkou prežitia. Ich liečba má svoje špecifiká a vo všeobecnosti u nich nie je možné aplikovať všetky štandardné odporúčania a postupy, ktoré boli vypracované na základe výsledkov štúdií u heterogénnej skupiny onkologických pacientov, keďže hospicoví pacienti do týchto štúdií často nebývajú zahrnutí.

Pre pokročilé nádorové ochorenie, imobilitu, hyperkoagulačné stavy či ďalšie rizikové faktory (zavedený centrálny venózný katéter, vyšší vek, ochorenia pečene, obličiek, pľúc...) majú hospicoví pacienti významne zvýšené riziko venózneho tromboembolizmu, ktorý však vo väčšine prípadov prebieha bez klinickej manifestácie a nenaruša komfort pacien-

ta. Na druhej strane bývajú hospicoví pacienti často anemickí, mávajú orgánové metastázy, progreduje u nich malnutícia, hepatálne a renálne zlyhávanie, trpia koagulopatiami, a preto sú viac ohrození krvácanými komplikáciami.

V článku sa zaoberáme zložitou problematikou prevencie venózneho tromboembolizmu (VTE) a antikoagulačnej liečby (AKL) v prípade klinicky manifestného VTE u hospicových pacientov. Hospicoví lekári musia o tromboprofylaxii a začatí či pokračovaní v AKL rozhodovať individuálne a postup pravidelne prehodnocovať. Na každodennej báze musia zvažovať, aké benefity a riziká táto liečba prináša. Nemajú pritom dostatočnú oporu v odborných štúdiách, ktorých je v oblasti hospicovej starostlivosti nedostatok.

V neposlednom rade musia zohľadniť vplyv AKL na kvalitu života hospicových pacientov. Jej zachovanie je jednou z najvyšších priorít hospico-

vej starostlivosti. Kvalitu života môžu na jednej strane narušiť nepríjemné symptómy venózneho tromboembolizmu (bolesť, opuch končatiny, pleurálna bolesť, kašeľ, dýchavičnosť), na druhej strane môže hospicovému pacientovi prinášať diskomfort tromboprofylaxia formou elastických bandáží dolných končatín, pravidelnej injekčnej aplikácie nízkomolekulárnych heparínov (LMWH) alebo odberov krvi na laboratórnu kontrolu. Perorálna forma liečby môže byť neprijateľná u pacientov s dyspeptickými ťažkosťami, nauzeou a vracaním.

Do úvahy treba vziať aj zvýšené riziko krvácaných komplikácií – intrakraniálnej hemorágie či krvácania do urotraktu a gastrointestinálneho traktu v prípade lokalizácie primárneho tumoru alebo metastáz v týchto oblastiach a vysoký výskyt kontraindikácií AKL u hospicových pacientov (pečeňové/obličkové zlyhávanie, koagulopatie). Tie môžu vzniknúť aj v priebehu AKL.



### Riziko venózneho tromboembolizmu u hospicových pacientov

Hospicoví pacienti majú významne zvýšené riziko VTE. Už samotná prítomnosť nádorového ochorenia predisponuje na vznik VTE, pričom riziko závisí aj od typu malignity. Najviac rizikovými sú zhubné nádory pankreasu, pľúc, žalúdka, mozgu a hematologické malignity (1). Prevalencia asymptomatického tromboembolizmu u paliatívnych pacientov môže dosahovať až 50 %, avšak klinicky manifestná forma sa vyskytuje len u 10 % z nich (2). Mortalita v prípade neliečenej pľúcnej embólie je približne 30 %, obvykle vďaka rekurentnej tromboembólii. Pri neliečenej hlbokej žilovej trombóze dochádza k pľúcnej embólii približne u polovice pacientov (3).

### Je v hospici potrebná tromboprofylaxia?

Podľa nedávnej štúdie (4) má tromboprofylaxia u hospicových pacientov s pokročilým nádorovým ochorením len malý benefit. V štúdii sa ultrasonograficky potvrdila hlboká femorálna žilová trombóza až u jednej tretiny pacientov prijatých do hospicu. Podstatné je, že výskyt hlbokej žilovej trombózy sa medzi pacientmi s podávanou tromboprofylaxiou a bez nej významne nelíšil. Nárast počtu prípadov venózneho tromboembolizmu počas prvých troch týždňov v hospici nebol významný. Vysoká prevalencia a nízka incidencia nových prípadov trombózy počas pobytu v hospici naznačuje, že začať s tromboprofylaxiou v hospici by mohlo byť príliš neskorým krokom. Je otázkou, či netreba začať s tromboprofylaxiou už skôr. Štúdie však naznačujú, že profylaktické podávanie LMWH u pacientov s novodiagnostikovanou pľúcnou malignitou (5), respektíve vysokodávková profylaxia LMWH u pacientov s malignitou pankreasu nezlepšila prežívanie pacientov, hoci profylaxia vyššou dávkou LMWH predišla fatálnej pľúcnej embólii (6). Nezávislým rizikovým faktorom venózneho tromboembolizmu bola anamnéza už prekonanej VTE, imobilizácia na lôžku viac než tri mesiace a prítomnosť opuchu dolnej končatiny. Štúdia naopak nepotvrdila súvislosť medzi prítomnosťou venózneho tromboembolizmu a dĺž-

kou života hospicových pacientov ani súvislosť medzi sonograficky potvrdenou prítomnosťou trombózy a inými symptómami VTE (okrem opuchu končatiny), ako napríklad bolesťivosťou končatiny (4).

Keďže cieľom hospicovej starostlivosti nie je čo najviac pacientovi predĺžiť život, ale zabezpečiť mu čo najlepšiu kvalitu posledných dní života, hlavný benefit, ktorý môžu antikoagulanciá hospicovému pacientovi priniesť, je odstránenie alebo zmiernenie nepríjemných symptómov VTE, ako je opuch, bolesťivosť končatiny, dýchavičnosť, kašeľ a pleurálna bolesť. V súčasnosti nemáme k dispozícii dostatok štúdií, ktoré by sa venovali vplyvu AKL na symptómy VTE u hospicových pacientov a zároveň na kvalitu ich života, ani aké riziko prináša prerušenie AKL a aké sú reálne riziká krvácajúcich komplikácií AKL (2).

### Možnosti tromboprofylaxie a liečby VTE

Jedným z nefarmakologických postupov tromboprofylaxie, ktorá nezvyšuje riziko krvácania, je **elastická bandáž dolných končatín**. Tento postup však nechráni pred vznikom trombózy v iných oblastiach (panva, horné končatiny, srdcová predsieň pri fibrilácii predsieni) a zároveň negatívne interferuje s kvalitou života hospicových pacientov, ktorí udávajú nepríjemné pocity tlaku, svrbenia a potenia (7).

**Kumarínové deriváty** (warfarín) je síce možné podávať perorálne, ale pre úzke terapeutické rozmedzie a interferenciu s množstvom faktorov, ktoré sa u hospicových pacientov vyskytujú (napr. vracanie, malnutícia, hnačka, pečenejové zlyhávajúce), riziko opakovanej titrácie dávky a potreba pravidelného laboratorného monitoringu, ktorý narúša komfort pacienta, je ich využitie pri hospicovej starostlivosti problematické (2).

Na liečbu VTE u hospicových pacientov sú najvhodnejším liekom **LMWH**. U onkologických pacientov sú v porovnaní s warfarínom účinnejšie a majú nižšie riziko krvácajúcich komplikácií (2). Aplikačná forma injekciou však môže byť pacientom vnímaná negatívne a môže zhoršovať kvalitu jeho života. Hoci pri liečbe LMWH nie je potrebný pravidelný laboratorný monitoring, v prípade renál-

nej insuficiencie je potrebná redukcia dávky. Pri závažnej renálnej insuficiencii (klírens kreatinínu pod 30 ml/min) je liečba LMWH kontraindikovaná. U pacientov bez zvýšeného rizika krvácania je indikovaná v liečbe VTE plná terapeutická dávka LMWH po obdobie pol roka. Ak ide o pacienta s vysokým rizikom krvácania (pacient s nádorom gastrointestinálneho traktu alebo mozgu), odporúča sa plná antikoagulačná dávka LMWH počas jedného týždňa s následnou 3- až 6-mesačnou liečbou redukovanou dávkou LMWH (s redukciami o 25 % až 50 %) (8). Výhodou je, že máme dostupné formy, ktoré stačí aplikovať 1-krát denne.

Ďalšou v súčasnosti dostupnou alternatívou v prevencii a liečbe VTE sú **„nové“ orálne antikoagulanciá (NOAC, NOAK)**, napr. apixaban, dabigatran, edoxaban, rivaroxaban. K ich výhodám patrí menšie množstvo interakcií s potravinami a liekmi, perorálna forma užívania a to, že nie je potrebné liečbu laboratorne monitorovať. V jednej štúdii (9) mal rivaroxaban v populácii onkologických pacientov štatisticky nevýznamne menšiu účinnosť v porovnaní s LMWH (enoxaparínom) v prevencii VTE a zároveň prinášal štatisticky významne vyššie riziko krvácania. Apixaban bol v porovnaní s LMWH (enoxaparínom) rovnako účinný, no riziko krvácania bolo opäť vyššie (10). Edoxaban a rivaroxaban je v súčasnosti Európskou respirologickou spoločnosťou (ERS) a Európskou kardiologickou spoločnosťou (ESC) odporúčaný ako alternatíva k LMWH u onkologických pacientov, s opatrnosťou v prípade pacientov s gastrointestinálnou malignitou, u ktorých je vyššie riziko krvácania (1). Pri použití NOAC v hospici opäť narážame na problém kontraindikácií, respektíve potreby redukcie dávky lieku v prípade ťažkej hepatopatie či renálnej insuficiencie. Dabigatran je kontraindikovaný pri klírens kreatinínu pod 30 ml/min, apixaban, rivaroxaban a edoxaban pri klírens kreatinínu pod 15 ml/min (11). Bezpečnosť a efektívnosť NOAC v populácii hospicových pacientov nebola posúdená žiadnou štúdiou.

Pre úplnosť treba spomenúť ešte možnosť **implantácie kavalného filtra** v prípade pľúcnej embólie s predpokladaným zdrojom embolu v dolných končat-

tinách či malej panve, najmä u pacientov s kontraindikáciami pre AKL či vysokým rizikom krvácania. Keďže tento postup je určený pre pacientov s predpokladaným dlhším prežívaním, nie je metódou voľby u pacientov hospitalizovaných v hospici (8, 10).

### Riziká a kontraindikácie antikoagulačnej liečby u hospicových pacientov

Okrem vplyvu AKL na kvalitu života hospicových pacientov treba vziať do úvahy aj potenciálne riziká liečby. Hospicoví pacienti majú vyššie riziko krvávacích komplikácií z dôvodu malnutície, zlyhávania pečene a obličiek (pri ktorých sa riziko krvácania zvyšuje aj v dôsledku kumulácie antikoagulantov), nádorového alebo metastatického postihnutia orgánov (gastrointestinálny, urogenitálny trakt) vrátane pečene a kostnej drene, čo ovplyvňuje koagulačnú rovnováhu. U mnohých hospicových pacientov môžu byť prítomné kontraindikácie na podávanie AKL. V jednej štúdii (12), do ktorej bolo zahrnutých 1 164 hospicových pacientov, bola trombofylaxia kontraindikovaná takmer u polovice (42,6 %) pacientov.

### Zvyšuje podávanie AKL riziko intrakraniálnej hemorágie u pacientov s primárnymi tumormi/metastázami mozgu?

V prípade, že má pacient primárny nádor mozgu alebo mozgové metastázy, je obávanou komplikáciou podávania AKL **intrakraniálna hemorágia (IKH)**. Prevalencia mozgových metastáz u hospicových pacientov nie je presne známa, no môže byť pomerne vysoká vzhľadom na to, že do hospicu prichádzajú pacienti v terminálnom štádiu ochorenia, keď je ochorenie generalizované. Odhaduje sa, že mozgové metastázy sa vytvoria približne u 1/4 pacientov s rakovinou (13). Incidencia mozgových metastáz môže v budúcnosti narastať vďaka novým možnostiam onkologickej liečby, dlhšiemu prežívaniu onkologických pacientov i vďaka dostupnosti stále podrobnejších zobrazovacích vyšetrení, ktoré ich prítomnosť odhalia. IKH môže u pacientov s mozgovými tumormi nastať aj spontánne, no podávanie antikoagu-

lancií ju môže potenciovať. Kumulatívna incidencia IKH pri primárnych mozgových tumoroch je približne 30 % ročne (14). V prípade mozgových metastáz je nižšia, približne 20 % ročne. Závisí však aj od typu primárneho tumoru. V prípade metastáz karcinómu obličiek alebo malígneho melanómu dosahuje až 50 % (15).

K väčšine (2/3) intrakraniálnych hemorágií dochádza v mieste mozgového tumoru alebo metastáz, zriedkavejšie dôjde k subarachnoidálnej alebo intraventrikulárnej hemorágii. IKH býva **u viac než 90 % pacientov symptomatická**. Prejavuje sa hemiparézou, bolesťami hlavy, zhoršením stavu vedomia a epileptickými záchvatmi. Klinické dôsledky IKH bývajú omnoho závažnejšie ako v prípade ischemickej cievnej mozgovej príhody (16). Mesačná mortalita pacientov po IKH presahuje 30 %, ročná mortalita je viac než 75 %. Prognóza býva horšia v prípade viacpočetných miest zakrvácania, súčasnej liečby intrakraniálnej hypertenzie, metastáz solidných tumorov alebo hematologických malignít postihujúcich centrálny nervový systém, aktívnej chemoterapie a klinicky manifestnej hemiparézy (17).

Podľa metaanalýzy 9 retrospektívnych štúdií **u pacientov s mozgovými metastázami, ktorým bola podávaná AKL, nedošlo k štatisticky významnému nárastu výskytu IKH v porovnaní s pacientmi bez AKL** (18). Ako sme už spomenuli, riziko IKH závisí aj od histologického typu malignity, pričom k najrizikovejším patrí obličkový karcinóm a malígny melanóm. Riziko IKH pri týchto typoch malignít bolo pomerne vysoké (okolo 50 %), avšak nezáviselo významne od toho, či bola alebo nebola pacientovi podávaná AKL (19, 20). V budúcnosti by bolo potrebné realizovať viac štúdií, ktoré by posúdili bezpečnosť AKL u pacientov postihnutých mozgovými metastázami z rôznych typov malignít.

S odlišnou situáciou sa stretávame u pacientov **s primárnymi mozgovými tumormi**, ktorých najčastejším typom je glióm. Podľa nedávnej štúdie (21) **AKL u pacientov s gliómom zvyšuje riziko IKH až trojnásobne**. Pacienti s komplikáciou v podobe IKH, a ktorí boli

liečení AKL, sa zároveň dožívajú menej. Medián prežitia od potvrdenia IKH bol v prípade pacientov liečených AKL 3,3 mesiaca, zatiaľ čo u pacientov s IKH bez AKL 10,2 mesiaca. Aj metaanalýza 5 štúdií potvrdila štatisticky významný nárast IKH u pacientov s gliómom, ktorým bola podávaná AKL (18).

### Záver

Predkladaný článok približuje problematiku prínosu a rizík trombofylaxie a antikoagulačnej liečby u hospicových pacientov. Sumarizuje poznatky získané štúdiom zahraničných literárnych zdrojov, ktoré majú pomôcť hospicovým lekárom v zložitom rozhodnutí o začatí alebo pokračovaní v trombofylaxii, respektíve, či budú liečiť VTE u konkrétneho pacienta. Rozhodnutie sa musí realizovať na individuálnej úrovni, po zohľadnení prínosu liečby, jej potenciálnych rizík a kontraindikácií, s dôrazom na zachovanie čo najlepšej kvality posledných dní života pacientov v terminálnom, väčšinou generalizovanom štádiu malígneho ochorenia.

### Literatúra

1. Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, et al. ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). Eur Heart J. 2019 Aug 31. pii: ehz405. doi: 10.1093/eurheartj/ehz405. [Epub ahead of print] Available from: <<https://erj.ersjournals.com/content/erj/early/2019/08/29/13993003.01647-2019.full.pdf>>.
2. Zabrocka E, Wojtukiewicz MZ, Sierko E. Thromboprophylaxis in cancer patients in hospice. Adv Clin Exp Med. 2018 Feb;27(2):283-289. doi: 10.17219/acem/64593. Available from: <<http://www.advances.umed.wroc.pl/pdf/2018/27/2/283.pdf>>.
3. Lee EQ, Wen PY. Treatment and prevention of venous thromboembolism in patients with brain tumors Leung LLK, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com>. Available from: <<https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-venous-thromboembolism-in-patients-with-brain-tumors>>. Accessed November 29, 2019.
4. White C, Noble SIR, Watson M, et al. Prevalence, symptom burden, and natural history of deep vein thrombosis in people with advanced cancer in specialist palliative care units (HID-DeN): a prospective longitudinal observational study. Lancet Haematol. 2019 Feb;6(2):e79-e88. doi: 10.1016/S2352-3026(18)30215-1. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6352715/>>.
5. Macbeth F, Noble S, Evans J. Randomized phase III trial of standard therapy plus low molecular weight heparin in patients with lung cancer: FRAGMENT Trial. J Clin Oncol. 2016;34:488-494.
6. Maraveyas A, Waters J, Roy R. Gemcitabine versus gemcitabine plus dalteparin thromboprophylaxis in pancreatic cancer. Eur J Cancer. 2012;48:1283-1292.
7. Lyman GH, Khorana AA, Falanga A, et al. American Society of Clinical Oncology guideline: Recommendations for veno-



us thrombo-embolism prophylaxis and treatment in patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2007;25:5490-5505.

8. Menčíková K, Závadová I, Sláma O. Antikoagulace u onkologických pacientů v paliativní péči [online]. *Paliativní medicína a léčba bolesti*. 2016; 9(1e).

9. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6352715/>>.

10. Gerotziafas GT, Mahé I, Elalamy I. New orally active anticoagulant agents for the prevention and treatment of venous thromboembolism in cancer patients. *Ther Clin Risk Manag*. 2014;10:423-436.

11. Goldhaber SZ, Leizorovicz A, Kakkar AK, et al. Apixaban versus enoxaparin for thromboprophylaxis in medically ill patients. *N Engl J Med*. 2011;365:2167-2177.

12. Kalnášová B, Fírmant J. „Nové“ orálne antikoagulačné (NOAC) – stručný perioperačný manažment. *Anestéziol. intenzívna med*. 2015;4(1) 6-7.

13. Johnson MJ, McMillan B, Fairhurst C, et al. Primary thromboprophylaxis in hospices: The association between risk of venous thromboembolism and development of symptoms. *J Pain Symptom Manag*. 2014;48:56-64.

14. Fox BD, Cheung VJ, Patel AJ, et al. Epidemiology of metastatic brain tumors. *Neurosurg Clin N Am*. 2011 Jan;22(1):1-6. v. doi: 10.1016/j.nec.2010.08.007.

15. Mantia C, Uhlmann EJ, Puligandla M, et al. Predicting the higher rate of intracranial hemorrhage in glioma patients receiving therapeutic enoxaparin. *Blood* 2017;129(25):3379-3385.

16. Donato J, Campigotto F, Uhlmann EJ, et al. Intracranial hemorrhage in patients with brain metastases treated with therapeutic enoxaparin: a matched cohort study. *Blood* 2015;126(4):494-499.

17. Mantia C, Zwicker JI. Anticoagulation in the Setting of Primary and Metastatic Brain Tumors. *Cancer Treat Res*. 2019;179:179-189. doi: 10.1007/978-3-030-20315-3\_12.

18. Navi BB, Reichman JS, Berlin D, et al. Intracerebral and subarachnoid hemorrhage in patients with cancer. *Neurology*. 2010;74(6):494-501.

19. Zwicker JI, Karp RL, Carrier M. A meta-analysis of intracranial hemorrhage in patients with brain tumors receiving therapeutic anticoagulation. *J Thromb Haemost*. 2016;4(9):1736-1740.

20. Donato J, Campigotto F, Uhlmann EJ, et al. Intracranial hemorrhage in patients with brain metastases treated with

therapeutic enoxaparin: a matched cohort study. *Blood*. 2015;126(4):494-499.

21. Alvarado G, Noor R, Bassett R, et al. Risk of intracranial hemorrhage with anticoagulation therapy in melanoma patients with brain metastases. *Melanoma Res*. 2012;22(4):310-315.

22. Mantia C, Uhlmann EJ, Puligandla M, et al. Predicting the higher rate of intracranial hemorrhage in glioma patients receiving therapeutic enoxaparin. *Blood*. 2017;129(25):3379-3385.

**MUDr. Eva Kováčová, PhD.**

Hospic Milosrdných sestier  
Súvoz 739, 911 01 Trenčín,  
[eva.hanuskova@gmail.com](mailto:eva.hanuskova@gmail.com)

pf 2♥20



# Etické aspekty poskytovania dialyzačnej liečby krehkému a umierajúcemu pacientovi

**MUDr. Zuzana Straussová, PhD.**

FMC – dialyzačné služby, spol. s r. o., pracovisko Nitra

**V minulosti bolo poskytovanie dialyzačnej liečby limitované. V súčasnosti je v civilizovaných krajinách možné dialýzu poskytnúť každému. U krehkých a umierajúcich pacientov môže však dialyzačná liečba v niektorých prípadoch predstavovať zaťažujúcu až márnú liečbu. Nastáva potom etický problém, ako k takémuto pacientovi pristupovať. Treba zvážiť riziko verus benefit tejto liečby a rozhodnutie vykonať v spolupráci s pacientom a jeho rodinou – po náležitom vysvetlení možností, rizík liečby a očakávanej prognózy. Rozhodnutie má rešpektovať autonómiu pacienta. V prípade rozhodnutia o nezačatí/ukončení dialyzačnej liečby musí byť pacientovi poskytnutý maximálny konzervatívny manažment a aplikované všetky postupy paliatívnej medicíny.**

**Kľúčové slová:** dialyzačná liečba, márna liečba, krehký pacient, umierajúci pacient, autonómia pacienta

## Ethical aspects of providing dialysis treatment in frail and dying patient

**While in the past the access to dialysis treatment was limited, it is currently available to virtually everyone in developed countries. However, in frail and dying patients, dialysis treatment may in some cases be considered futile and causing unnecessary suffering to the patient. This poses an ethical problem of how to approach such a patient. The risk-benefit ratio of such treatment should be examined carefully and the decision should be made in cooperation with the patient and his/her family – after proper explanation of the options, the risks of the treatment and the expected prognosis. The decision should respect the patient's autonomy. In case of a decision not to start or to terminate dialysis treatment, the patient should be given maximum conservative management and provided with all available palliative care.**

**Key words:** dialysis treatment, futile treatment, frail patient, dying patient, patient autonomy

Paliat. med. liec. boles., 2019;12(2e):50-53

## Pohľad do histórie

Historicky prvú úspešnú hemo-dialýzu u človeka vykonal Holanďan J. W. Kolff koncom 2. svetovej vojny. Dostupnou širšiemu spektru pacientov sa však stala na konci 60. rokov 19. storočia. Na uskutočňovanie tejto liečby však neexistovali žiadne všeobecne platné legislatívne ani odborné usmernenia a každá krajina si výber pacientov riadila po svojom. Napr. v USA bola ustanovená komisia 7 ľudí z radov laikov (bankár, právnik, vládny úradník, chirurg a i.). Táto komisia dostala časom názov „Boží výbor“, lebo sa vedelo, že ak pacienta vyberú do dialyzačného programu, dajú mu šancu na predĺženie života, ale ak ho nezaradia, je prakticky odsúdený na smrť. Táto komisia rozhodovala neodborne a nespravodlivo, a preto bola pod tlakom odborných kruhov i verejnosti v roku 1972 zrušená (1).

Postupne sa kreovali odborné odporúčania aj legislatívne rámce pre poskytovanie dialyzačnej liečby v jednotlivých krajinách i na úrovni nadnárodných expertných skupín. Problémom bol nedostatok dialyzačných lôžok, nepostaču-

júca sieť a kapacita dialyzačných stredísk, ktorá neumožňovala poskytnutie dialyzačnej liečby každému pacientovi, ktorý by takúto liečbu potreboval. V Slovenskej republike bola takáto situácia prítomná prakticky do konca 90. rokov minulého storočia. Bolo preto potrebné pacientov naďalej selektovať – dialo sa to však na základe zváženia odborných kritérií. Dialyzačná liečba sa neposkytovala pacientom s onkologickými ochoreniami, so systémovými ochoreniami spojiva, diabetikom, pacientom nad 50 rokov veku a už vôbec sa neuvažovalo, že by mala byť aktívna eliminačná liečba poskytnutá pacientovi s predpokladaným krátkym časom dožitia a so zlou životnou prognózou. S postupnou optimalizáciou siete dialyzačných stredísk a s rozšírením počtu dialyzačných lôžok nastala opačná situácia – na dialýzu bolo možné zaradiť každého bez ohľadu na jeho celkový zdravotný stav a životnú prognózu. Zavedenie peritoneálnej dialýzy následne umožnilo poskytnúť dialyzačnú liečbu ďalšej skupine pacientov. Sformulovala sa hrdá téza, že „pacient nesmie zomrieť na urémiu“.

## Pohľad na súčasnosť

Aktuálna realita je úplne odlišná. Súčasná lekárska veda dokáže udržať pri živote mnohých pacientov, u ktorých bolo cca pred 30 rokmi ich základné ochorenie smrteľné (kardiovaskulárne, pľúcne, onkologické a iné ochorenia). Dnes takíto pacienti prežívajú – aj s viacerými potenciálne smrteľnými ochoreniami – otázna je ich kvalita života a zabezpečenie opatrovateľskej starostlivosti o nich. Predĺžila sa stredná dĺžka života, do dialyzačného programu zaraďujeme stále viac starších a polymorbídnych pacientov, u ktorých je zlyhanie obličiek len jedným z mnohých zdravotných problémov. Dialyzačná liečba sa považuje za bežnú, pacienti a ich príbuzní ju vyžadujú, nepoznajú jej limity. Kolegovia-nenefrológovia často polymorbídnych pacientov a ich príbuzných mylne informujú, že dialýza je pre nich jedinou kurabilnou a zachraňujúcou liečbou, často v snahe odpútať pozornosť od iného inkurabilného ochorenia. Žijeme v ére „heroickej medicíny“, ktorá sa snaží zachrániť pacientovi život za každú cenu, bez ohľadu na beznádejnosť stavu a na fakt, že medicínskymi zásahmi

predlžujeme fázu umierania a aplikujeme márnú liečbu. Smrť pacienta je považovaná za medicínske zlyhanie (2). Navyše (často pod vplyvom médií) sa vytvára dojem, že za smrť pacienta je vždy niekto zodpovedný (lekár, zdravotnícke zariadenia a pod.) Zaradenie/nezaradenie pacienta do dialyzačnej liečby, resp. jej ukončenie býva preto veľmi často stredobodom záujmu príbuzných či pozostalých. Dialyzačná liečba aktuálne patrí k štandardným liečebným metódam, a preto sa často dáva na úroveň aplikácie inzulínu či dlhodobého užívania liekov. Laická (a žiaľ často aj odborná) verejnosť si ale neuvedomuje, že **dialyzačná liečba má svoje medicínske limitácie, že v mnohých prípadoch môže pacientov stav naopak zhoršiť a že pre ťažko chorého pacienta môže znamenať zhoršenie kvality života, predlžovanie utrpenia a aj životné ohrozenie.**

### Etické problémy začatia/ukončenia dialyzačnej liečby

V kontexte uvedeného treba hľadať odpovede na mnohé otázky. Je etické a správne zaradiť do chronického dialyzačného programu alebo aj akútne dialyzovať pacienta, ktorého životná prognóza je preukázateľne zlá, očakávaná dĺžka života krátka a od začatia dialyzačnej liečby neočakávame zlepšenie kvality života? Ak pacient zaradený v chronickom dialyzačnom programe utrpí taký zdravotný inzult, ktorý zapríčini, že sa dialyzačná liečba stane technicky ťažko realizovateľnou, resp. samotná liečba či transport na dialýzu sa stane ohrozením pacienta – sme oprávnení frekvenciu dialýz znížiť a event. liečbu ukončiť? A konečne – je oprávnená požiadavka poisťovní, že hradenou je len dialyzačná liečba 3-krát týždenne v trvaní minimálne 4 hodín – ako postupovať u terminálne chorých pacientov?

Na uvedené otázky hľadajú odpovede nielen národné, ale aj medzinárodné expertné skupiny (National Kidney Foundation, ERA/EDTA). Problematika je pálčivá jednak z pohľadu etiky, ale nezaradenie/vyradenie pacienta z dialyzačného programu môže mať pre lekára v mnohých prípadoch forenzné dôsledky. Napriek všetkým snahám expertov neexistuje stále ucelený všeobecne akceptovaný koncept, o ktorý by sa bolo možné

oprieť pri rozhodovaní o dialyzovaní/nedialyzovaní konkrétneho pacienta, ktorý spĺňa definíciu krehkosti alebo sa nachádza už v procese umierania.

Treba zdôrazniť, že pacienta – ak je na dialyzačnú liečbu indikovaný – sa treba pokúsiť zaradiť do dialyzačného programu vždy, ak to jeho zdravotný stav dovoľí a ak prejaví informovaný súhlas s touto liečbou. V odôvodnených prípadoch má však mať lekár možnosť dialyzačnú liečbu nezačať alebo ju ukončiť. **Základnou premisou pri rozhodovaní u terminálne chorého pacienta by mal byť etický princíp, že naším konaním by sme nemali pacientovi život skrátiť, ale ani predlžovať fázu umierania, ani mu našimi medicínskymi zásahmi predlžovať život za cenu procedúr, ktoré sú preňho a pre jeho blízkych zaťažujúce, spojené s utrpením, t. j. nemali by sme liečbu aplikovať, ak predstavuje tzv. márnú liečbu.** Tu by mala prísť na rad nie kuratívna, ale paliatívna starostlivosť, ktorá podporuje život, zároveň však považuje umieranie za normálny proces, smrť ani neurýchľuje, ani neodďaľuje, zachováva dôstojnosť pacienta do poslednej chvíle jeho života, poskytuje úľavu od bolesti a ďalších nepríjemných symptómov, začleňuje do starostlivosti o pacienta aj duchovné aspekty, vytvára podporný systém, ktorý pomáha rodine vyrovnať sa s pacientovou chorobou alebo zármutkom po jeho smrti (3).

Je všeobecne uznávanou premisou, že v terminálnom štádiu má mať prednosť kvalita života pred jeho dĺžkou. V roku 2000 bola na pôde Ministerstva zdravotníctva (MZ) SR v rámci projektu PHARE vypracovaná Charta práv pacientov v Slovenskej republike, ktorú schválila vláda Slovenskej republiky 11. apríla 2001 uznesením č. 326. Článok 8 upravuje „starostlivosť o nevyliciteľne chorých a zomierajúcich“. Dodržiavanie týchto práv je predpokladom pre pokojnú a dôstojnú smrť. Podľa tohto dokumentu sú definované tri okruhy práv: právo na komplexnú paliatívnu starostlivosť, právo na sebaurčenie a slobodné rozhodovanie, právo na život a ochranu proti úmyselnému usmrteniu (4).

Rada Európy schválila v roku 2016 dokument vyjadrujúci sa k etickým otázkam konca života, v ktorom sa okrem

iného píše: „Rešpektovanie autonómie sa začína uznaním legitímneho práva a schopnosti danej osoby prijímať osobné rozhodnutia. Princíp autonómie sa v praxi uplatňuje najmä udelením slobodného (bez neprípustných obmedzení alebo nátlaku) a informovaného (po poskytnutí informácií primeraných navrhovanému postupu) súhlasu. Daná osoba môže svoj súhlas kedykoľvek odvolať. Na uplatnenie princípu autonómie je nevyhnutne potrebné poskytnúť danej osobe vopred potrebné informácie. Na to, aby sa ľudia mohli rozhodovať informovane, musia mať prístup k takým informáciám, ktoré sú primerané svojím obsahom aj formou. Tieto informácie musia byť podľa možnosti čo najkompletnejšie. Pacienti musia byť informovaní o cieľoch, predvídateľných rizikách a prínosoch daného postupu (liečby)“ (5).

„Autonómia neznamena právo pacienta dostať každú liečbu, ktorú by si mohol žiadať. Zvlášť, keby sa takáto liečba považovala za neprimeranú. Vskutku, rozhodnutia o zdravotnej starostlivosti sú výsledkom zosúladenia želaní pacienta a hodnotenia situácie odborníkom, ktorý je viazaný svojimi profesionálnymi povinnosťami. Osobitne tými, ktoré vyplývajú z princípov beneficencie (dobročinnosti) a nonmaleficencie (neškodnosti), ako aj z princípu spravodlivosti“ (5).

### Špecifiká dialyzačnej liečby u krehkého a umierajúceho pacienta

V prípade krehkého alebo umierajúceho pacienta, u ktorého uvažujeme, či k dialyzačnej liečbe prikrčiť alebo nie, by sme teda celý proces rozhodovania mali začať vzájomným rozhovorom. Pacient (a s jeho súhlasom aj príbuzní či iné blízke osoby) by mal byť informovaný o svojom zdravotnom stave, možnostiach liečby, ale aj o rizikách a limitáciách navrhovaných liečebných postupov. Je dôležité viesť rozhovor v pokojnej atmosfére, ponechať pacientovi dostatok času na premýšľanie, otázky, na konzultáciu s blízkymi osobami. Ak sme presvedčení, že dialyzačná liečba nebude pre pacienta prínosom, mali by sme to pacientovi vysvetliť, ale zároveň ho ubezpečiť, že budú použité všetky postupy, ktoré paliatívna medicína poskytuje na



zmiernenie jeho ťažkostí. Je dôležité, aby takéto informácie poskytoval lekár-odborník. Dialyzačná liečba totiž predstavuje veľmi špecifickú oblasť internej medicíny a lekár inej špecializácie (hoci v internistickom odbore) nemôže mať také množstvo vedomostí, aby dokázal kvalifikovane informovať a aj odpovedať na veľmi konkrétne otázky pacienta. Rozhodnutie o nezariadení pacienta do dialyzačného programu patrí zároveň k najťažším rozhodnutiam, ktoré musí lekár urobiť. Autonómiu pacienta však treba rešpektovať aj v tom prípade, ak lekár dialyzačnú liečbu indikoval, ale pacient ju po zrelej úvahe protokolárne odmietol. Dialyzačná liečba je momentálne poskytovaná všetkým vekovým skupinám pacientov, od detí až po dlhovekých ľudí. Pomerne veľkú skupinu tvoria práve geriatrickí pacienti. Zaraďovanie starých ľudí do dialyzačného programu môže byť problematické (komorbidita, znížená funkčná rezerva hlavne kardiovaskulárneho aparátu, psycho-sociálne aspekty, limitovaná možnosť spolupráce). Problémom však nie je ani tak samotné začatie dialýzy, ale skôr zotrvanie pacienta v dialyzačnom programe, nakoľko funkčná zdatnosť starých a krehkých pacientov po zaradení do dialyzačného programu preukázateľne rýchlym tempom klesá (6). Vedenie dialyzačnej liečby sa u starých ľudí a všeobecne u krehkých pacientov odlišuje od mladších, resp. od dobre kompenzovaných pacientov – preferuje sa šetrnejšie vedenie dialýzy aj za cenu, že sa nedosiahnu optimálne výsledky liečby. Je nepochybné, že starší dialyzovaní pacienti majú vyššiu morbiditu i mortalitu v porovnaní s nedialyzovanými rovesníkmi. Treba zvlášť zdôrazniť potrebu komunikácie s pacientom a s príbuznými a stanovenie realistických cieľov. Ak je pacient poučený a porozumel (včítane predpokladanej životnej prognózy), preukázateľne lepšie spolupracuje na rozhodovacích procesoch, v realistickejšom duchu (6).

Práve polymorbidita a krehkosť robia dialyzačnú liečbu náročnou, často až technicky nerealizovateľnou (napr. po napojení na mimotelový obeh dôjde u pacienta s poškodeným kardiovaskulárnym aparátom k významnému poklesu tlaku krvi s hypoperfúziou orgánov s prejavmi

nedokrvenia mozgu až s obrazom iktu, s nedokrvením koronárnych ciev až s prejavmi akútnej koronárnej príhody či s nedokrvením GIT-u a s prejavmi abdominálnej angíny, navyše sa neplní dostatočne mimotelový obeh, čo robí dialýzu technicky nerealizovateľnou). U týchto pacientov, ak nie je možné šetrným vedením dialýzy a medikamentózne tento stav ovplyvniť a symptómy sa opakujú počas každého dialyzačného výkonu, je na mieste úvaha o ukončení dialyzačnej liečby a modifikáciu na **tzv. maximálny konzervatívny manažment. Znamená to, že pacienta nebudeme dialyzovať, ale poskytneme mu podrobnú edukáciu v diéte (s obmedzením bielkovín, kálie, fosfátov, tekutín atď.) a všetku dostupnú medikamentóznú a nutričnú liečbu na zmiernenie príznakov urémie, tlmenie bolesti.** Je dokázané, že najmä starší polymorbídni pacienti profitujú z maximálneho konzervatívneho manažmentu pomerne dlhý čas, zatiaľ čo dialyzačná liečba by im (napr. v prípade vyššie opísaných komplikácií) mohla skrátiť život. Vždy je nutný individuálny prístup. V prípade, že napriek zodpovednému posúdeniu všetkých „pre a proti“ nedôjde ku konsenzu medzi lekárom a pacientom, resp. prognózu dialyzačnej liečby nie je možné odhadnúť, postup by mal byť v prospech života. Znamená to, že ak pacient liečbu vyslovene neodmieta, môžeme prikrôčiť k „dialýze na skúšku“. Rôzni autori sa líšia v názore, aký dlhý čas by mala prebiehať „dialýza na skúšku“. Tento čas sa pohybuje od 2 – 3 týždňov až po 6 a viac mesiacov (7). Niekedy je už po prvých dialýzach jasné, že liečba pacienta ohrozuje a nezriedka si ju sám žiada ukončiť (8). V každom prípade by po uplynutí adekvátne dlhého obdobia mali byť výsledky prehodnotené a po rozhovore s pacientom by sa mal dohodnúť ďalší realistický postup. Pacient v tomto období mal možnosť získať predstavu o tom, čo bude pre neho dialyzačná liečba znamenať a lekár získa istotu, či dialyzačná liečba je alebo nie je v pacientov prospech. Veľmi emotívnu podobu máva často rozhodovanie o ďalšom postupe u umierajúcich pacientov a u tých, ktorí nie sú z dôvodu svojej nemohúcnosti (extrémne fyzické vyčerpanie, oslabené mentálne schopnosti)

schopní o svojom osude prakticky rozhodovať. Lekár potom väčšinou rieši tento problém s príbuznými, ktorí považujú ukončenie dialyzačnej liečby (resp. nezariadenie na dialýzu u umierajúceho človeka) za eutanáziu. Aj v tomto prípade sa treba riadiť princípom „Primum non nocere!“ so zameraním na dobro pacienta. Umieranie je proces, v ktorom na začiatku môže byť ešte dialýza prínosom. Ak je technicky realizovateľná a dokáže napr. pacientovi uľaviť od nadbytočných tekutín, odstrániť toxické metabolity a zbaviť ho tak uremických symptómov, je nepochybne potrebná. Nezameriavame sa tu však už na dosiahnutie kritérií kvality dialyzačnej liečby (ktoré sú inak jasne definované s cieľom čo najdlhšie udržať pacienta pri živote a v dobrej zdravotnej kondícii). Dialyzačnú liečbu u umierajúceho pacienta upravíme tak, aby bola pre neho komfortná, teda aby mu dokázala poskytnúť istú kvalitu života pri minimálnej záťaži pre jeho organizmus (napr. znížime frekvenciu dialýz alebo skrátime ich dĺžku, znížime prietok krvi mimotelovým obehom a podobne) (1, 6, 7, 9). Nezanedbateľný je tu aj psychologický aspekt: ak je pacient pri vedomí, uvedomuje si, že vyradenie z dialyzačného programu znamená pre neho istú smrť. Úpravu dialyzačného režimu však väčšinou akceptuje ako najlepšiu voľbu. Ešte komplikovanejšia je situácia u pacientov liečených peritoneálnou dialýzou, pri ktorej si pacient už nedokáže vykonávať dialýzu sám, je odkázaný na pomoc okolia, obvykle príbuzných. Je na ošetrojúcom tíme, aby vedel správne komunikovať s pacientom i príbuznými a poskytnúť im také usmernenia, ktoré by boli pre rodinu akceptovateľné. Žiaľ, podľa našich skúseností väčšina blízkych osôb (napriek všemožnej medicínskej i psychickej podpore zo strany ošetrojúceho lekára a peritoneálnej sestry) nedokáže uniesť váhu zodpovednosti za rozhodnutia spojené s vykonaním/ nevykonaním peritoneálnej výmeny. Väčšina pacientov potom končí v zdravotníckych zariadeniach a zomiera v cudzom prostredí, osamotene.

S postupujúcim procesom umierania upravujeme ďalej aj dialyzačný režim „do stratenia“, t. j. ak je pacient v lepšej kondícii, dialýzu zrealizujeme



(hemodialýzu i peritoneálnu dialýzu), ak sa jeho stav významne zhoršil, dialýzu oddialime. Ak sa stane dialýza, resp. aj transport do strediska pre pacienta neúnosnou záťažou, treba zvážiť ukončenie dialyzačnej liečby. Pacientovi i príbuzným treba poskytnúť náležité vysvetlenie a uistiť ich o využití všetkých dostupných prostriedkov na zmiernenie utrpenia (10). **Dialyzovať pacienta priamo in finem je eticky a ľudsky neprijateľné. V tomto prípade treba rešpektovať právo na dôstojnú smrť.**

### Prečo sa doposiaľ nepodarilo kodifikovať všeobecne platné princípy pre dialyzačnú liečbu krehkých a umierajúcich pacientov

Etické princípy, ktorými sa pri našej práci riadime, sa zdajú na prvý pohľad jasné. Otázkou je, prečo sa národné a najmä nadnárodné expertné skupiny nevedia dohodnúť na univerzálnych a jasne definovaných pravidlách. Problém spočíva vo veľkej miere v tom, že v rozhodovaní o otázkach života a smrti má veľkú úlohu spiritualita a religiózne zameranie. Článok 2278 Katechizmu Katolíckej cirkvi hovorí: „Prerušenie nákladných, nebezpečných, mimoriadnych alebo vzhľadom na očakávané výsledky neúmerných liečebných procedúr môže byť oprávnené. Je to odmietnutie „liečby za každú cenu“. Nechce sa tým spôsobiť smrť, iba sa prijme, že jej nemožno zabrániť“. Deklarácia o eutanázii zverejnená v roku 1980 Kongregáciou pre náuku viery, v časti IV. hovorí: „V blízkosti nevyhnutnej smrti napriek použitým prostriedkom je povolené prijať vo svedomí rozhodnutie upustiť od postupov, ktoré by zaistili len neisté a strastiplné predĺženie života, bez prerušenia normálnej starostlivosti prináležiacej chorému v podobných prípadoch“. Katolícka cirkev i evanjelická cirkev augsburského vyznania deklarujú, že odmietnutie tzv. márnej liečby (teda aj márnej dialyzačnej liečby) je prijateľné a eticky správne. Iné protestantské cirkvi nemajú všeobecne deklarovany a ucelený pohľad na tieto morálne aspekty a názory varujú od absolútneho zákazu prerušiť márnú liečbu až po tolerovanie eutanázie. Naproti tomu židovský právny systém Halacha síce umožňuje za istých

okolností zastaviť liečbu predlžujúcu život, ale ortodoxní židia považujú zachovanie života za absolútnu prioritu, odňatie akejkoľvek liečby je nedovolené. Moslimské náboženstvo sa v názoroch na ukončenie márnej liečby rôzni, väčšinou je však dovolené liečbu ukončiť, ak pri naša väčšie škody ako benefit. Rôzni sa aj názory ľudí rovnakého vierovyznania, ale v rôznych geografických lokalitách. V niektorých náboženských komunitách, ale aj v nenábožensky fungujúcich etnických komunitách je za smerodajný považovaný názor rodiny pacienta a jej želanie sa rešpektuje. V kontraste s týmito názormi sú aktuálne názorové prúdy propagujúce a podporujúce eutanáziu (11, 12, 13).

Religiozita a spiritualita pacienta a jeho blízkych má preto absolútne formatívny dopad na tvorbu názorov na otázky konca života. Existujú aj rozdiely na rasovom a etnickom princípe. Napr. v klinickej štúdii realizovanej v dvoch akademických centrách v Bostone u anglicky hovoriacich pacientov, zameranej na komunikáciu o konci života u kriticky chorých pacientov sa zistilo, že černošskí pacienti menej často komunikovali so svojou rodinou o týchto otázkach a mladší černošskí pacienti požadovali realizáciu terapie predlžujúcej život častejšie v porovnaní s mladými bielymi ľuďmi (14).

Žijeme v ére meniaceho sa sveta so stále sa zintenzívňujúcou migráciou. Našimi pacientmi sa stávajú stále častejšie cudzinci, ktorých mentalita a životné nazeranie sú nám neznáme. V prípade nezačatia/ukončenia dialyzačnej liečby u krehkého a umierajúceho pacienta sa preto lekár veľmi často dostáva do názorových stretov nielen s pacientmi, príbuznými, ale často aj s kolegami, vyznávačmi „heroickej medicíny“ či „alibistickej medicíny“. Nefrológovia a dialyzační lekári preto čoraz naliehavejšie pociťujú potrebu „mať za chrbtom“ nejaký legislatívny rámec, ktorý by poskytol oporu v rozhodovaní o týchto náročných veciach. V Slovenskej nefrologickej spoločnosti sa o tejto téme živo diskutuje a v pláne je príprava štandardných postupov zameraných na dialyzačnú liečbu krehkých a umierajúcich pacientov. V súčasnej realite slovenského zdravot-

níctva taktiež všetci pociťujeme nedostatok lekárov-odborníkov na paliatívnu medicínu, ktorých pomoc nepochybne potrebujeme aj u nefrologických, dialyzovaných či nedialyzovaných pacientov.

### Literatúra

1. Shin SJ, Lee JH. Hemodialysis as a life-sustaining treatment at the end of life. *Kidney Res Clin Pract.* 2018;37(2):112-118. doi:10.23876/j.krcp.2018.37.2.112
2. Firment J, et al. Odporúčanie postupu pri zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u dospelých pacientov, ktorí nie sú schopní o sebe rozhodovať v terminálnej fáze ochorenia (verzia prijatá výborom SSAIM dňa 20. 5. 2014). *Anestéziológia a intenzívna medicína.* 2014;3(1):34-36.
3. Thompson BT, et al. Challenges in End-of-Life Care in the ICU: Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003: Executive Summary. *Critical Care Medicine.* 2004;32(8):1781-1784.
4. Práva pacientov v Slovenskej republike. 1. vyd. Bratislava: MZ SR; 2000: 47 s.
5. Watson R. Council of Europe issues guide to end of life care. *BMJ* 2014;348:g3167 (6. 8. 2015). Available from: <http://www.coe.int/en/web/bioethics/end-of-life>.
6. Nováková M. Geriatrický pacient v dialyzačnej péči – zkušenosti z Centra následné péče FN Motol. *Geriatric a Gerontologie.* 2018;7(1):17-20.
7. Horáčková M, Schück O. Křehký pacient se selháním ledvin. *Geriatric a Gerontologie* 2017;6(4):179-182.
8. National Kidney Foundation (2013): WHEN STOPPING DIALYSIS TREATMENT IS YOUR CHOICE A Guide for Patients and Their Families. Available from: <www.kidney.org>.
9. Meeus F, Brown EA. Caring for Older Patients on Peritoneal Dialysis at End of Life. *Perit Dial Int.* 2015;35(6):667-670. doi:10.3747/pdi.2015.00054.
10. O'Connor NR, Dougherty M, Harris PS, Casarett DJ. Survival after dialysis discontinuation and hospice enrollment for ESRD. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2013;8(12):2117-2122. doi:10.2215/CJN.04110413.
11. Koffman J. Servicing multi-cultural needs at end of life. Supplement: Supportive care for people with kidney disease: ethnic and cultural challenges. *J Renal Care.* 2014;40(Suppl1):6-15.
12. Shaw R, Stevens B. Religion and Spirituality in End-of-Life Care. In: Gu D, Dupre M. (eds). *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging.* Springer, Cham 2019.
13. Druml C, et al., ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration, *Clinical Nutrition* (2016). Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.02.006>.
14. Eneanya ND, Wenger JB, Waite K, Crittenden S, Hazzar DB, Volandes A, Temel JS, Thadhani R, Paasche-Orlow MK. Racial Disparities in End-of-Life Communication and Preferences among Chronic Kidney Disease Patients. *Am J Nephrol.* 2016;44:46-53. Available from: <https://doi.org/10.1159/000447097>.

### MUDr. Zuzana Straussová, PhD.

FMC – dialyzačné služby, spol. s r. o.,  
pracovisko Nitra  
Rázusova 16, Nitra  
zuzana.straussova@gmail.com

## Spirituálne potreby pacientov s nevyliciteľným ochorením – úvod do témy

*„Choroba je nocou života. Je to ťaživé občianstvo. Každý vlastníme dva druhy občianstva života. Jeden je v krajine zdravia a pohody a jeden je v krajine choroby. Aj keď by sme chceli vlastniť len cestovný pas dobrej krajiny, skôr alebo neskôr každý z nás použije aj ten druhý, minimálne na chvíľku.“*

Týmto slovami esejistky Susan Sontagovej sa začína známa kniha o boji s rakovinou Siddhartha Mukherjeeho. Niektoré veci máme na výber a niektoré nie. Niekedy považujeme za dôstojné len to, čo máme na výber. Určite je dôležité rešpektovať a poznať veci, ktoré ovplyvňujú oba svety a jedným z nich je aj spiritualita ako vzťah k transcendentnu. Práca lekára je dotýkanie sa tmy života tých druhých, kde sú zraniteľní, kde nie sú dobrovoľne a kde sa ich hranice a možnosti výberu rozhodnutí zužujú. Preto vnímanie a rešpektovanie spirituality v tme života nadobúda zvláštny význam. Tak ako pacientovi môže jeho spiritualita spôsobiť distress alebo pokoj, aj naše ne/vnímanie tejto potreby môže distress prehĺbiť. Niektoré rozhodnutia pacientov pochopíme len keď budeme mať priestor aspoň zachytiť ich spiritualitu. Niekedy je spiritualita priestor, v ktorom sa dá pomôcť. Niekedy je to ťažoba pre pacienta, a keď ju zachytíme a pomôžeme zvládnuť, tak mu uľavíme. Preto v najbližších číslach časopisu budú uverejnené články venované tejto téme.

*Zomrel bez slova a potichu. Doma. Obklopený priateľmi, ktorým pozeral rovno do očí. Agónia trvala niečo vyše dňa. Nebol v nemocnici, lebo nechcel. Tri dni pred smrťou sa známym gestom rozlúčil so vzdialenými priateľmi, ktorí mu chceli vyjadriť blízkosť. Nehovoril. Nemohol, nechcel. Ticho si vybral aj nevybral.*  
Ján Pavol II., bývalá hlava katolíckej cirkvi

MUDr. Andrea Škripeková, PhD.

## Spirituálna starostlivosť o pacienta s nevyliciteľným ochorením – je potrebný záujem lekára?

**MUDr. Andrea Škripeková, PhD.**

Národný onkologický ústav a Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

**Spiritualita je základný element ľudského bytia. Spiritualita, viera a náboženské presvedčenie môže pacientovi ovplyvniť rozhodovanie o spôsobe liečby, môže ovplyvniť rozhodnutie ne/ísť do hospicu na konci života, ovplyvní aj komunikáciu o/pri ukončovaní protinádorovej liečby. Zdravotníci by mali byť schopní realizovať zhodnotenie spirituálnych potrieb pacienta. Pri odstránení fyzického utrpenia sa odкрýva práve psychosociálne, existencionalne a spirituálne utrpenie, ktoré je možné minimalizovať a dokázateľne vplýva na kvalitu života pacientov s nevyliciteľným ochorením (1). Rešpektujúce prostredie s možnosťou robiť rozhodnutia podľa svojho spirituálneho konceptu pacientovu stále obmedzujúcu sa autonómiu zmysluplne rozširujú.**

**Kľúčové slová:** spiritualita, onkologický pacient, kvalita života

### Spiritual care for a patient with incurable disease – is a physician's interest necessary?

**Spirituality belongs to basic element of human being. Spirituality, faith and religion could influence decision of the patients about hospice care – get it or not, could influence a communication of stopping anticancer treatment. Health care professionals should have an ability to assess patients spiritual needs. It is the psychological, existential and spiritual suffering that is more visible when we could relieve physical suffering. Relieving of spiritual suffering influence quality of life of patients with incurable diseases (1). Respect to the patients spiritual concepts in terms of their decision making capacity could significantly enhance patients autonomy.**

**Key words:** spirituality, oncologic patients, quality of life

### Úvod

Spiritualita je základný element ľudského bytia. Zahŕňa hľadanie zmyslu života a pocitu plnosti života. Je individuálnou skúsenosťou transcendentna.

Naplnenie spirituálnych potrieb pacientov sa v posledných dvoch desaťročiach stáva súčasťou zlepšovania kvality života pacientov v paliatívnej starostlivosti – pacientov s ohraničenou dĺžkou života. Naplnenie spirituál-

ných potrieb pacientov má vplyv na to, ako pacient bude zvládať utrpenie svojej choroby a ohraničenosť svojho života. Viera a vnímanie transcendentna u pacientov môže mať pozitívny, ale aj negatívny vplyv. Pacientovi môže jeho viera

v nevyliciteľnej chorobe pomáhať, ale môže mu spôsobovať aj ďalšie utrpenie.

**Prečo** by mal lekár, ktorý vedie s pacientom pragmatické a praktické diskusie o možnostiach liečby, vedieť aj o pacientových spirituálnych potrebách?

Spiritualita, viera a náboženské presvedčenie môže pacientovi ovplyvniť rozhodovanie o spôsobe liečby, môže ovplyvniť rozhodnutie ne/ísť do hospicu na konci života, ovplyvní aj komunikáciu o/pri ukončovaní protinádorovej liečby – chemoterapie. Problémy so spiritualitou alebo vnímaním spirituality v medicíne sa pokúsime demonštrovať aj na nasledujúcej kazuistike:

Išlo o 73-ročného pacienta prepusteného asi týždeň z onkologického oddelenia, kde bol opakovane hospitalizovaný pre adenokarcinóm hlavy pankreasu, iniciálne mal metastatické ochorenie s postihnutím pečene a pľúc. Pacient bol po troch cykloch chemoterapie FOLFIRINOX, pričom posledný tretí cyklus bol komplikovaný krvácaním z hornej časti tráviaceho traktu pri protrahovanom vracaní, stav bol podľa gastrofibroskopie uzavretý ako Mallory-Weiss syndróm. Neboli prítomné známky obštrukcie hornej časti GIT-u pri infiltrácii primárnym tumorom. CT vyšetrením verifikovaná disociovaná odpoveď v pečeni. Klinicky pacient deterioruje v zmysle stavu výkonnosti, je slabý, má anasarku, soor v ústnej dutine, vypije 500 ml tekutín a zje malé množstvo kašovitej stravy. Nevracia. Stolica je obstipovaná, bolesti sú kupirované fentanylovou náplastou a paralenom, raz za deň potrebuje malú dávku morfinu. Dcéra pacienta prichádza so žiadosťou o hospitalizáciu pacienta na paliatívne oddelenie, pretože nezvládajú doma jeho zomieranie. O otca sa starala druhá dcéra, detská lekárka, ktorá ošetrovala kávalny katéter a podávala 500 ml i. v. tekutín. Referujúca dcéra hovorí, že otec nie je zmierený s umieraním, s chorobou, bol zlý na mamu, teraz je ticho a nerozpráva. Je na ňom vidieť, že trpí. Keďže pacient je z mesta vzdialeného asi 120 km od Bratislavy, navrhujem ho referovať do starostlivosti mobilného hospi-

cu. Vysvetľujem dcére, že príde domov lekárka, ktorá vie zvážiť množstvo infúzií, vie pacientovi aj manželke vysvetliť situáciu. Poviem však, že lekárka je rehoľná sestra. Na to dcéra hovorí, že to otcovi aj mame ublíži, pretože sú obaja nekonfesní.

*Dorozprával.*

*Otočila som sa na stoličke a začala som písať správu. Neviem, či vzdychol, či som sa náhodne dotkla jeho pohľadu, ale zrazu som si pozbierala prsty z klávesnice, pozrela som sa mu priamo do očí a vyšlo zo mňa: „Viem, že je ťažké sa každé ráno zobudiť s pocitom ohraničenosti...“ Okamžite sa rozplakal.*

*„Ako viete, že toto teraz bolí najviac?“ Dospelý, zrelý, ešte stále navonok silný muž neprestával plakať.*

*Nástojčivosť chvíle a rýchlosť, s ktorou som zhrnula atmosféru rozhovoru, prekvapili aj mňa...*

**OHRANIČENOSŤ**

Ako postupovať v takejto situácii? Čo by sa stalo, ak by som dcéru neupozornila, že prichádzajúca lekárka bude v habite rehoľnej sestry? Pritom sme sa z opisu klinického stavu pacienta dozvedeli, že dominantným príznakom je slabosť, nemá distress z bolestí, nedostatku spánku, dýchavice. Dcéra však jednoznačne hovorí, že otec veľmi trpí. V tomto prípade ide zrejme o existencionalne utrpenie s psychologickým distressom, ktoré by sa vzhľadom na jeho postoj ku kresťanskej viere mohlo príchodom rehoľnej sestry lekárky prehĺbiť a zhoršiť.

**Ako.** Existuje spôsob, akým by sa lekár citlivú informáciu mohol dozvedieť bez strachu z rozpačitej a nekomfortnej situácie pri komunikácii? Zdravotníci by mali byť schopní realizovať zhodnotenie spirituálnych potrieb pacienta. Niekedy je spirituálna starostlivosť voľne preložená ako aktívne počúvanie duchovných strastí, možno povzdychov „ach-bože“, ktoré nám odhalia, či pacientovo vnímanie spirituality mu bude pomocou alebo príťažou (2). Podľa NCCN smerníc by zhodnotenie pacientových spirituálnych potrieb malo byť v rámci klinického vyšetrenia pacienta pri plánovaní protinádorovej liečby (3). Pacienta by sa mal pri prvom zhodnocovaní niekto spýtať: pomáha vám náboženstvo alebo spiritualita pri zvládaní vašich ťažkostí? Nemusí to byť lekár, ktorý sa to spýta, ale ak to bude riadne zaznamenané a táto informácia sa k lekárovi dostane, bude z toho samotný pacient profitovať, pretože pri

závažných diskusiách o ukončovaní protinádorovej chemoterapie alebo biologickej liečby, o prehodnocovaní cieľov liečby bude môcť lekár, prípadne paliatívny tím vedieť zvoliť postup, ktorý pacienta nebude frustrovať.

**Kedy** hodnotiť spirituálne potreby? Paliatívna medicína vychádzala z konceptu hospicového hnutia, ktoré vzniklo ako reakcia na zomieranie spojené s ťažkými symptómami, s pocitom nedôstojnosti a so psychologickým, s existencionalným a so spirituálnym utrpením vyjadreným u každého pacienta v rôznej miere. Pri odstránení fyzického utrpenia sa odskryva práve psychosociálne,

existencionalne a spirituálne utrpenie, ktoré je možné minimalizovať a dokázateľne vplýva na kvalitu života pacientov s nevyliciteľným ochorením (1).

Smrť je neoddeliteľnou súčasťou života napriek pokrokom v medicíne. Ak lekár pristupuje k pacientovi v klinickej situácii konca života v tejto paradigme a prispôsobí medicínske rozhodnutia tejto paradigme, pacientovi sa odstráni zbytočné utrpenie (4). Smrť sa stále považuje za negatívum a termín „dobrá smrť“ sa zdá nevysloviteľná. Avšak termínom dobrá smrť označujeme zomieranie bez zbytočného utrpenia. Pri zomieraní vždy bude utrpenie vnímané, pretože je v ňom konotácia straty a bolesti. Minimalizovať a odstrániť fyzické utrpenie na konci života je cieľom paliatívnej medicíny. Je potrebné sa zamerať na odstránenie ťažkých fyzických symptómov (bolesť, protrahované vracanie s aspiráciou z vyčerpanosti, opuchy, zmätenosť, krvácanie, dýchavicu, slabosť a podobne) zručnosťami najmä internej medicíny. Ak lekár odstráni/minimalizuje fyzické utrpenie na konci života, pacient bude riešiť aj ďalšie aspekty svojho stavu – psychosociálne problémy s pocitom straty ľudskej dôstojnosti, smútok zo straty života, z utrpenia blízkych, bude riešiť spirituálne otázky na konci života, existencionalne otázky zmyslu života a zmyslu zomierania a podobne. Tieto otázky vstupujú do klinickej situácie „koniec života“ spolu s fyzickým utrpením, ale ak sa fyzické utrpenie neodstráni/

neminimalizuje, nie je možné ich prakticky otvárať a riešiť. Pacient s dýchavicou a/alebo s bolesťami, ktoré neodstránime medikamentózne, nebude mať priestor na riešenie svojej osamelosti, spirituálneho zúfalstva a pocitu straty ľudskej dôstojnosti.

Vypuklým sa problém ne/naplnenia spirituálnych potrieb stane v situácii, keď je referovaný do paliatívnej starostlivosti. Už spomenuté – spiritualita v pozitívnom alebo negatívnom zmysle bude ovplyvňovať niektoré rozhodovania. Lekár by nemal byť ten, ktorý bude dávať pozitívnu alebo negatívnu konotáciu pacientovým rozhodnutiam v komunikácii. Ak ponecháme pacientovi priestor určiť, čo je pozitívne a negatívne, bude zachovaná jeho autonómia, čo významne ovplyvňuje jeho pocit dôstojnosti. Paliatívna starostlivosť o pacientov by mala mať praktický rozmer vnímania spirituality v tom, že do paliatívneho multidisciplinárneho tímu by mal patriť profesionálny duchovný. V zahraničí je to dokonca duchovný so špecializáciou (5).

Pri plánovaní liečebného postupu u pacientov s nevyliciteľným nádorovým ochorením by zhodnotenie pacientových spirituálnych potrieb malo vyústiť do referovania dostupnej spirituálnej starostlivosti. Tu musíme byť reálni. Špecializovaná spirituálna starostlivosť pre pacientov s nevyliciteľným ochorením je na Slovensku prakticky dostupná len u malého počtu pacientov.

### Má vôbec preto zmysel hodnotiť spirituálne potreby?

Hranica medzi spirituálnym, existenciálnym a psychosociálnym distresom nie je vždy jasná. Momentálnym riešením v našich podmienkach je multiprofesi-

*Je ťažké dať zmysel dňom, o ktorých vieme, že budú krátke. Je ľahšie dať zmysel dlhším dňom? Nie sú dlhšie a kratšie dni.*

*Nie je len pocit ohraničenosti, ktorý nám zdravým dovoľuje neriešiť.*

*Výzvou je nachádzať zmysel bez pocitu ohraničenosti.*

*Výzvou je dávať zmysel, nie ho nachádzať.*

onálny prístup. Paliatívny multidisciplinárny tím (lekár, sestry, sociálna sestra, psychológ) vedia lepšie odpovedať na mnohdimenzionálne potreby pacientov – spirituálne, náboženské, existenciálne, psychické, psychosociálne a sociálne. Vnímanie týchto komponent starostlivosti členmi tímu umožňuje zhodnotiť schopnosti pacienta zvládnuť rôzne aspekty utrpenia v jeho chorobe. Efektívna starostlivosť vyžaduje od personálu otvorené úsilie bez predsudkov tak, aby si pacient vytvoril sám koncept a v rámci choroby nebol nútený prijať náš koncept spirituálnej pomoci. Aby spirituálnu pomoc mohol dostať bez narušenia dôstojnosti a autonómie, ktorej pocit a vnímanie samotná nevyliciteľná choroba významne narúša. Efektívna starostlivosť zahŕňa prelínanie domén v spirituálnom distrese, a tak napríklad pacient, ktorý má závažnú bilančnú depresiu, môže profitovať zo psychiatrickej aj spirituálnej aj psychologickojej pomoci.

V klinickej situácii na konci života je cieľom profesionálnej pomoci aj to, aby mal zomierajúci pacient a jeho blízki pocit zmyslu. Zmysel by mal však vždy byť definovaný pacientom, nie profesionálmi, ktorí sa starajú. Tak sa stane rešpektujúce naplnenie spirituálnej potreby prostriedkom na rozšírenie autonómie pacienta tam, kde je obmedzovaný fyzicky. Rešpektujúce prostredie s možnosťou robiť rozhodnutia podľa svojho spirituálneho konceptu pacientovu stále obmedzujúcu sa autonómiu zmysluplne rozširujú.

### Literatúra

1. Puchalski KM, et al. Overview of spirituality in palliative care [online]. Available from: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com). Literature review current through Feb 2019 this topic last updated. Nov 02 2018. Accessed Mar 30 2019.
2. Nelson R. New tool for spiritual well-being in palliative cancer care [online]. Available from: <https://www.medscape.com/viewarticle/884398>. CE Released 11/3/2017. Accessed 30/3/2019.
3. NCCN 2019. NCCN Guidelines® Palliative Care, Version 2.2019 – February 8, 2019. Available from: [www.nccn.org](http://www.nccn.org). Accessed Mar 30 2019.
4. Križanová K. Paliatívna medicína. Paliat. med. liec. boles., 2008;1(1):6-7.
5. Jeuland J, et al. Chaplains working in palliative care: who they are and what they do. J Palliat Med. 2017;20(5):502-508.

Článok je prevzatý z:  
Onkológia (Bratisl.), 2019;14(3):205-207

**MUDr. Andrea Škripeková, PhD.**  
NOÚ A SZU  
Klenová 1, 833 10 Bratislava  
[andrea.skripekova@nou.sk](mailto:andrea.skripekova@nou.sk)





# Spiritualita v kontexte deontológie a lekárskej etiky

ThLic. Róbert Bezák

Bilingválne gymnázium C. S. Lewisa, Bratislava

Deontológia opisuje povinnosti lekára a zdravotníckeho personálu voči pacientom, kolegom a voči verejnosti. Skúma povinnosť, morálnu požiadavku, normu, to, čo sa má vykonať. Môžeme hovoriť o deontológii aj ako o doktríne o partikulárnych povinnostiach lekárskeho povolania, preto je súčasťou lekárskej etiky a určuje rozsah morálneho konania, ktorý má zdravotnícky personál na každej úrovni pomoci pacientovi rešpektovať. Lekárska etika má v zdravotníckych pomáhajúcich profesiách, medzi ktoré patrí liečebná pedagogika, psychológia, sociálna práca, ošetrovateľstvo, svoje zásadné miesto. Preto má v prvom rade zdravotnícka etika svoje vlastné normy a princípy, ktoré je potrebné v týchto profesiách poznať a dodržiavať. Normy a princípy sú stanovené tak, aby postihovali tie podstatné položky, ktoré sa týkajú bežnej praxe. Sú to princípy beneficencie, non-maleficiencie, justície, autonómie.

**Princíp beneficencie** sa uplatňuje nielen na individuálny život človeka, ale aj na celú spoločnosť. Zásadne sa týka ochrany života, prevencie zdravia, liečby a zlepšovania kvality života. K princípu beneficencie patrí úľava od utrpenia a bolesti.

**Non-maleficiencia** sa uplatňuje tak, že sa pri liečbe nevytvárajú či sa obmedzujú riziká. Minimalizovaním možných rizík sa teda sleduje neuškodiť ľudskej bytosti zo psychickej, sociálno-kultúrnej a spirituálnej stránky. Treba si však pritom uvedomiť, že medicínsky výkon vždy v sebe nesie aj určité riziká.

**Spravodlivosť** je určená dôležitosťou samotnej jedinečnosti každej ľudskej bytosti – bez rozdielu rasy, pohlavia, sexuálnej orientácie. Spravodlivosť je založená na rovnosti ľudí a nehľadí na známosti, finálne dary či možné benefity pre medicínsky personál. Má byť dostupná a systémovo rozvrstvená vzhľadom na ekonomické a spoločenské zdroje a možnosti v systéme zdravotníckej starostlivosti.

**Princíp autonómie** v sebe zahŕňa informované slobodné vôľové rozhodnutie pacienta, prípadne jeho zástupcov. Umožňuje voľbu, nezávislosť, svojbytnosť a sebaurčenie. Pacient je súčasťou rozhodovacích procesov, aby následne mohol byť zodpovedne vyslovený buď informovaný súhlas, alebo odmietnutie liečby.

V **holistickom** ponímaní starostlivosti je potrebné **spájať všetky tieto princípy**, čo však mnohokrát nevytyčujú ani právne normy. Tým sa dosahuje nielen ochrana človeka so zdravotným

postihnutím, zdravotným oslabením či chorého, ale aj určitá právna ochrana pracovníka v pomáhajúcich profesiách. Vo všeobecnosti povedané, právo a morálka sa spájajú a tvoria jeden celok.

## Ciele medicínskej etiky

Jedným z hlavných cieľov etiky je nájsť racionálne základy na podporu morálnych súdov, noriem, pravidiel a špecifikovať ich. Etika svojimi filozofickými metódami skúmania ľudského konania, analýzou javov ľudskej psychiky a teoretickým usudzovaním o ich hodnote vo svete a vo svetle základných metafyzických princípov smeruje svojou povahou k zásadnému problému existencie dobra a zla a ich ontologickej podstaty, postupne aj k formálnemu základu recipročných vzťahov medzi šťastím a mravnými činnosťami, medzi povinnosťou a spokojnosťou, a potom aj istého náčrtu smerovania k finálnemu cieľu ľudského života. Aj medicínska etika je vo svojej podstate súborom zásad ľudského správania, pričom na správne rozhodnutie človek potrebuje patričné poznanie a osvojenie si morálnych zásad. **Základom každej etiky však má byť slobodná vôľa človeka a jeho svedomie – teda jeho „vnútorný hlas“.**

## Charakterové vlastnosti a osobnostné etické postoje v zdravotníctve

Liečební pedagógovia, lekári či iní zdravotnícki pracovníci sa vo svojej profesionálnej činnosti neriadia len právnymi, ale aj etickými normami. Tieto zaväzujú všetkých pracovníkov v zdravotníckych

profesiách k mnohým právne nesankcionalizovaným morálnym povinnostiam a k zaujatiu postojov k novým, ešte neriešeným etickým problémom. Medzi **etické princípy** určujúce osobu patria charakterové vlastnosti, ako sú ľudskosť, múdrosť, obetavosť, zodpovednosť a česťnosť, zmysel pre ochranu práv pacienta, lásku, dobrosrdečnosť a empatiu k ľuďom so zdravotným oslabením či chorým. Cieľom modernej etiky v pomáhajúcich profesiách je výchova k zodpovednosti, ľudskosti a múdrosti. Rozvoj a intenzívny pokrok v medicínskych vedách zákonite prináša do zdravotníctva nové etické problémy, ale **základným princípom stále zostáva prospešnosť pre ľudí, ktorí bojujú o svoje zdravie. Každý liečebný úkon, i s využitím najmodernejších technológií, musí mať vo svojej podstate na zreteli pomoc, zlepšenie či pozdvihnutie človeka.** Preto, ak by sa v nejakom bode spreneverila liečebno-pedagogická, medicínska, ošetrovateľská či iná starostlivosť tomuto charakteru, už nie je možné hovoriť o fundamentálne ľudskom charaktere zdravotníctva, ale iba o nehumánnom a bezprávnom experimentovaní s človekom.

## Dôležitosť spravodlivosti

Ako bolo spomenuté v princípe spravodlivosti, je zjavné, že ekonomický zisk, ktorý generuje výkon patričného počtu liečebných procedúr a ktoré sú nevyhnutnou súčasťou zdravotníckych procesov, môže viesť lekára do pokušenia namiesto záujmov pacienta posunúť na prvé miesto finančný záujem.

Je potrebné zdôrazniť, že lekár má starostlivo zvažovať a vyhýbať sa, čo i len zdaniu neprofesionálneho finančného obohacovania. Ak by sa nechal vtiahnuť do podobných aktivít neprofesionálnych podnikateľských záujmov, púšťa sa na cestu, ktorá sa otvára pre nespravodlivosť a zlo, a to tak vzhľadom na individuálneho pacienta, ako i vzhľadom na všeobecné dobro spoločnosti. Preto tí, ktorí pracujú v zdravotníctve, majú mať vysokú profesionálnu kompetentnosť, zmysel pre zdravie spoločnosti a vnútorné zameralie súvisiace so spoločenským správaním, ako sú poctivosť, čestnosť, zmysel pre spravodlivosť, úprimnosť, zdvorilosť a morálnu odvahu, ktoré patria k podstate ľudského života.

Liečebná pedagogika, ošetrovatelstvo, medicína, a teda i terapia nie sú hodnotami samy osebe, ktorým musí byť všetko ostatné podriadené. **Na najvyššom stupni v postupnosti hodnôt je osobné právo jednotlivého, individuálneho človeka na fyzický a spirituálny život, na osobnú integritu, tak psychickú, ako i funkčnú.** Osoba je vskutku mierou a kritériom dobra a viny v každom ľudskom prejave. Zvlášť taký vedecký odbor, akým je ošetrovatelstvo, medicína, sa preto nepohybuje v akomsi neutrálnom morálnom priestore. Etická norma založená na rešpekte ľudskej dôstojnosti má prenikať fázou diagnostiky choroby pacienta aj uplatnenie výsledkov, ktoré boli dosiahnuté. Celý systém v oblasti pomáhajúcich profesií, predovšetkým však zdravotnícky, vzhľadom na poznanie diagnózy i terapie, musí byť nepochybne orientovaný a zameraný na ľudskú osobu ako svoj stredobod, keď **hodnota ľudskej osoby prevyšuje každú inú hodnotu.** Choroba, aj keď zasiahne ľudské orgány a tkanivá, či dokonca základnú vyváženosť človeka, nemôže znemožniť to, čo je ľudsky špecifické. A tým sa predovšetkým myslí na pacientove psychosociálne a spirituálne kvality, tie, ktoré sa týkajú iba človeka samotného, teda jeho inteligencie, citového života, dobroty, ovládanie inštinktov, schopnosti určiť si život a ideály a jeho osobného presvedčenia. Každý pracovník v zdravotníckych profesiách stretáva klienta či pacienta, ktorý je v prvom rade človekom, až potom je jeho ochorenie. Pracovníci celého tímu

musia brať človeka s ochorením alebo zomierajúceho človeka ako plnohodnotnú osobnosť a správať sa k nemu primerane zásadným a bezprostredným spôsobom. To je dané práve tým, že klient, chorý, sa odovzdáva, a to i úplne, do rúk zdravotníckeho profesionála. S dôverou odovzdáva to, čo je pre neho jednou z najvyšších ľudských hodnôt, a to svoj vlastný život. V tíme zdravotníckych profesií sú mnohí odborníci z rôznych odborov a každý z nich by mal ovládať zásady správnej komunikácie a zásady pri podávaní informácií pacientovi a iným ľuďom.

### Dôstojnosť pacienta

Pacient môže byť v situácii, keď nechápe alebo nevie zhodnotiť to, čo sa týka rizík jeho zdravotného stavu. V takomto prípade je vhodné sa obrátiť na tých, ktorí už dlhší čas poznajú osobu pacienta alebo ho môžu nejakým spôsobom reprezentovať na základe poznania z minulosti alebo poznajú jeho víziu o chorobe, jeho požiadavky a jeho vôľu. Znakom zrelosti pracovníkov v zdravotníctve je vytvárať vhodné zázemie, čo znamená, že ľudia, ktorí sú odkázaní na pomoc, majú v blízkosti osoby, ktoré stoja za nimi, o ktorých je možné sa oprieť, ktorí sú schopní poskytnúť mu v prípade potreby patričnú ochranu, podporu, vytvárajú akúsi „záchrannú sieť“. Patria k nim rodinní príslušníci, spolupracovníci, priatelia blízki ich srdcu, s ktorými je možné bez obáv hovoriť, že to, čo je povedané, nie je nijakým spôsobom zneužitú. **Jednou z najväčších a zásadných povinností zdravotníckeho personálu, obzvlášť lekárov, je povinnosť zachovávať lekárske tajomstvo, čo znamená súčasne, že lekár má patričný rešpekt voči dôvere, ktorú mu preukazuje jeho pacient.** Koniec koncov tento etický rešpekt je obsiahnutý v známej Hypokratovej prisaha, ktorá jasne vyjadruje zásadnú a serióznu povinnosť, platnú v celej medicínskej histórii. Lekár nesmie vyjašiť dôverné informácie, s ktorými sa mu zverí pacient v priebehu liečebného procesu či prípadne zdravotné problémy, ktoré by poškodili charakter pacienta, výnimočne iba v prípade, keď je to nevyhnutné pre ochranu zdravotného stavu iného človeka, prípadne spoločnosti. Doktor má rešpektovať práva pacienta, no súčasne aj svojich kolegov a zdravot-

níckeho pomocného personálu, a to tak, ako mu to aj pri zachovaní dôvernosti voči chorému určuje zákon. Informácie, ku ktorým sa počas vyšetrení a rozhovorov s pacientom dostane, sú dôverné, a to v najvyššej možnej miere. Pacient by sa mal cítiť slobodný vyjadriť lekárovi svoj stav, aby tak pomohol účinnej liečbe. Táto otvorenosť pacienta vychádza z jeho osobného presvedčenia, že lekár rešpektuje jeho, pacientovu, dôvernú komunikáciu. Lekár by teda nemal zverejňovať dôverné informácie bez toho, žeby k tomu nedal pacient výslovne súhlas, s výnimkou, keď to lekárovi ukladá zákon. Niet pochýb pri lekárskej profesii, ktorá je určená pre všeobecné dobro, alebo fakte, že ľudia pri vyšetrení niekedy povedia svoje osobné tajnosti a že tieto veľmi osobné vyjadrenia musia zostať utajené. Je ich potrebné poznať práve a len preto, aby lekár profesne správne splnil svoju úlohu a ľudia mali k nemu prístup bez obáv slobodne a ľahko.

### Správna a zodpovedná informovanosť

**Keď lekár začína praktizovať medicínu, v tej chvíli uzatvára implicitnú zmluvu s každým zo svojich pacientov, ktorí k nemu prichádzajú, práve preto, aby im poskytol svoje profesionálne medicínske schopnosti.** Preto akékoľvek tajomstvo, vyplývajúce zo vzťahu lekár-pacient musí zostať neporušené a môže byť použité iba natoľko, ako je to nevyhnutné na dosiahnutie cieľa, pre ktorý sa pacient obrátil na lekára. Tajomstvo je vlastníctvom pacienta, a keď ho aj zjaví lekárovi, tak sa ho nezrieka a nestáva sa verejným. Tým, že sa vytvorí implicitný profesionálny vzťah medzi lekárom a pacientom, sa zároveň aj ohraničuje vedomosť tajomstva na tento priestor a len a len v tomto priestore je možné jeho užitie. Povinnosť zachovať lekárske tajomstvo je založená na fakte, že je zásadne nevyhnutné pre všeobecné dobro, aby sa ľudia nebáli vyhľadať lekársku pomoc, pretože by mali strach, že ich zdravotný stav a prípadne ich problémy budú vyzradené. Musíme však spomenúť aj prípady, keď určité okolnosti, z prirodzenosti vecí, umožňujú aj tretím osobám vstúpiť do zdravotných dôverných situácií, nie preto, že ich to zaujíma, ale preto, že takisto patria ku klientovi. Tieto

tretie osoby majú právo poznať stav pacienta, či už úplne alebo z nejakej časti, aj keď by informácia podliehala lekárskemu tajomstvu. Na prvom mieste sú to pri deťoch, samozrejme, ich rodičia, ktorí majú právo na profesionálnu informáciu o svojom dieťati. Veď je to práve lekár, ktorý v tej chvíli pomáha uskutočňovať povinnosť rodičov, postarať sa o dieťa. Ale informovať blízkych či zákonne určených platí aj pre prípad, keď pacient nedosiahol užívanie rozumu. To platí aj vtedy, keď stupeň porušenia zdravotného stavu pacienta je taký značný, že nemocný nemôže užívať rozum. A môže to byť i sám pacient, ktorý dá zvolenie informovať o svojom zdravotnom stave určeným osobám, prípadne je to určené legislatívou.

### Kritický stav pacienta

Je otázka aj o tom, do akej miery je lekár povinný informovať osobne pacienta v kritickom stave, že jeho život sa končí. V niektorých prípadoch je pacient a jeho príbuzní postupne pripravovaný na konečné štádium jeho ochorenia, a tak sa mu umožní rozpoznať ešte zostávajúci čas. V iných prípadoch lekár diagnostikuje pacientovi fatálne ochorenie, ktorá môže trvať ešte mnoho mesiacov a vníma, že vyslovenie prognózy ochorenia by pacientovi omnoho viac ublížilo, ako ho povzbudilo. Samozrejme, že poznať okolnosti a vysloviť prognózu choroby, ktorá je terminálna a smeruje ku koncu ľudského života, vyžaduje zo strany lekára veľkú citlivosť, správne načasovanie i ohľaduplnú múdrosť.

Stane sa, že postupne sa stav pacienta dostane do bodu, keď doktor vníma, že by bolo správne a pre duchovné i fyzické dobro pacienta vhodné ponúknuť mu pravdivú informáciu o jeho prognóze, a to či už výslovne alebo implicitne s predpokladmi, ktoré môže očakávať. Vhodnosť takého postupu môže byť vskutku serióznou, a to zvlášť, keď pacient môže následne utrpieť vo svojich očakávaniach tak psychicky, ako i materiálne, ak nebude pravdivo informovaný. Keď lekár nastavuje liečbu, má prijateľne informovať pacienta o jeho diagnóze, postupoch, účelnosti lečebných procedúr, ktoré predpíše a ktoré bude pacient absolvovať. Každý má dostať možnosť, či až právo pripraviť sa na smrť. Zomierajúci

pacient sa tak môže pripraviť na svoju smrť vzhľadom na svoje duchovné a aj časné záujmy. Je povinnosťou lekára oboznámiť pacienta s jeho kritickým stavom alebo s tým oboznámi iné zodpovedné osoby, napríklad blízkych príbuzných pacienta.

### Dôstojnosť človeka až po smrť

Dnes chcú byť ľudia mladí a krásni, smrť je však prirodzená, patrí k nám, nik sa jej nevyhne. Keď človek zomiera, odchádza do ústrania. Zomierajúci ľudia začínajú byť akoby neviditeľní. Smrť sa stáva tabu, neprirodzene sa vytráca z bežného života. Nezomiera sa doma, ale v nemocniciach, lebo je snaha ľuďom do posledného momentu pomôcť, zachrániť ich pred smrťou. Smrť sa deje mimo rodiny. Je tvrdo vyselektovaná zo života. Nie je to téma, ktorou by sa dnešný svet chcel zaoberať, najmä keď žijeme v čase, ktorý je orientovaný na úspech. Mladí, vysmiati, vyšportovaní a úspešní ľudia o smrti nehovoria. Smrť vyrušuje, rozbíja a nabúrava súčasné hodnoty. Ľudia, ktorí sú vo vysokom veku, majú zväčša psychiatrické problémy ako Alzheimerova choroba či iný typ demencie, vďaka čomu majú zmenené vnímanie okolia. Ľudia s demenciou majú narušenú pamäť, fungujú v akomsi spomienkovom režime, žijú iné reality. Sú dezorientovaní v čase a mnohokrát aj v priestore. V dôsledku ochorenia, demencie sa v takto chorom človeku otvárajú traumatické zážitky z minulosti. Sú ľudia, ktorí už nemajú verbálnu stránku, stráca sa im reč. Ochorenie mnohokrát mení črty osobnosti, introverti sa stávajú extroverti, milí a príjemní ľudia sa stávajú, naopak, agresívni. Niektorí sú sympatickejší, niektorí menej. Kde je už hranica, pri ktorej je možné ešte klientom vyhovieť a prevziať úlohu, ktorú pacient kladie na personál? Nie je presne vymedzená a určená, faktom však ostáva, že aby mohol ktorýkoľvek člen personálu efektívne pracovať, musí to byť komfortné najmä pre neho. To, až kam chce či vie zájsť, si musí stanoviť sám. Určité mantinely dané sú, na druhej strane je na každom členovi zdravotníckeho personálu, ako sa so situáciou vyrovná, aby klientovi, pacientovi v čo najväčšej miere pomohol a zároveň seba zachoval komfortnú zónu. Ak prichádza smrť, je to ukončený proces. Bolo urobené, čo sa dalo urobiť. Ako treba vedieť dobre žiť, treba

vedieť aj dobre umrieť. Pre niekoho je smrť koniec, rozpad na atómy, pre iného je smrť bránou do večnosti. Choroba i smrť patria k životu a v nemocnici sa im jednoducho nie je možné vyhnúť. Okrem toho, že sa chorý v nemocnici často cíti len ako objekt vyšetrení, laboratórnych testov a chladnej medicínskej starostlivosti, neraz je aj obeťou návštev, rád, otázok. Chcú pacienta ako odvážneho, pevného a dostatočne silného na to, aby svoje utrpenie niesol statočne a bez väčšej emócie. Príbuznému, ktorý má vážnu chorobu, je dlhodobo hospitalizovaný, alebo dokonca umiera, je nezmyselné vtlačať vlastné predstavy a vôľu. Ak teda pritom prejaví nevôľu alebo podráždenosť, netreba to hneď chápať ako signál na odchod. Podráždenosť je súčasne aj určitý typ podnetu na komunikáciu. Pomôže to pochopiť, čo pacienta znervóznilo, čo ho zneistilo. Nie je dôležité práve to, čo sa pacientovi povie, ale hlavne, ako sa mu to povie. A možno vyjde najačo, že ani tak netuží po radách, ako iba po blízkosti a sprevádzaní. Jeho pozitívne pocity sú veľmi dôležité a nemalo ovplyvňujú aj samotné hojenie rán. Láska sa prejavuje v blízkosti, ale láska sa prejavuje aj tým, že od pacienta sa zachováva citlivý odstup. Aj on potrebuje trochu samoty a súkromia a potrebuje byť so svojimi myšlienkami aj chvíľu sám, lebo to je jeho choroba a jeho umieranie. Je to jeho unikátne prežívanie a nemá zmysel do neho vstupovať s prázdnyimi a trápnyimi radami. Prijatie prirodzenej reality je najlepšia cesta. Akúkoľvek teatralnosť chorý totiž vycíti ešte aj na pokraji kómy. A mlčanie môže byť aj tou „zlatou cestou“.

### Deontológia a lekárska etika vo vzťahu k spiritualite

Spiritualitou môžeme nazvať takú osobnú realitu človeka, pri ktorej si uvedomuje širší rozmer svojho života, zhodnocuje, aká je jeho momentálna situácia a je cestou, ktorú môže nasmerovať k prekročeniu svojho bytia, k transcencii. Pod spiritualitou teda rozumieme hľadanie vnútorného, duchovného zmyslu života, úsilie o vyrovnanie sa so sebou samým, s vlastnou existenciou, s druhými, so spoločnosťou a so svetom. Spiritualita je dôležitou súčasťou človeka, je jeho životným kompasom. Dôležitosť správne žitej spirituality vyžaduje rozvíjať jej rôzne



formy prostredníctvom skúseností, zvlášť tých, ktoré už majú v zdravotníckom prostredí svoje nespochybniteľné a zásadné miesto. Je zrejmé, že priestor zdravotníckych zariadení je jedinečným miestom, kde človek môže a má budovať svoju osobnosť, keďže sa stretáva s ľudskými osudmi na tej najzásadnejšej a najvlastnejšej úrovni života, a to záchrany zdravia, poskytovanej pomoci, nevyliciteľných ochorení, bolestí, ale i konca života, prípravy na smrť a samotnej smrti.

Psychológovia sa zmieňujú o potrebe zmyslu života a upozorňujú, že okrem sebazáchovy, potreby uchovania rodu a potreby slobody, to bola práve potreba zmyslu života, ktorá nachádzala svoje vyjadrenie v boji za idey a ideály. Ľudská bytosť je rozumná a slobodná osoba, svojprávná singulárna substancia, ktorá má schopnosť a spôsobilosť autonómne a autodirektívne rozhodovať o svojom konaní. Aj každá aktivita človeka je nasmerovaná buď bezprostredne na blízky a konkrétny čiastkový cieľ, alebo priamo na posledný cieľ, do ktorého sa nepriamo, ale súčasne nutne zbiehajú všetky čiastkové ciele.

### Spiritualita a jej dôležitosť pre zdravie človeka

Spiritualita sa usiluje o to, aby nasmerovávala človeka k vyššej hodnote vlastného života, preto možno priradiť **spiritualitu k antropologickým konštantám**, takpovediac k základnému genetickému vybaveniu človeka. Spiritualita je meniaci sa a vyvíjajúci sa systém, ktorý nie je možné merať exaktne, preto ani nie je jednoduché spiritualitu priamo definovať. Človek ako jediné bytie zo všetkých bytí existujúcich v hmotnom svete prekonáva dôsledkami svojich činov hranice časnosti trvania a tvorí nimi svoju „večnosť“. Život človeka v sebe ukrýva potenciálny zmysel za všetkých okolností, aj tých najmizernejších. Môžeme povedať, že ak sám život má zmysel, má zmysel aj bolesť a smrť. No toto poznanie nie je všeobecne uchopiteľné a navonok vysvetliteľné, naopak, je spojené s každou osobou jednotlivo a jedinečne. Môžeme parafrázovať, že, „keď dvaja robia to isté...“ – teda keď dvaja prežívajú to isté, nie je to pre oboch to isté... Náboženstvá, ktoré sa venujú ľudskej spiritualite, zo svojej pod-

staty majú odpovedať na otázky o pôvode a zmysle života, určujú, čo je dobré a čo zlé, počítajú s ľudským strachom pred neznámym, všimajú si potrebu človeka milovať a byť milovaný, odpovedajú na túžbu ľudí po dobre, na ich sny o pokoji, radošti a harmónii, na ich občasnú potrebu útechy a chuť ďakovať za krásy sveta.

### Dôstojnosť človeka a právo na beneficienciu – starostlivosť o zdravie

Osobná dôstojnosť je najcennejšie bohatstvo každého človeka. Hodnota človeka by sa nemala merať tým, čo má, ale čím je on sám. Dôstojnosť je pojem, ktorý vyjadruje predstavy o hodnote každého človeka ako slobodnej, svojprávnej a autonómnej ľudskej bytosti. Ľudská sloboda aj smerovanie svedomia musia byť späté s láskou. Láska má prechádzať celou starostlivosťou o osoby, ktoré vyžadujú osobitnú starostlivosť, teda aj celým liečebno-pedagogickým procesom, ktorý vo svojej starostlivosti chápe človeka z celého, holistického hľadiska, preto v žiadnom prípade nesmie byť v tomto procese zabudnutá spiritualita osôb, ktoré prijímajú pozornosť a starostlivosť podporných osôb, odborníkov, prípadne i dobrovoľníkov. Láska je nenahraditeľným fenoménom starostlivosti, ktorý vychováva a vytvára ľudskú osobnosť. Úlohou výchovy je vzdelávať človeka v láske a pre lásku. Takto vie prejavíť bratstvo, humánnosť, solidárnosť. Každý má určité očakávania od iných ľudí. Ľudia v prípade ochorenia od nepamäti vyhľadávali pomoc liečiteľov, bylinkárov, mastičkárov, lekárov, aby im pomohli zbaviť sa ťažkostí spojených s chorobou. Choroby boli a sú súčasťou života človeka a nikto sa im nedokáže vyhnúť. Bolesť upozorní človeka na to, že sa s ním niečo deje a je jedným z prvých príznakov, kedy vyhľadáva pomoc iných ľudí. Medicínska a ošetrovateľská starostlivosť zohráva v živote chorého človeka veľmi dôležitú úlohu. Podľa definície zdravie je potrebné chápať ako stav úplnej fyzickej, psychickej a sociálnej pohody, a nie iba ako neprítomnosť ochorenia alebo poruchy telesnej funkcie. Filozofia zdravia závisí od postoja jednotlivca k životu, od aktívneho prístupu jednotlivca k vlastnej kvalite života a od vlastnej zodpovednosti

za svoje zdravie. Postoj človeka k zdraviu sa líši u každého človeka ako individuality, a závisí od spôsobu jeho myslenia, konania, správania, od hierarchie jeho potrieb a ich uspokojovania. Postoj jednotlivca k zdraviu závisí aj od veku, od pohlavia, od výchovy a vzdelania. V záujme zachovania zdravia je potrebné, aby sa človek snažil žiť v súlade so svojím duchovným princípom. Choroba môže a často aj vzniká ako dôsledok, keď sa dotýčaný človek upúta, či dokonca priľne na svoje problémy a odpúta sa od duchovného princípu, čo môže viesť často k nejakej hmotnej závislosti – kariére, peniazom, alkoholu, televízoru, internetu. Vtedy platí – kde má človek svoje srdce, tam má aj svoju dušu, myslenie, životné smerovanie. Keď teda dôjde k strate, následne dochádza aj k stresu a k osobnostnej kríze. Dotknutá osoba sa snaží problémy riešiť, vyhľadáva pomoc v liekoch na upokojenie, na spanie, v návykových látkach alebo aj v niečo oveľa závažnejšom. V skutočnosti sa tak problémy neriešia, len odsúvajú do úzadia a v najmenej očakávanej chvíli sa prejaví ako telesné či psychické ochorenie. Keďže sa duševným problémom nevenovala patričná pozornosť, spôsobí telesné zmeny, a tak na seba upozornia. Po chirurgickom alebo inom liečebnom zásahu je na mieste zaoberať sa u ľudí s takýmito ochoreniami aj ich duševnými a duchovnými príčinami. Medicína tieto ochorenia nazýva psychosomatickými alebo aj civilizačnými ochoreniami. Žalúdočné vredy, srdcovocievne ochorenia, infarkty, cievne príhody, cukrovka, ale aj mnohé ďalšie choroby súvisia nielen s vekom, ale najmä so životosprávou a s duševným životom človeka. Ak človek v sebe živí a kumuluje duševné stavy ako hnev, pýchu, sklamanie, ambicióznosť, závisť, egoizmus, zlobu, nenávisť, sklúčenosť i ďalšie negatívne emócie, postihuje a narúša svoje vlastné vnútro. Vonkajšie vplyvy i vnútorný stav organizmu určujú stav pohody a spokojnosti, tým aj pocit a reálnu prítomnosť zdravia. Tieto skutočnosti ovplyvňujú jednotlivé činnosti človeka. Zodpovednosť môže vyvolať pocity obáv, neistoty, napätia i úzkosti, ktoré sa neskôr premietnu do porúch fyziologických funkcií. Zdravie nie je trvalý, nemenný stav. Je to dynamický proces, ktorý vy-



chádza zo sústavného vzájomného pôsobenia organizmu a prostredia.

### Zásadné určenie a nezastupiteľná dôležitosť zdravotníckeho personálu

V tímovej spolupráci rôznych doplňujúcich sa profesií medicíny, liečebnej a špeciálnej pedagogiky ošetrovateľstva, psychológie, sociálnej práce i v duchovnej službe ide o pozitívny prístup k človeku ako individualite. Kvalitná starostlivosť o klientov v zdraví i chorobe musí mať jasnú koncepciu, reálne ciele, musí byť odvodená od potrieb chorého a realizuje sa tímovo. Celý tím odborníkov musí byť dobre pripravený na náročnú, vedecky podloženú starostlivosť, je dobre motivovaný, odborne pripravený, dodržiava profesionálny etický kódex a každý z tímu pozná svoje kompetencie aj hranice svojich kompetencií a rešpektuje kompetencie iného kolegu. Pri stretnutí s iným človekom dochádza k vzájomnej interakcii. Tu platí základná veta z teórie sociálnej komunikácie, že **nie je možné nekomunikovať**. Ak dochádza ku komunikácii, potom dochádza k vzájomnému ovplyvňovaniu. Pohľad do praxe vzájomných ľudských vzťahov nám ukazuje, že tu nejde len o rôznosť uvažovania, ale aj o vyzdvihnutie niektorých komplexnejších sociálno-psychologických faktorov. Situácia v praxi je často o to ťažšia, že v konkrétnych prípadoch nejde len o všeobecnú a konvenčnú interakciu, ale o dvojicu, kde do popredia zároveň vstupujú ďalšie určujúce faktory, ako sú vek, pohlavie, osobnosť, kultúrne, náboženské a rodinné zázemie. Dôležitou súčasťou v sprevádzaní je rozpoznanie fáz, ktorými chorý človek v terminálnom štádiu prechádza v procese prijatia vážneho ochorenia. Podstatným v živote človeka je, že je tu na niečo potrebný, prípadne pre niekoho dôležitý. Každá situácia, okamih môžu mať zmysel, aj keď si ho v danom momente človek plne ešte neuvedomuje, no dospeje k nemu po určitom čase. A to, čo prežíva v prítomnosti ako trápenie, s odstupom času vníma ako dôležité poznanie a skúsenosť. Pre poskytnutie vhodnej liečebno-pedagogickej a zdravotníckej starostlivosti je nevyhnutné v prvom rade dôkladne poznať potreby

človeka s ochorením. Medzi potreby, ktoré je vhodné poznať a zabezpečiť, patria aj spirituálne potreby. Dokonca pre kvalitnú starostlivosť je nevyhnutné identifikovanie spirituálnych potrieb, a pritom je dôležitý individuálny prístup k chorému. Je vhodné rozpoznať, prečo sa správa tak, ako sa správa, aké sú jeho možnosti, jeho názory, hodnoty a čím prechádza vo svojom ochorení a utrpení. Pre starostlivosť aj z liečebno-pedagogického hľadiska je potrebná tímová spolupráca a nadviazanie na prácu iných kolegov, ktorí prichádzajú s chorým do kontaktu od jeho prijatia. Bývajú to lekári a prípadne zdravotné sestry, ktoré sú s nimi najčastejšie. Veľmi pomáha aj vyhodnotenie vstupného skríningu, vyšetrenia, prípadne dotazníka, zrealizovaného pri prijatí pacienta na oddelenie. Sestra ako prvá nadväzuje s pacientom kontakt, ktorý býva rozhodujúci pre otvorenejšiu komunikáciu s ním. Zistené informácie môžu pomôcť sestre alebo liečebnému pedagógovi naplánovať také individuálne uspokojovanie, a to aj spirituálnych potrieb klienta, na ktorých sa následne môže podieľať aj on sám. V zdravotníctve sa spiritualita oddeľuje od poskytovanej starostlivosti, či už ošetrovateľskej alebo medicínskej. Pre väčšinu zdravotníckych pracovníkov je to náročná téma. Vyskytuje sa viac otázok, ktoré sa vynárajú v tejto súvislosti. Medzi základné patria: Sú zdravotnícki pracovníci ochotní sprevádzať chorého, zisťovať a starať sa aj o uspokojovanie jeho spirituálnych potrieb? Majú dostatočný záujem a empatický prístup k pacientovi, ktoré by rešpektovali jeho osobnosť, a týmto spôsobom skvalitnili poskytovanú ošetrovateľskú starostlivosť? Najviac sa pacienti sťažujú na prípadnú aroganciu, neochotu ošetriť pacienta, krik, zosmiešňovanie, necitlivé informovanie o diagnóze, na ignoráciu, absenciu empatie, neodpovedanie nemocní na sťažnosti alebo necitlivé reakcie na ne.

### Profesia zdravotníka ako „povolanie“ – zahŕňajúce medicínu, etiku a spiritualitu

Profesia zdravotníka v sebe obsahuje špecializované vedomosti a zručnosti, ktoré sú potrebné na medicínsku pomoc tým, ktorí ju vyhľadávajú

a potrebujú. Je všeobecným očakávaním celého spoločenstva, že predsa len táto pomoc prvotne nie je zameraná na finančný zisk odborníka, ale na dobro spoločenstva. Tým však spoločenstvo môže obrátene vnímať **lekárske a zdravotnícke povolanie ako povolanie hodné úcty a privilegované spoločnosťou**. Nie je vonkoncom náročné rozpoznať fyzické i psychické zdravie a z toho vyplývajúca pohoda človeka slúžia na spoločné dobro celej ľudskej komunity a súčasne dobro jednotlivého človeka. Ale takisto nie je ťažké vnímať ako tieň nevhodné správanie zdravotníckeho personálu, ktoré môže nahliadať dôveru verejnosti a zároveň dôveryhodnosť profesionálnej pomoci pre tých, ktorí ju potrebujú. V takýchto prípadoch, skôr akoby sa problémy pacientov riešili, sa ešte prehĺbia. Dobro pacienta a súčasne i dobro spoločnosti a jej vnútorná pohoda sú vystavené riziku, keby bola ľahostajnosťou a povrchnosťou zanedbávaná úroveň liečby, zdravotnícka pomoc v ťažkostiach či morálna rovina liečenia. V takýchto prípadoch, ak, žiaľ, nastanú, utrpí aj spoločné dobro a závažné priestupky pri liečení pacientov prispievajú následne aj k morálnemu úpadku spoločnosti.

### Záver

Lekárska etika, deontológia a spiritualita sa nemôžu izolovať od praktického denného života v ktorom sa odohráva zápas o zásadné určenie človeka, nemôžu sa uzavrieť do opisovania liečebných postupov či mravných poučiek alebo zvyklostí alebo do abstraktného teoretizovania a prakticky vykonaného výkonu, ale musia, cez jej vysluhovateľa, aktívne zasahovať do humánnej konkretizácie v živote jednotlivého človeka, vyhľadávajúceho pomoc, a teda aj do života celej spoločnosti, a to pre jej dobro. **Nie bez príčiny sa zdravotnícka profesia nepokladá za klasické zamestnanie, ktorým si človek zarába na „každodenný chlieb“, ale v prvom rade je to povolanie. Lebo jej cieľom je práve a jedine človek a jeho dobro!**

Článok je prevzatý z:

Onkológia (Bratisl.), 2019;14(6):445-449

ThLic. Róbert Bezák

Bilingválne gymnázium C. S. Lewisa  
Haanova 28, 851 04 Bratislava

# Duchovné potreby chorých a pastoračné sprevádzanie – história

**Br. Mgr. Peter Tomša, OFMCap**

Bratislavská arcidiecéza

**Predmetom článku je prehľad možností pastorácie – duchovnej starostlivosti o ťažko chorých a zomierajúcich ľudí, ich vyrovnanie sa so skutočnosťou vlastného zomierania a blízkej smrti, poukázanie na dôležitosť naplnenia duchovných potrieb pacientov, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou procesu ich vnútorného zmierenia.**

**Kľúčové slová:** pastorácia, duchovné potreby, pacient

## Spiritual needs of the sick people and pastoral accompaniment – history

**The subject of the article is an overview of the possibilities of pastoral care - spiritual care for severely sick and dying people, their facing with the reality of their own dying and near death. It emphasizes the importance of fulfilling the spiritual needs of patients which is the integral part of the whole healing process.**

**Key words:** pastoration, spiritual needs, patient

### Úvod

Chorý človek je už oddávna stredobodom záujmu medicíny a iných jej blízkych odborov. Veľkú pozornosť mu venuje posvätná teológia, ktorá ho vníma ako hmotne – duchovnú bytosť stvorenú Pánom Bohom a ním povolanú k spásu. Cieľ teológie je teda nadprirodzený a k jeho dosiahnutiu používa nadprirodzené prostriedky, pričom si pomáha aj prirodzenými prostriedkami. Ako toto uskutočňovať, sa zaoberá praktická (pastorálna) teológia, a keďže ide o chorého človeka, pastorálna medicína.

### Dejinná starostlivosť cirkvi o chorých vo svete

V minulosti sa v cirkvi pastorácia chorých rôzne definovala: od stredovekého pojmu starostlivosť o dušu k výrazu pastorácia chorých, cez termín nemocničná pastorácia k súčasnému termínu pastorácia zdravia, kde cirkev vyvíja činnosť zameranú na podporu zdravia jednotlivca a celej spoločnosti. Cirkev sa v pôsobení vo svete inšpiruje svojím Zakladateľom, ktorý mal a má mimoriadny vzťah k chudobným a chorým: uzdravoval ich a týmto im ohlasoval spásu a príchod Božieho kráľovstva (porov. Lk 7,20-22).

Ako príklad služby chorým dáva postavu milosrdného Samaritána (porov. Lk 10,30-37).

### Apoštolská doba

Hoci sa cirkev počas histórie vždy prispôbovala potrebám čias, vždy za svoje najdôležitejšie poslanie pokladala službu chorým. Dosvedčujú to skutky apoštolov, ktoré opisujú veľa uzdravení v prvotnom kresťanskom spoločenstve. V prvých troch storočiach sa starostlivosť o chudobných a chorých prejavovala najmä diakonskou službou. Veľkými postavami v tomto období sú svätý Lukáš a dvojčatá svätí Kozma a Damián, lekári a mučeníci. Neskôr vznikli zariadenia – hospice, ktoré slúžili na prijímanie pútnikov (4).

### Starovek

V 4. storočí, v období mníšstva, mnísi dávajú podnety na telesnú a duchovnú starostlivosť o druhých. Najznámejšími osobnosťami kresťanského staroveku sú dvaja otcovia kresťanského východu – svätý Bazil a svätý Benedikt z Nursie.

Sv. Bazil vybudoval celú sieť pavilónov, ktoré boli určené pre jednotlivé odbory sociálnej a zdravotníckej starostlivosti vrátane oddelenia pre malomocných (práve pre rozdelenie odborov môžeme povedať, že je to prvá nemocnica v dejinách.) Takto vzniklo blízko Cézarey „mesto milosrdenstva“ – Bazileia. Osobne sa staral o trpiacich, bez ohľadu na to, či to boli kresťania, židia alebo pohania.

Sv. Benedikt, otec západného mníšstva, patrón Európy, do svojho rehoľného poriadku zakotvil starostlivosť o chorých ako službu, ktorá má prednosť pred všetkým ostatným, je „ante omnia et super omnia“, dokonca i pred chrámovou bohoslužbou. Zvolil heslo: „Každý, kto príde, je hosť a má byť prijatý ako Kristus!“ Benediktíni vo svojich kláštoroch zriadili tri formy pomoci pútnikom, chorým a chudobným:

1. hospitale pauperum – jednoduché miestnosti, domy alebo útulky pre chudobných pútnikov a pobožných, kde nediferencovali zdravých a chorých. Bola to hostovská izba pre chudobných.
2. domus hospitum = hospitium – dom pre zámožných pútnikov
3. infirmarium = nemocnica (lat. infirmus = chorý, slabý, nesmelý) – obvykle určená pre členov rádu (9).

Realizácia benediktínskych myšlienok sa stala vzorom kláštornej medicíny a tzv. kláštorných nemocníc (napr. na Slovensku postavili kláštor na vrchu Zobor). Inštitúcia hospitale pauperum podnietila vznik HOSPITALU (súčasný slovník cudzích slov uvádza: Hospital je dom pre chorých, zostarnutých ľudí, aj útulok pre pobožných), nemocníc. Z benediktínskeho HOSPITIUM (pohostenie, pohostinnosť, pohostinstvo, prejavy pohostinstva) vznikol HOSPIC.

## Stredovek

Za pontifikátu pápeža Štefana II. (752 – 757) sa začali prebudovávať xenodochia (gr. Xenodochion, xenos = cudziniec, dochion = prijímanie) – útulky pre chorých, putujúcich a cudzincov, ktoré vznikali v 4. – 6. storočí po Kr. na podnet I. Všeobecného koncilu v Nicei (325) na hospitalia = hospitalaria – nemocnice (pre chorých).

V 11., 12. a 13. storočí, v období križiackeho hnutia a výbojov do Svätej zeme, sa inštitúcia hospicu rozšírila aj na vydobyté územia. Hospice plnili nielen funkcie ubytovne s možnosťou občerstvenia, ale ich cieľom bola pohostinnosť v plnom slova zmysle, ochrana, priateľská rada, tlmočnictvo i sprevádzanie po krajine a neskôr aj liečenie chorých, ba zabezpečenie pohrebu kresťanských pútnikov. Prvý hospic pre pútnikov stál neďaleko Baziliky svätého hrobu. Tento sa stal zárodkom hospitalov rádu johanitov (starostlivosti o chorých sa v hospici venovala skupina rytierov na čele s veľmajstrom, ktorá sa riadila regulou svätého Benedikta. Za vzor si zvolila svätého Jána Almužníka). V roku 1119, keď ich regulu schválil pápež Paschal II., oficiálne vznikol Rád rytierov sv. Jána. Ženská vetva rádu – johanitky, sa venovala čisto ošetrovateľskej službe a venuje sa jej doteraz. V roku 1120 v Jeruzaleme vznikol Rád svätého Lazára, ktorý sa v tzv. lazaretoch staral iba o malomocných. Koncom 12. st. v Akko v Jeruzaleme vznikol Rád nemeckých rytierov, ktorý sa venoval opatere chorých a riadil sa predpismi johanitov. Johaniti sa museli vplyvom islamu sťahovať a dostali sa až do Európy. Zakladali ďalšie hospice, neskôr hospitaly, a keďže pútnikov ubúdalo, venovali sa viac opatere chorých a opustených (9).

Od konca 12. a v 13. storočí sa okrem kláštorov a členov rádu viac venovali chorým aj svetské inštitúcie (napr. kniežatstvá, svetské osobnosti – kráľi, princezné, bohatí šľachtici, mešťania). Z nich zvlášť vynikajú sv. Alžbeta Durínska a sv. Anežka Česká.

Sv. Alžbeta Durínska (Bratislavská, Uhorská; 1207 – 1231), po smrti svojho manžela opustila svoje sídlo – hrad Wartburg a začala žobrať a slúžiť chorým a chudobným. Zakladala útulky

pre chudobných, chorých a opustených v Durínsku, ktoré nazývali hospitaly. Nezaložila žiadny rád, dala však príklad mnohým; v jej ušľachtilom diele dodnes pokračujú jej duchovné dcéry, sestry alžbetinky (Rehoľa sv. Alžbety). Približne 100 rokov po jej smrti (1336) mestskí hradní páni v Cáchach založili zariadenie, ktoré nazvali Hospital sv. Alžbety (9).

Sv. Anežka Česká (Přemyslovna; 1208 – 1282) založila laické špitálske bratstvo, z ktorého neskôr vznikol Rytiersky rád križovníkov s červenou hviezdou.

Obe ženy nadviazali na duchovný odkaz svätého Františka z Assisi, ktorý je príkladom lásky k chorým, konkrétne k malomocným (pri stretnutí s ním v ňom spoznal Krista, premohol strach, odpor a hnus, pristúpil k nemu a pobozkal ho). Vydali svedectvo, že láska, ktorá slúži, je nad všetky hodnoty, ktoré ponúka svet a rúca všetky bariéry medzi ľuďmi.

Od 12. do 18. storočia vzdelávanie odborníkov v zdravotníckych službách zabezpečuje scholastické vzdelávanie na univerzitách. Vznikajú rôzne laické bratstvá, ktoré v duchu cirkvi pomáhajú chorým v nemocniciach a v domácnostiach: Bratstvo milosrdenstva, Bratstvo výchovy, Bratstvo pre ochrnutých a pod. (9).

V 15. a 16. storočí (obdobie humanizmu a renesancie) sa rozvíjajú veľké nemocnice, v ktorých sa o chorých staral aj štát. V tomto čase Pán vzbudil veľkých reformátorov: svätého Jána z Boha (1495 – 1550), ktorý v roku 1537 založil Rád milosrdných bratov, a svätého Kamila de Lellis (1550 – 1614), ktorý založil Rád kamiliánov. V nemocniciach, ktoré postavili a spravovali, panovala náboženská atmosféra: prijímanie sviatostí, spoločná modlitba a počúvanie Božieho slova (4).

V 17. storočí vplyvom osvietenstva, ktoré považovalo cirkev za prekážajúcu a nepotrebnú inštitúciu, sa zmenil tento duch nábožnosti. V tomto období na prácu s biednymi, chorými, opustenými sirotami i zomierajúcimi sa orientuje svätý Vincent de Paul (1581 – 1660). Zakladal opatrovateľské domy, chudobince, sirotince, útulky a pod. Pre prácu v týchto inštitúciách založil v roku 1617 prvý laický Spolok sestier kresťanskej lásky a Bratstvá kresťanskej lásky. V roku 1625 založil Misiijnú kongregáciu kňazov a bratov (vincentíni, lazaristi).

V roku 1633 v Paríži spolu s Lujzou de Marillac (1591 – 1660) začal pre charitatívnu prácu organizovať ženy. Založili spoločnosť Dcéer kresťanskej lásky (vincentky, vincentinky). Zriaďovali sirotince, chudobince, pracovali v nemocniciach. Výrazne ovplyvnili a ovplyvňujú zdravotnícku starostlivosť. V roku 1652 založil Richard Chauvenel vo Francúzsku v meste Nancy Rád milosrdných sestier sv. Karola Boromejského (boromejky). Ich hlavným poslaním je práca v nemocniciach, sirotincoch a v charite (9).

## Novovek

V 18. storočí začína v Európe výstavba nemocníc moderného typu (s kapacitou 750 pacientov, 2 000 pacientov a pod.).

V 19. storočí, v roku 1833, Frederik Ozanam (1813 – 1853) založil Konferencie sv. Vincenta, z ktorých vznikol neskôr Spolok sv. Vincenta. Inšpiroval sa charizmou sv. Vincenta de Paul. Laikov, najmä vysokoškolskú mládež, organizoval pre charitatívnu i evanjelizačnú prácu. V roku 1856 kapucín Theodotius Florentini spolu s Teréziou Schererovou v Ingenbohli vo Švajčiarsku založili kongregáciu Milosrdné sestry svätého kríža (9).

Na konci 19. storočia sa z nemocnice stala inštitúcia, v ktorej sa poskytovala starostlivosť najmä nevyliciteľne chorým, starým ľuďom, postihnutým, malomocným a chudobným. Bohatí a mocní sa dávali liečiť doma. Postupne, ako sa medicína rozvíjala, nemocnica sa stala centrom osobitnej starostlivosti pre všetkých chorých, bez rozdielu. V tomto období vynikol otec Damián de Vester, ktorý sa staral o ťažko chorých – malomocných na ostrove Molokai, kam ich miestne orgány sústreďovali z rôznych krajín. Damián je označovaný ako „otec malomocných“, skutočný otec, ktorý obetoval svoj život za tieto „svoje“ deti; nakoniec sám podľahol nákaze. Veľkou postavou je Racul Follerau, ktorý desiatky rokov neúnavne burcoval svedomie sveta na čele s vedúcimi politikmi, aby aspoň časť financií previedli zo zbrojenia a zbytočného blahobytu na pomoc malomocným. V roku 1894 v Budapešti založila Anna Margita Brunnerová Kongregáciu dcér svätého Františka z Assisi. Ich charizmou je starostlivosť o nevyliciteľne chorých v nemocniciach, v súkromných domoch, liečebných a sociálnych ústavoch (9).



V ďalšom období musela cirkev čeliť rôznym vplyvom súvisiacim s vedecko-technickým pokrokom, so sekulárnym a pluralistickým prostredím spoločnosti a so stratou humánneho prístupu v zdravotníckych zariadeniach.

V gréckokatolíckej cirkvi sa chorým venoval Rád sestier svätého Bazila Veľkého (baziliánky). Pracovali v zdravotníctve a školstve. V roku 1892 pri Užhorode z iniciatívy troch ľudí – baziliána Jeremiáša Lomnického, kňaza Cyrila Seleckého a sestry Jozafaty Michajlovny Hordaševskej, vznikla kongregácia gréckokatolíckeho obradu: Sestry služobnice Nepoškvrnenej Panny Márie. Ich cieľom bolo starať sa o chorých, núdznych a opustených (9).

V evanjelickej cirkvi a. v. a v iných reformovaných cirkvách sa charitatívna činnosť označuje termínom diakonia (pomoc, služba chudobným a chorým, ústav poskytujúci takúto pomoc). V diakonii pracujú muži diakoni a ženy diakonky (diakonisy). Diakon v evanjelickej cirkvi je pracovník, ktorý sa stará o sociálne potreby evanjelického cirkevného zboru. Diakonisa je ošetrovatelka chorých a opustených – milosrdná sestra. V 18. storočí pruský barón von Stein založil prvý protestantský útulok, hospic, spravovaný diakonisami. Za zakladateľa, otca diakonís, sa považuje evanjelický teológ Teodor Fliedner (1800 – 1864). Spoluzakladateľmi boli: teológ a kresťansko-sociálny reformátor Ján Henrich Wicher (1808 – 1881) a Viliam Lúhe (1808 – 1872), ktorý sa inšpiroval sociálnou prácou rádov založených sv. Vincentom de Paul. Významnou postavou evanjelickej cirkvi 20. storočia, a to aj v charitatívnom hnutí, je Albert Schweitzer (1875 – 1965). Založil nemocnice pre chorých na lepru

a zomierajúcich v africkom Lambaréne. Jeho najvyšším princípom bolo zachovanie a podpora života (9).

### Súčasnosc

Vplyvom materializmu novovekých prírodných vied sa v posledných desaťročiach 20. storočia začala choroba chápať ako záležitosť iba telesná, ako porucha funkcie niektorého orgánu. Ako taká sa stala predmetom lekárskej vedy, ktorá najmä v minulom storočí bola úzko v podruží prírodovedeckého chápania skutočnosti. Veľký rozmach v medicíne nastal vplyvom mnohých cenných objavov, čím sa stala veľmi efektívnou a tým trochu aj namyslenou. Osudovo podcenila duchovnú a mravnú stránku života. No aj v tomto období sa objavujú osobnosti, ktoré berú Kristov príkaz lásky k blížnemu vážne. Jednou z nich je Matka Tereza (1910 – 1997).

V roku 1948 založila v Kalkate v Indii kongregáciu Misionárov lásky (sestry Matky Terezy). Ich poslaním je starostlivosť o opustených, chorých a zomierajúcich. V tomto období vzniká hospicové hnutie.

Na Slovensku sa pastoraácii chorých a zdravotníkov venuje Subkomisia Konferencie biskupov Slovenska pre pastoraáciu v zdravotníctve; taktiež oblastné spoločenstvá (napr. Klub kresťanských lekárov a zdravotníkov, Katolícka únia zdravotníkov a iné) a rôzne aktivity domácej hospicovej starostlivosti pod vedením rehoľných spoločenstiev a vo forme neziskových organizácií.

### Záver

Zdravie je hodnota, ktorú má každý človek v každom okamihu svojho života

chrániť. Často sa však stretávame s realitou, že človek ochorie, trpí. Keďže zdravie je definované ako harmónia tela, duše a ducha, je potrebné uzdraviť všetky tri zložky, teda celého pacienta. Preto okrem medicínskej a psychologickkej starostlivosti je takisto dôležitá duchovná starostlivosť (služba). Ide o napĺňanie duchovných potrieb pacientov od prvého až po „predposledný“ kontakt (gestá, verbálna a neverbálna komunikácia, liturgický život).

### Literatúra

1. Haškovcová H. Thanatologie: Nauka o umírání a smrti. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 19-23 s.
2. ZELNÍKOVÁ D. Otázka eutanázie v kresťanskej spoločnosti. Diplomová práca. Bratislava: CMBF UK. 2000: 27
3. Kübler-Rossová E. Otázky a odpovedi o smrti a umírání. 1. vyd. Turnov: Arica, 1994. 13 – 27 s.
4. Ďáčok J. Človek, utrpenie, nemocnica: Niektoré hľadiská pastoračnej služby. 1.vyd. Trnava: Dobrá kniha. 2000: 72-90 s.
5. Martinovičová J. Potreba špeciálnopedagogického rozhovoru u letálne chorých pacientov. Diplomová práca. Bratislava: PF UK. 2000: 31-39 s.
6. Pera H. Weinert B. Nemocným nablízku: Jak pomáhat v těžkých chvílích. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1996. 41-83 s.
7. Katechizmus katolíckej cirkvi. I. vyd. Trnava: Spolok sv. Vojtecha, 1998. 1422-1513 s.
8. Kódex kánonického práva. I. vyd. Trnava: Spolok sv. Vojtecha, 1996. 999-1006 s.
9. Scheidová L. Vysvetlenie základných pojmov a ich vzťahov v rámci paliatívnej a hospicovej liečby a starostlivosti. Pracovný materiál. 9-18 s.

Článok je prevzatý z:  
Onkológia (Bratisl.), 2019;14(4):291-293

**Br. Mgr. Peter Tomša, OFMCap**  
Bratislavská arcidiecéza  
Špitálska 2182/7, 811 08 Bratislava



# Amyotrofická laterálna skleróza. Hospicová starostlivosť o ventilovaného pacienta – kazuistika

MUDr. Martina Kozovská

Hospic Liečebne sv. Františka, Bratislava

**Amyotrofická laterálna skleróza je progresívne neurodegeneratívne ochorenie s nejasnou etiológiou, ktoré postihuje takmer výlučne oblasť motorického neurónu. Postupne vedie k slabosti, spasticite, svalovej atrofii, imobilite, poruchám prehĺtania a reči, respiračnému zlyhaniu. Efektívna kauzálna liečba neexistuje, v pokročilom a terminálnom štádiu pacient profituje z paliatívnej starostlivosti.**

**Kľúčové slová:** amyotrofická laterálna skleróza, symptómy, umelá pľúcna ventilácia, paliatívna starostlivosť

## Amyotrophic lateral sclerosis. Ventilated patient hospice care – case report

**Amyotrophic lateral sclerosis is a progressive neurodegenerative disease with unclear etiology that affects almost exclusively the motor system area. It gradually leads to weakness, spasticity, muscular atrophy, immobility, swallowing disorders, speech, respiratory failure. There is no effective causal treatment, at advanced and terminal stages the patient benefits from palliative care.**

**Key words:** amyotrophic lateral sclerosis, symptoms, tracheostomy ventilation, palliative care

Paliat. med. liec. boles., 2019;12(2e):65-68

### Úvod

**Amyotrofická laterálna skleróza** (ALS) je progresívne neurodegeneratívne ochorenie nejasnej etiológie, ktoré **primárne postihuje motorické neuróny** v mieche, mozgovom kmeni a v mozgovej kôre (horné aj dolné motoneuróny). Charakteristické je kombinované postihnutie pyramídovej dráhy a predných rohov miechy. **Klinický obraz** obsahuje syndróm zmiešanej obrny, slabosť, spasticitu, atrofiu svalov rúk a jazyka, prítomnosť patologických reflexov a hyperreflexiu fyziologických reflexov, stratu objemu svalov, kŕče a bulbárny syndróm, ktorý zahŕňa spastickú dysartriú, dysfágiu, excesívnu saliváciu, laryngospazmus a pseudobulbárne prejavy. **Extraokulárne svaly sú typicky ušetrené.** S progresiou ochorenia sa u väčšiny pacientov rozvíja respiračné zlyhanie. Bolesť býva zväčša spôsobená imobilitou a kŕčmi. Autonómne symptómy sa vyskytujú paralelne s motorickým deficitom (zvýšenie alebo zníženie potivosti rúk, zmena kožného sfarbenia, zníženie teploty kože, chlad, opuch, cyanotické sfarbenie nôh a prstov). Kardiovaskulárna autonómna dysfunkcia sa môže manifestovať ortostatickou hypotenziou, posturálnymi závratmi, tachykardiou a epizódami paroxyzmálnej artériovej hypertenzie. Autonómna porucha môže vyústiť do cirkulačného kolapsu alebo

náhlej smrti aj u ventilovaných pacientov. Senzorické a sfinkterové poruchy sa väčšinou nevyskytujú a ani u imobilných pacientov nezvyknú vznikáť dekubity. U pacientov s ALS sa vyskytuje deficit funkcie frontálneho laloka, v 35 % kognitívny deficit rôzneho stupňa a v 3 – 5 % demencia. Veľmi časté sú psychické zmeny (depresia, anxieta) spojené s frustráciou, izoláciou a strachom (1, 2, 3).

Typicky sa ochorenie začína prejavovať v 50. – 60. roku života. **Medián prežívania** pacientov s ALS je 2 – 5 rokov od nástupu ochorenia. Asi 5 – 10 % prežíva viac ako 10 rokov. Asi u 10 % postihnutých smrť nastáva do troch rokov (príčinou smrti je respiračné zlyhanie, recidivujúce infekcie dýchacích a močových ciest, srdcové zlyhanie, náhla smrť). Dôležitým zlomom je zhoršenie zdravotného a funkčného stavu, ktoré nastolí otázku zavedenia perkutánnej endoskopickej gastrostómie (PEG), tracheostomickej kanyly (TSK) a napojenia na umelú pľúcnu ventiláciu (UPV), keďže pri paralýze dýchacích svalov nastáva respiračné zlyhanie. PEG a UPV predlžujú prežívanie pacienta, kvalita života týchto pacientov je však výrazne ovplyvnená prítomnosťou symptómov, výskytom komplikácií a psychickým utrpením, ktoré spôsobuje prežívanie progresie ochorenia (1, 2, 3, 4).

### Kazuistika

Aktuálne 44-ročnému pacientovi diagnostikovali ALS v apríli 2014. Ochorenie progredovalo napriek tomu, že od stanovenia diagnózy pacient užíval riluzol (liek spomaľujúci progresiu choroby). Od jari 2017 bol pacient prakticky imobilný, postupne neschopný vykonávať povolanie stavebného inžiniera, pre ťažkosti bol v domácej starostlivosti prevažne manželky. Manželka má dve deti, aktuálne 5-ročné dievča a 7-ročného chlapca. Od 10/2017 sa rozvíjal bulbárny syndróm, v dôsledku ktorého sa zhoršilo prehĺtanie natoľko, že bolo potrebné zaviesť PEG a opakovane odsávať sliny z ústnej dutiny. Pre dysartriú a poruchu reči začal pacient komunikovať s pomocou tabletu, v ktorom je nainštalovaný špeciálny program a očná sonda, ktorá sníma pohyby očných bulbov.

V januári 2018 došlo v živote pacienta k významnému zlomu. Bronchopneumónia sa skomplikovala respiračnou tiesňou a poruchou vedomia, manželka doma začala s kardiopulmonálnou resuscitáciou. Pre hypoxiu s hyperkapniou bol pacient intubovaný a na oddelení anesteziológie a intenzívnej medicíny (OAIM) napojený na UPV. Po stabilizácii stavu sa UPV opakovane pokúsili ukončiť, ale neúspešne. Neurológ vyhodnotil situáciu ako progresiu ochorenia s potrebou trvalej pľúcnej venti-

lacie. Po súhlase pacienta bola koncom januára 2018 realizovaná tracheostómia s napojením TSK na domáci ventilátor (Trilogy 100). Vzhľadom na problematickú starostlivosť v domácom prostredí s 2 malými deťmi, pri kompletnej bezvládnosti pacienta, potrebe odsávať dýchacie cesty a obsluhovať ventilátor, ako aj pre prítomnosť rôznych symptómov sa manželka rozhodla pre ústavnú starostlivosť, s čím samotný pacient súhlasil len neochotne. Pacienta sme do Hospicu Liečebne sv. Františka prijali v apríli 2018. Dovtedy sme na pracovisku nemali skúsenosť s pacientmi trpiacimi ALS alebo s ventilovaným pacientom.

V čase príchodu do hospicu bol pacient imobilný, so zachovanou hybnosťou ukazovák a prostredníka ľavej ruky, schopný otvárať ústa. Neurologicky bola prítomná plégia končatín a neschopnosť otáčať hlavou, vedomie lucidné, komunikácia možná cez tablet vďaka zachovaným pohybom očí, pacient bol kompletne orientovaný a vnímajúci. Od prijatia zreteľný sklon k sínusovej tachykardii a nižšiemu tlaku krvi, zo symptómov tiež prítomná obťažujúca hypersalivácia s hustými lepkavými slinami. Pacient mal zavedený PEG, TSK, centrálny venózný katéter (CVK) a permanentný močový katéter (PK), v prekladovej správe sa spomínala hematuria bez bližšej špecifikácie. Vo vstupnej liečbe bol fraxiparín, ACC long, riluzol, Alventa, Lexaurin, pantoprazol, laktulóza a p.p. supp Glycerini. Vo vstupnom laboratornom skríningu bola prítomná znížená koncentrácia močoviny a zvýšený feritín, ostatné vyšetrené parametre boli v norme.

Pacient mal o ALS naštudované dostupné informácie najmä z internetu, od diagnostikovania ochorenia vytrvalo odmietal psychologickú pomoc a psychiatrickú liečbu (antidepresíva pridané do liečby až na OAIM). Svoje ochorenie síce hodnotil „ako smrteľné“, hroziace komplikácie však vnímal ako medicínsky riešiteľné epizódy, ktoré nenastolujú otázku, či pokračovať v liečbe alebo v udržiavaní života. Napriek evidentnej progresii ochorenia a potrebe inštitucionalizácie pacient svoju prognózu nepokladal za bezprostredne infaustnú. Po cielenej otázke vyslovil pranie využiť

všetky dostupné možnosti na „pokračovanie v živote“ a hospic vnímal skôr ako miesto, kde je nútený existovať, keďže manželka nie je schopná sa o neho starať doma (on sám považoval starostlivosť v domácnosti za možnú a udržateľnú napriek zjavnému vyčerpaniu manželky a psychickým problémom detí).

Z medicínskeho hľadiska sme prvý mesiac hospitalizácie okrem štandardnej liečby a ošetrovateľskej starostlivosti riešili krvácanie z uretry, ktoré vyžadovalo hemostyptickú liečbu (etamsylát, kyselina aminometylbenzoová). Pre febrilitu a zvýšenie C-reaktívneho proteínu pri predpokladanej uroinfekcii sme do liečby pridali doxycyklín (na OIAM pacient preliečený prakticky všetkými dostupnými ATB). Efekt trval len prechodne, preto sme volili meropeném podľa citlivosti kultivácie moču z 3/2018 (*Klebsiella pneumoniae*). Koncom 4/2018 sa stav napriek liečbe komplikoval masívnym krvácaním z uretry s potrebou podať terlipresín. Pacienta sme po dohovore preložili na urologické oddelenie, kde bol hospitalizovaný 3 týždne. V celkovej anestézii realizovali transuretrálnu koaguláciu zadnej uretry, a keďže krvácanie pokračovalo, zaviedli aj epicystostómiu. Kontinuálne podávali hemostyptiká, potrebná bola hemosubstitúcia. USG vyšetrením močového mechúra sa evidentnú patológiu nepodarilo zobraziť. Pri spätnom preklade do hospicu bolo v okolí epicystostómie prítomné presakovanie, močenie bolo zachované aj cez uretru. V 6 – 8/2018 sme opakovane preliečili uroinfekciu, v 7/2018 bol pacient transportovaný na ošetrovanie k urológovi pre upchatú epicystostómiu, ktorá bola napokon v 8/2018 odstránená s obnovením kompletného spontánneho močenia (odstránili sme aj PK). Pacient doteraz močí do bažanta, ktorý je cez deň naložený, potrebu na stolicu a močenie cíti, sfinktery ovláda.

Zo symptómov sú u pacienta prítomné nadmerné slinenie a úzkosti, sínusová tachykardia, bolesti sánky a niekedy hlavy, depresia, panické stavy, kŕče žuvacích svalov, obštipácia. Opakovane sme preto upravovali liečbu. Pre sínusovú tachykardiu sme titrovali dávky beta-blokátora s využitím duálneho efektu proti hypersalivácii, pre ktorú sme

do liečby pridali aj butylskopolamín. Upravovali sme liečbu depresie a úzkosti (k venlafaxínu do kombinácie pridaný citalopram a alprazolam). Pre ťažkú obštipáciu potrebná kombinovaná liečba (magnézium, Dulcolax, laktulóza), navyše opakovane realizujeme manuálnu evakuáciu stolice. Pribudlo škripanie zubami, trizmus a bolestivý predsun sánky, najmä pri nervozite. Do liečby sme preto najprv skusmo pridali guaiaacuran a diazepam, ale nepozorovali sme ústup ťažkostí. Následne sme zvolili amitriptylín (tricyklické antidepresívum) s využitím pri liečbe depresie a insomnie, ale aj neželaných efektov – myorelaxčného a antialivického. Kŕče sánky a hypersalivácia sa zmiernili. Záškľby ustúpili po pridaní levetiracetamu do liečby. Zvýšenú produkciu väzkého hlienu a výraznú orofaryngeálnu sekréciu ovplyvňujeme aj primeranou hydrataciou a podávaním acetylcysteínu.

Od 10/2018 pozorujeme progresiu celkovej slabosti, svalovej atrofie a straty pohyblivosti prstov ľavej ruky. Keďže pacient už nebol schopný stlačiť gombík klasického elektronického zvončeka, signalizáciu technik prerobil na ovládanie stlačením tlačidla počítačovej myšky, ktoré vyžaduje menšiu silu. Od 12/2018 sa zhoršovala schopnosť pacienta otvoriť ústa a hýbať jazykom pri odsávaní, redukovala sa aj mimika. Pozorovali sme zníženie dychového objemu (Vt). Od 1/2019 sme opakovane navyšovali inspiračný tlak do dýchacích ciest (IPAP aktuálne 14). Výmeny TSK sme spočiatku realizovali prostredníctvom ORL ambulancie v spolupráci s RZP. Pacient však prevozy zle toleroval, preto sme pristúpili k výmenám TSK priamo v hospici v našej réžii s prípravou pacienta podaním midazolamu. Keďže pacient reaguje na podanie aj vyšších dávok midazolamu alebo diazepamu nepredvídateľne, výmena prebiehala už aj pri plnom vedomí pacienta, keďže utlmujúci efekt sa nedostavoval. V 1/2019 sme dvakrát zažili pre pacienta aj personál mimoriadne stresujúce chvíle počas epizód krátkotrvajúceho výpadku umelej ventilácie pri zlyhaní cirkulácie vzduchu z prístroja do TSK (chyba inspiračnej hadice ventilačného okruhu). Pacient bol bez poruchy vedomia, ventilácia bola počas výmeny trubic okru-

hu zabezpečovaná manuálne použitím ambuvaku nasadeného priamo na TSK. Výmena TSK u pacienta s minimálnou spontánnou dychovou aktivitou je psychicky náročný úkon aj pre personál, vyžaduje tímovú spoluprácu, absolútnu koncentráciu a koordináciu.

Od februára 2019 sa napriek liečbe výraznejšie zhoršovala psychická labilita. Pacient častejšie trpel insomniou a úzkosťami, opakovali sa stavy paniky so sprievodnými neurovegetatívnymi prejavmi (akrálna cyanóza, flash kože, zvýšenie salivácie, prchavý exantém). Pacient od prijatia deklaroval postoj spolurozhodovať aj o bežnej liečbe, čím občas vznikali rozporuplné a napäté situácie najmä v psychofarmakologickom manažmente, keď sa pacient napr. snažil úzkosti, insomii a paniku „zvládnuť sám“ a dostával sa tak do stavov zbytočného vypätia až vyčerpania. Napriek tenzii a psychickej nepohode, ktorú pacient pripúšťa, dlho odmietal odbornú pomoc psychológa pri prežívaní choroby a problematickom zmierovaní. V 5/2019 po viacdnovej insomnii pri trvalej vnútornej tenzii a opakovaných stavoch paniky so somatizáciou sme po zhodnotení všetkých faktorov a objasnení stratégie pacientovi a manželke pristúpili k paliatívnej sedácii na 3 dni kontinuálnym podávaním haloperidolu a midazolamu.

Prvý deň sa pacient napriek liečbe opakovane snažil prebrať a „mať veci pod kontrolou“. Bolo potrebné navýšiť rýchlosť podávania liečiv. Následne sme dosiahli dobrý efekt a pacient dva dni spal, potom sme postupne znižovali dávky. V ďalšom priebehu sme skúsili úplne vynechať parenterálnu paliatívnu sedáciu, ale stavy úzkosti a panické záchvaty sa opakovali bez podnetu, pri zhoršovaní zdravotného stavu alebo z vonkajších príčin (napr. informácie od rodiny). S takto nastavenou liečbou sa darilo zachovať bdelosť a kontrolovať úzkosť a tenziu cez deň, pre insomniu sme na noc dávku zvyšovali úpravou rýchlosti. Pacient uznal, že sa pri tejto liečbe cíti lepšie, ale hodnotil ako osobné zlyhanie, že je na ňu odkázaný. Po mnohých rozhovoroch v 8/2019 napokon súhlasil s prizvaním psychológa do spolupráce pri komplexnej starostlivosti.

V subkutánnej kontinuálnej paliatívnej sedácii sme pokračovali do 1/2020, keď sa napriek vysokým dávkam nedarilo navodiť prirodzený režim bdenia a spánku a pacient denne trpel záchvatmi panickej úzkosti a somatizáciou (tachykardia, pocit nedostatku vzduchu, bolestivý predsun sánky, výrazné slinenie, menlivý exantém, chladné akra). Z liečby sme vynechali haloperidol, midazolam, venlafaxín, alprazolam aj citalopram. Aktuálne je v liečbe kvetiapín, oxazepam a mirtazapín. Zmena liečby, ako aj intenzívnejšie rozhovory o podstate pacientových ťažkostí viedli k zlepšeniu jeho pohody. Nesporne pomáha aj aplikovanie bazálnej stimulácie a pokračovanie v psychoterapii.

Od leta 2019 riešime purulentný sekrét odsávaný z priestoru nad fixačnou manžetou TSK. Pri febrilitách sme podávali antimikrobiálnu liečbu (postupne cefuroxím, doxycyklín, meropeném, flukonazol, linezolid, avelox, ceftizil, sporanox) s efektom len v zmysle ústupu febrilit. Lokálne pretrvávajú produkcia s menlivým množstvom, farbou a zápachom odsávaného sekrétu, kultivačne zistená zmes baktérií, o. i. multirezistentná (prakticky necitlivá na ATB) *Pseudomonas aeruginosa*. Pokračujeme v dennej toalete priestoru nad fixačnou manžetou TSK a orofaryngu dezinfekčnými preplachmi. Napriek obavám nezoštúpila infekcia po výmene TSK cez takto infikovaný terén do dolných dýchacích ciest.

Ďalšou komplikáciou sú drobné krvné straty pri častejšom odsávaní z trachey a ústnej dutiny pri zvýšenej produkcii slín a tracheálneho sekrétu (ktorú u nášho pacienta výrazne zhoršuje nervozita). Denná ošetrovateľská starostlivosť zahŕňa okrem telesnej hygieny, polohovania, odsávania z ústnej dutiny a priestoru nad obturačnou manžetou, tracheálne odsávanie a iné bežné úkony (hygiena tela bezvládneho pacienta, hygiena ústnej dutiny, dezinfekcia a výmeny krytia okolia vstupov, podľa potreby sanácia krvácajúcich granulácií v okolí TS a inzercie PEG, prevencia zanorenia disku a udržiavanie gastrokutánneho kanála). Prirodzenou rutinou sú úkony spoje-

né s udržiavaním čistoty ventilačného okruhu, kontrolou parametrov na ventilátore, kontrolou funkčnosti signalizačného zariadenia pre pacienta a funkčnosti tabletu, vďaka ktorému komunikuje.

Pacient je vyživovaný cez PEG arteficiálnou výživou s prídavkom zriedených čerstvých ovocných štiav (samostatne). Napriek tomu si sám občas žiada aj sondovú stravu kuchynsky pripravovanú, pretože pociťuje hlad. Pravidelne 1-krát týždenne substituujeme vitamín D a foláty, pri vzplanutí zápalu pridávame preparáty zinku a vitamínu C, vitamíny radu B a pri užívaní antibiotík aj probiotiká. Enterálnu výživu pacient dobre toleruje.

### Liečba symptómov

Paliatívna liečba u pacientov s ALS sa zameriava na zmierňovanie symptómov, riešenie komplikácií a nutričnú podporu. Zo symptómov u týchto pacientov dominujú ťažkosti spojené so spasticitou a kŕčmi, bolesti, hypersalivácia, obštipácia. Z psychických problémov sú to najmä úzkosti, depresia a insomnie. Z paliatívnej starostlivosti profitujú pacienti, ktorí odmietli život predlžujúce postupy (PEG, TSK a UPV), ale aj pacienti prežívajúci vďaka zavedeniu PEG a napojeniu na UPV s komplexnými symptómami a komplikáciami (1, 2, 3).

### Možnosti liečby symptómov pri ALS (1, 2, 3)

- **Dysfágia:** spočiatku diétne opatrenia, úprava konzistencie stravy, príjem tekutín, enterálna výživa, edukácia pri jedení, techniky prehĺtania, zavedenie NGS, PEG
- **Svalové spazmy alebo kŕče:** levetiracetam, karbamazepín, fenytoín, chinín, magnézium, vitamín E, verapamil, baklofén, gabapentín, tizanidín
- **Sialorea:** atropín, amitriptylín, difenylhydramín (Calmaben), betablokátor (propranolol, metoprolol), iné možnosti: botulotoxín aplikovaný do slinnej žľazy, nízko dávkovaná rádioterapia
- **Bolesť:** postup podľa WHO rebríka liečby bolesti
- **Depresia:** sertralín, fluoxetín, paroxetín, bupropión, amitriptylín



- **Emocionálna labilita:** imipramín, amitriptylín, fluoxetín, paroxetín, lítium karbonát, citalopram
- **Insomnia:** zolpidem, difenhydramín, amitriptylín, trazodón, sertralín, bupropión

### Aktuálna liečba symptómov u referovaného pacienta

Do PEG pridávame: metoprolol 25 mg 1 tbl. á 8 hod., ACC long 1 sacc. ráno, amitriptylín 25 mg 1-1-2-2 tbl., paracetamol 500 mg á 8 hod., levetiracetam 750 mg 1-0-0-1 tbl., butylskopolamín 10 mg 1 tbl. á 6 hod., Espumisan 3-krát 20 kv., kvetiapín 25 mg 1-1-1-1 tbl., oxazepam 1/2-1/2-1-1 tbl., mirtazapín 30 mg 0-0-1 tbl.

### Etické otázky

ALS je nevyhľaditeľné progredujúce ochorenie. V pokročilom štádiu zlyháva vitálne dôležitá funkcia – dýchanie, ktoré možno nahradiť UPV ako život udržiavajúcim postupom. Živenie je v pokročilom štádiu zabezpečované cez PEG. Pacienti s ALS trpia mnohými symptómami, na zvládnutie ktorých je často potrebná kombinovaná liečba a využívanie inak nežiaducich účinkov rôznych liekov. Paliatívna starostlivosť zlepšuje kvalitu života pacienta s ALS, ale aj jeho rodiny. Efektívny je multidisciplinárny prístup, paliatívny tím by mal byť ideálne prizvaný už na začiatku stanovenia diagnózy. V prvých štádiách ochorenia koordinuje postup neurológ, paliatívny prístup poskytuje vedomosti a zručnosti pri liečbe symptómov, psychosociálnu a spirituálnu podporu. Je dôležité, aby bol pacient a jeho rodina dostatočne informovaní o priebehu ochorenia, možných komplikáciách a dostupných riešeniach. Progresia ochorenia prináša mnohé etické otázky, najmä zavedenie alebo nezavedenie PEG v prípade zhoršovania až neschopnosti prehltať, realizovanie TS, zavedenia TSK a napojenie na UPV v prípade progresie slabosti dýchacích svalov a respiračného zlyhávania. Je nielen vhodné, ale aj kľúčové, aby sa pacient spolu s rodinou rozhodovali a plánovali vopred, pokiaľ je pacient ešte schopný rozprávať a relevantne uvažovať. Z mnohých štúdií vyplýva, že multidisciplinárny prístup zlep-

**Obrázok 1.** Tablet nad hlavou pacienta, ventilátor vpravo



šuje prežívanie v porovnaní s pacientmi liečenými len v neurologických centrách. Paliatívna starostlivosť zlepšuje kvalitu života pacienta s ALS v každom období ochorenia a nemala by byť rezervovaná len na záverečnú fázu života (1, 2, 3).

### Záver

Starostlivosť o pacienta s ALS v pokročilom alebo terminálnom štádiu presahuje etiológiu ochorenia, domnuje náročná ošetrovateľská starostlivosť, liečba symptómov a komplikácií. Po napojení pacienta na UPV pribudne „intenzivistická“ starostlivosť, ktorú by však mal paradoxne zvládnuť aj laik v domácom prostredí. Dôležitou súčasťou je psychologická podpora nielen pre pacienta, ale aj psychosociálna podpora pre blízkyh.

Nami referovaný pacient mal ochorenie ALS diagnostikované v relatívne mladom veku, čo nie je pre toto ochorenie typické. Okrem prirodzených zdravotných fyzických a psychických problémov vyplývajúcich z podstaty ochorenia sledujeme u neho problematické zmierovanie sa s diagnózou, s progresiou ochorenia a infaustnou prognózou, čo zhoršuje aj fakt, že prežíva s pomocou UPV už viac rokov a dlho odmietal psychologickú pomoc. Jeho dve deti sú teraz už vo veku, keď si pamätajú, a preto si chcúac-nechtiac budú svojho otca pamätať najmä z hospicovej izby, ktorú sme sa preto snažili prispôbiť aj rodinným potrebám (obrázok 1, 2).

Starostlivosť o ventilovaného pacienta je v domácom prostredí nesporné náročná, najmä ak na Slovensku nie je možné bežne zabezpečiť erudovanú ošetrovateľskú starostlivosť v domácom prostredí v 24-hodinovom režime. Otázne však je aj to, či sme v slovenských hospicioch kapacitne, personál-

**Obrázok 2.** Tabuľa s detskými kresbičkami, pacientov obľúbený kvet v okne



ne, odborne a finančne pripravení poskytovať starostlivosť aj pre takto postihnutých pacientov a či sme schopní pacientom vytvoriť podmienky na to, aby pri zachovanom vnímaní mali v hospici prijateľnú kvalitu života aj viac rokov.

Táto kazuistika nastoľuje aj tému financovania hospicov. Pacient s ALS nie je vyňatý z limitu (ako napr. pacient vo vigilnej kóme) napriek tomu, že ide o mnohoročnú hospitalizáciu. Na lôžko-deň v hospici prispieva VŠZP 54 eur/deň, ďalšie náklady (20 eur na deň) sú z verejného zdravotného poistenia poskytnuté na pomôcky a servis ventilátora. Vzhľadom na súčasné náklady na zdravotnú starostlivosť pre pacienta, ale aj na prevádzku zdravotníckeho zariadenia by bez spoluúčasti príbuzných a ďalších darov nebolo možné týmto ľuďom pomáhať udržiavať život a poskytovať komplexnú paliatívnu medicínsku a ošetrovateľskú starostlivosť.

### Literatúra

1. Oliver D, Borasio GD, Walsh D. Palliative Care in Amyotrophic Lateral Sclerosis from diagnosis to bereavement. 2th ed. New York: Oxford University Press; 2006.
2. Korenko V. Amyotrofická laterálna skleróza. Martin: Osveťa; 2018.
3. Voltz R, et al. Amyotrophic Lateral Sclerosis in: Cherny NI et al. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2015.
4. Dostál P, et al. Základy umělé plicní ventilace. 4. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf; 2018.

**MUDr. Martina Kozovská**

Hospic Liečebne sv. Františka  
Vlčie hrdlo 49, 821 07 Bratislava  
kozovska.m@gmail.com



# Setkávání se smrtí – příprava studentů

PhDr. Mgr. Pavla Kudlová, PhD.<sup>1</sup>, doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd, Zlín

<sup>2</sup>Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, Oddělení ošetrovatelství, Hradec Králové

**Setkávání se smrtí a péče o mrtvé tělo patří k náročným okamžikům zdravotnické profese. Metodou kvantitativního výzkumu, technikou nestandardizovaného dotazníku, jsme chtěli zjistit, zda vysokoškolské studium své studenty na tyto náročné okamžiky dostatečně připravuje. Výzkum se uskutečnil mezi studenty bakalářského studijního programu Ošetrovatelství/Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Naším cílem bylo zjistit, zda studenti vnímají důstojnost člověka i po exitu. Položili jsme si výzkumnou otázku: Jak jsou připraveni budoucí absolventi studijního programu „Ošetrovatelství“ na péči o mrtvé tělo?**

**Klíčová slova:** důstojnost, etika, mrtvé tělo, student ošetrovatelství, bakalářské studium, úcta, úmrtí

## Encountering death – preparation of students

Encountering death and caring for a dead body are some of the most demanding moments of the nursing profession. Using the method of quantitative research – the technique of non-standardized questionnaire – we wanted to find whether college studies prepared the students adequately for such demanding moments. The research was conducted among students of the bachelor's program of Nursing/Licensed Practical Nurses at the Faculty of Humanities, Tomas Bata University in Zlín, and at the Medical School of Charles University in Hradec Králové. Our goal was to find whether the students perceived a person's dignity even after death. In the past we paid attention to a person's dignity in the final stage of their life, i.e. dying (1). We asked the following research question: How are prospective graduates of the "Nursing" program prepared for caring about a dead body?

**Key words:** dignity, ethics, dead body, student of nursing, bachelor's program, respect, death

Paliat. med. liec. boles., 2019;12(2e):69-73

## Úvod

Úcta k životu je nejdůležitějším fenoménem entity důstojnost. Respektování důstojnosti člověka je nejdůležitějším etickým imperativem 21. století, tj. v tzv. digitální společnosti. Často se hovoří o důstojnosti člověka v souvislosti s pokroky vědy a techniky. Můžeme však hovořit o důstojnosti člověka, když dojde k zastavení všech jeho životních funkcí, ke smrti? V minulosti jsme se věnovali důstojnosti člověka v poslední fázi života, tj. v umírání (1). Pochopení lidské existence, otázky hodnot, smyslu života zajímají lidskou společnost od nepaměti (2). Lékař a filozof Albert Schweitzer (1875 – 1965) říká, že hledáme odpověď na elementární otázku, před kterou každý z nás každého jitra stojí: jaký smysl a jakou hodnotu dáme svému životu (3).

Umírání a smrt byly v minulých dobách neodmyslitelnou a všudypřítomnou součástí života jedince a celé společnosti. Od 2. poloviny 20. století vzhledem k hrůzám 2. světové války (1939 – 1945) a díky modernímu zdravotnímu a sociálnímu systému, kdy mnoho ne-

vyléčitelných nemocí se stalo slučitelnými se životem, byly umírání a smrt odsunuty na okraj společenského zájmu. Lidé na smrt nezapomněli, ani ji zcela nepřehlíží, ale nemusí ji už vnímat tváří v tvář, nejsou s ní konfrontováni jako s každodenní samozřejmostí. Umírání v dnešní době, tak jak se tomu děje ve vyspělých zemích, mezi které se můžeme počítat i my, se ve velké většině případů (zpravidla se uvádí 80 %) odehrává ve zdravotnických a sociálních zařízeních různých typů a velikostí. Právě zde tráví většina lidí poslední dny a hodiny svého života, často v anonymitě, byť obklopeni společenstvím lidí, jak pacientů či klientů na straně jedné, tak zdravotnického personálu na straně druhé. Zdravotníci profesionálně v porovnání s valnou většinou populace jsou těmi, kteří se setkávají se smrtí velmi často a velmi zblízka, a jsou těmi, kteří dávají umírajícím i rodině umírajícího naději ať verbální nebo neverbální formou. Umírající potřebuje být respektován, potřebuje být vnímán jako holistická bytost, musí mít možnost tvořivě se projevovat. Může k tomu patřit i nařikání. Bráníme-li někomu nařikat,

bráníme mu žít. Pro nemocného i umírajícího je důležité, aby se směl vyjádřit. A jak se vyjádřit? Smutkem, slzami, pláčem, sténáním. Tyto emocionální projevy jsou reakce přiměřené a zdravé. Zbavují břemene, jež ho tísní a osvobozují ho, aby mohl přijmout danou situaci (1, 4).

Smrt je předmětem trvalého zájmu v historickém vývoji každé kultury. Je středem zájmu filozofie bytí od jejího počátku do současnosti. Každá civilizace a každé společenství řeší otázky spojené s umíráním i smrtí a spojují je s celou škálou různých rituálů, které se v jednotlivých civilizacích výrazně odlišují a vypovídají o kultuře společnosti. Péče o terminálně nemocné a umírající v širokém pojetí patří k základním principům lékařské, ošetrovatelské i sociální péče. Vyspělost kultury každé společnosti můžeme hodnotit i podle toho, jak se dokáže postarat o své umírající členy (2).

V současné době hrdě prohlašujeme, že se věk člověka prodlužuje. To ovšem přináší nové etické výzvy, které jsou dány jednak delším životem, vstupem moderních technických a biomedicínských technologií do léčby, a jednak

měníci se kvalitou života, zdůrazňováním etického fenoménu důstojnost člověka, kde dominuje úcta k člověku. Úcta k člověku nekončí jeho posledním dechem, ale měla by pokračovat také úctou k mrtvému tělu. Péče o někoho, kdo zemře, zahrnuje zacházení s jeho tělem důstojně, respektování jeho přání a také podporu těch, kdo byli pro něj důležití. Zdravotnický tým má v tomto důležité úlohu. Každá smrt je jiná a blízcí zemřelého reagují odlišnými způsoby.

### Péče o zemřelého – součást zdravotní péče

Do poskytované zdravotní péče neoddelitelně patří i péče o zemřelého. Tato péče v sobě zahrnuje péči o tělo zemřelého, pozůstalost a pozůstalé. V České republice sestra zahajuje svoji činnost v této oblasti tím, že připraví 4 blankety „List o prohlídce zemřelého“ a 2 blankety „Průvodní list k pitvě“, pokud ohledávající lékař rozhodl o nutnosti pitvy. Péče o tělo zemřelého má být prováděna s maximálním ohledem na etiku. Oprávněný je požadavek na zajištění intimity mrtvého těla. V rámci samotné péče o mrtvé tělo nemusí sestra všechny činnosti provádět sama, ale může pověřit konkrétním výkonem poučeného sanitáře. Sama pouze dohlíží, aby výkon byl proveden řádně. Vrchní sestra oddělení odpovídá za to, že jí podřízené sestry jsou podrobně seznámeny s předpisy upravujícími postup při úmrtí pacienta. Hlavní sestra, kontrolní oddělení nebo pověřená osoba je oprávněna provádět namátkovou kontrolu znalostí a dodržování předpisů upravující postup při úmrtí pacienta. Pokud pozůstalí odmítají provedení plánované pitvy, mohou o upuštění od provedení pitvy požádat písemnou žádostí. O této skutečnosti je může informovat lékař; není vhodné, aby tak učinila sestra. Je nutné zdůraznit, že je třeba péči o zemřelého a zejména aktu předávání pozůstalosti věnovat potřebnou pozornost, postupovat důstojně, ohleduplně a eticky. Není vhodné předávat pozůstalost a jednat s pozůstalými na chodbě, ve spěchu, neboť to pozůstalí vnímají jako neúctu k zemřelému a negativně pak posuzují i poskytovanou zdravotní péči a celé zdravotnické zařízení (5).

### Smrt a péče o zemřelého v legislativě

Český zákon definuje pojem „smrt“ v ustanovení § 2 písm. e) zákona č. 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů, v platném znění (dále jen „transplantační zákon“) jako nevratnou ztrátu funkce celého mozku, včetně mozkového kmene, nebo nevratnou zástavu krevního oběhu. V současné české právní úpravě platná legislativa nepovažuje lidské tělo za věc v právním smyslu (viz ustanovení § 493 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník). Toto pojetí je promítnutím zásady nedotknutelnosti člověka, na níž v ustanovení § 92 občanského zákoníku navazuje zásada důstojného zacházení s tělem zemřelého. Na občanský zákoník navazuje transplantační zákon, v jehož ustanovení § 28 je stanoveno, že lidské tělo a jeho části nesmějí být zdrojem finančního prospěchu nebo jiných výhod. Uvedené zásady, tedy zásada nedotknutelnosti člověka, zásada důstojného zacházení s tělem zemřelého a zásada zákazu finančního prospěchu tvoří základní právní východisko při jakémkoliv nakládání s tělem zemřelého (5).

### Koncepce ošetrovatelství

Koncepce ošetrovatelství České republiky (dále ČR) z roku 1989 uvádí: „Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Ošetrovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti...“ Koncepce ošetrovatelství z roku 2004 (Věstník MZ ČR č. 9/2004) výše uvedenou definici ponechala beze změny. Profil absolventa studijního programu „Všeobecné ošetrovatelství“ vychází z Evropské strategie Světové zdravotnické organizace pro vzdělávání v tzv. regulovaných nelékařských profesích z roku 1998 a doporučení Evropské komise. Absolvent studijního programu má být připraven a schopen samostatného výkonu činností všeobecné sestry

definovanými v zákoně č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů a ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, kdy je nutné si uvědomit, že všeobecná sestra zejména „chrání, udržuje, navrácí a podporuje zdraví“.

Všeobecná sestra bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti dle §3 vyhlášky č. 391/2017 Sb. může poskytovat a zajišťovat psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta. Problematika péče o zemřelého zde není specifikována, i když je zařazena ve výuce do ošetrovatelských postupů (6).

K péči o zemřelého existují na pracovištích vypracované standardní ošetrovatelské postupy, které se zpravidla odvíjejí od standardního ošetrovatelského postupu „Péče o zemřelého“, který zpracoval Gladkij (7) a je popsána v publikaci „Ošetrovatelská péče II“ od autorů Patrik Burda a Lenka Šolcová (8). Tato problematika jde širokým spektrem behaviorálních disciplín, je však více orientována na péči o umírajícího. Téma péče o mrtvé tělo ustupuje do pozadí. Komunikace s pozůstalými je komunikačně, eticky i psychologicky velmi citlivé a náročné téma a určitě by mu měla být v budoucnu věnována větší pozornost, protože souvisí i s psychickým vyrovnáním se pozůstalých s odchodem jim blízkého člověka. Fáze umírání popsala lékařka Kübler-Ross (9) a tyto fáze platí i pro pozůstalé k vyrovnání se s odchodem blízkého člověka.

### Portfolio užitečných zkušeností

Co to je? Je to vlastně „databáze“ profesních zážitků, osobních prožitků a zaujatých postojů, učiněných rozhodnutí, kterou by si měl student ze školy odnést. Zde je důležité reflexe pacienta, která má význam pro umocnění jeho zkušenosti pro budoucnost. Například student/ka zhodnotí situaci a snaží se odpovědět na otázky: Co se má dít, aby situace byla pro umírajícího i jeho rodinu považována za zvládnutou? Co to pro mě

znamená pečovať o umierajúciho človeka? Čeho se bojím? Čemu se snažím vyhnout? Co mi v této situaci pomohlo? Jak se budu snažit chovat a jednat příště? (10). Toto portfolio by určitě bylo velmi přínosné pro studenty i pro tak psychicky, eticky a odborně náročnou situaci jakou je péče o mrtvé tělo.

### Metodika

Výzkum byl realizován kvantitativní výzkumnou metodou, technikou dotazníku s využitím otevřených otázek. Cílem výzkumu bylo zjistit, jakou mají studenti zkušenost s péčí o mrtvé tělo, zda jsou pro praxi na péči o mrtvé tělo dostatečně připraveni.

Hlavní výzkumná otázka zněla: Jak jsou připraveni budoucí absolventi studijního programu „Ošetrovatelství“ na péči o mrtvé tělo? K tomu jsme si stanovili dílčí otázky:

- Cítí studenti úctu k mrtvému tělu?
- Respektují důstojnost člověka po zastavení životních funkcí organismu?
- Jsou si studenti vědomi toho, že i k mrtvému tělu přistupujeme s úctou, že je to stále člověk?

### Design výzkumu

Výzkum jsme realizovali v letním semestru (únor – duben) akademického roku 2018/2019 u studentů oboru Ošetrovatelství/Všeobecná sestra. Oslovili jsme celkem 100 studentů 2. a 3. ročníku prezenčního studia. Návratnost dotazníků byla 100 %. Dotazník obsahoval 17 otázek. Mimo těchto otázek v úvodu dotazníku jsme se tázali na pohlaví, ročník studia. Pokud jde o charakteristiku otázek, tak osm otázek bylo škálových, kdy student měl vybrat jednu odpověď: zásadně nesouhlasím, spíše souhlasím, nemám názor, spíše souhlasím, zásadně souhlasím. Dvě otázky byly stupnice: od naprosto nesouhlasím – po naprosto souhlasím, student měl zaznamenat určitý stupeň. Šest otázek bylo otevřených a 1 otázka byla výčtová.

### Interpretace výzkumu

Otázky dotazníku jsme vyhodnotili klasicky do tabulek. Otevřené otázky jsme vyhodnotili interpretativní fenomenologickou analýzou. Hendl uvádí, že sociální svět je natolik složitý, že by-

chom měli používat interpretativní metody a metody zajišťující dokonalý popis situace.

Vzhledem k tomu, že jsme potřebovali kombinovat různé výzkumné metody, tak jsme použili Interpretativní fenomenologickou analýzu (IPA – Interpretative Phenomenological Analysis). Ta se pokouší porozumět žité zkušenosti člověka. IPA je fenomenologická tím, že se snaží prozkoumat osobité vnímání nebo vysvětlování si událostí, situací a zkušeností člověka (11).

### Příprava studentů na ošetření mrtvého těla

Na otázku, zda vysoká škola dostatečně připravuje na setkávání se smrtí, 84 % studentů odpovědělo, že jsou připravováni dostatečně, tj. odpověděli „spíše souhlasím“. 10 % studentů „nemělo vlastní názor“ a 6 % odpovědělo „spíše nesouhlasím“. Na otázku, zda studenti připravila střední zdravotnická škola dostatečně na setkávání se smrtí, jsme 11 dotazníků vyřadili, protože nešlo o absolventy střední zdravotnické školy a 89 dotazníků jsme považovali za 100 %. Z těchto 100 % jich 75 % odpovědělo „nemám názor“, 20 % „spíše nesouhlasím“, 5 % „zásadně nesouhlasím“. Neobjevily se odpovědi souhlasné, z toho činíme závěr, že respondenti se domnívají, že střední zdravotnické školy studenty na setkávání se smrtí nepřipravují tak, jak by si studenti představovali. Zde musíme vzít v úvahu také skutečnost, že odpovědi jsou již ovlivněny zkušeností ze studia a praxe na vysoké škole. Na otázku, zda vysoká škola připravuje studenty dostatečně na péči o mrtvé tělo, tak nikdo neodpověděl negativně. Převažovaly odpovědi „nemám názor“ – 63 %. Dále „spíše souhlasím“ 26 %, neodpovědělo 11 % studentů. Pod škálou se objevovaly odpovědi: nedokážu posoudit, zda jsem dostatečně připraven/a.

Zajímavé byly odpovědi na otázku: Popište, jak byste si přípravu na setkání se smrtí představoval/a? Na tuto otázku odpovědělo celkem 24 respondentů, 14 respondentů neodpovědělo. Až 60 % odpovědí převažoval názor, že studenti by měli být více konfrontováni se smrtí právě v praxi. V 16 % neměli respondenti na tuto otázku názor.

Zde je výběr z odpovědí: „Myslím si, že to je podobné jako příprava na první pomoc. Příprava nikdy není dostatečně reálná jako samotné setkání.“ – „Mluvit o tom, jak pečovat o tělo, abychom si smrt v práci nebrali k srdci, nehroutit se z toho. Myslím, že tato příprava na naši škole probíhá celkem dobře.“ – „Kvalitní přípravu hlavně v oblasti psychologie, ukázka různých publikací na toto téma, předání vlastních zkušeností z praxe.“ – „Pomocí různých cvičení.“ – „Podle mne na to nedá teoreticky úplně připravit, důležité je až první setkání a zkušenost se smrtí a s ošetřením mrtvého těla.“ – „Otevřeně bych o tom s pacientem mluvila, snažila bych se, aby pacient nebyl sám. Snažila bych se, aby měl u sebe rodinu nebo přátele.“ – „Podle mě se na to nedá připravit, maximálně se naučit ovládat emoce.“ – „Myslím si, že se na to nedá připravit. Rozhodně by ošetřující personál měl být milý, měl o všem dostatečně informovat.“ – „Vítala bych během studia předávání zkušeností od sester z praxe, například co je překvapilo, co bylo nestandardní.“ – „Příprava ve všech rovinách, a to v teorii i na praxi. Vidět mrtvé tělo, získávat vědomosti o správném přístupu, jak se chovat.“ – „Nedusit v sobě smutek, mít možnost vyhledat pomoc.“

Na otázku „V kterých disciplínách se setkávání se smrtí učíte?“ Studenti uváděli: patologie, anatomie, komunikace ve zdravotnictví, potřeby člověka, etika, filosofie a další. Z odpovědí vyplývá, že setkávání se smrtí chápou vyučující i studenti jako multidimenzionální problém, kterému je potřeba věnovat pozornost ve všech vyučovaných disciplínách, a to jak behaviorálních, tak odborných ošetrovatelských, a hlavně propojit teorii s praxí.

Na otázku, v kterých disciplínách se učí péči o mrtvé tělo, studenti jednoznačně uvedli „Ošetrovatelské postupy“.

Otázka: „Každá dospělá lidská bytost jasně myslí má právo určit, co se bude dít s jejím vlastním tělem. Věnuje se tomuto právu, dle vašeho názoru, v nemocnicích dostatečná pozornost?“ Odpovědi byly negativní, od „zásadně nesouhlasím“ (67 %) až po „nemám názor“ (5 %). Kladné odpovědi se neobjevily. Z toho můžeme usuzovat, že pokud jsou studenti konfrontováni s praxí, tak neumocňují to, co se učí v teorii.



### Rituály při úmrtí

Věnovali jsme pozornost také rituálům, a to, zda studenti rituály znají. Odpovídali, že by se rituály měly dodržovat (82 %) a uváděli: „Otevřít okno při vstupu do pokoje se zemřelým. Odejde si dušička.“ – „Myslím si, že bychom se měli snažit splnit jeho přání, nechat ho rozloučit se s rodinou a snažit se být pozitivní.“ – „Pomodlit se za jeho duši, otevřít okno.“ – „K rituálům patří návštěva kněze, poslední pomazání, zpověď.“ – „Rituály určitě patří – spirituální péče, poslední pomazání, mít možnost rozloučit se s rodinou.“ – „Nabídnout službu kněze.“ – „Myslím si, že to je podle kultury a náboženství, ale nevím, že by v Čechách bylo něco tradičního.“ – „Myslím, že nejdůležitější je slušné zacházení.“ – „Rituály určitě patří, ale myslím si, že v nemocnicích se rituály nedodržují.“ – „Podvázání čelisti, minuta ticha, modlitba.“

Otevření okna a modlitba za zemřelého jako rituálu se v odpovědích objevovaly velmi často (68 %).

### Samostatná disciplína „péče o mrtvé tělo“

Na otázku, zda péči o umírající a mrtvé tělo by se měla věnovat samostatná disciplína, byly odpovědi na škále „nemám názor“ (8 %) po „zásadně souhlasím“ (63 %). Studenti by preferovali workshop, kde by byli seznámeni s příklady z praxe. Objevila se poznámka, že by studenti vítali brainstorming, kde by si generovali poznatky z teoretické výuky i praktické zkušenosti.

Péče o mrtvé tělo se studenti bojí. Pokud se setkali se smrtí, tak uváděli v hospici, na geriatrickém a interním oddělení a ve dvou případech „úmrtí v rodině“. Pokud se na praxi s péčí o mrtvé tělo nesetkali, tak se bojí, že si nebudou jisti a nebudou vědět, jak se chovat, bojí se, že to bude velmi nepříjemný zážitek.

Jedna z otázek zjišťovala, zda mají studenti z praxe nepříjemný zážitek, který se týká péče o mrtvé tělo. Na tuto otázku odpovědělo celkem 12 studentů (tj. 12 %): „Ano, mám velmi špatný zážitek: Mrtvý celý den ve vaku na chodbě, sestry se kolem něj protahovaly a pacienti kolem chodili.“ – „Sestřičky udělaly jen ty nejdůležitější úkony, jen aby byly co nejrychleji na sesterně.“ – „Nevhodné poznámky nad mrtvým tělem.“

### Diskuse

Jak bylo uvedeno, šetření se zúčastnili pouze studenti prezenční formy studia. Studenty kombinovaného studia jsme neoslovovali, protože se domníváme, že jejich odpovědi by byly ovlivněny praxí. Předpokládáme, že je v budoucnu oslovíme a výsledky budeme komparovat.

V rámci našeho šetření bylo použito 6 otevřených otázek s cílem podnítit respondenta k hlubšímu zamyšlení nad tématem. Následně byla provedena obsahová analýza získaných odpovědí a jejich kategorizace. Dle výsledků otevřených otázek zodpovězených v dotazníku lze konstatovat, že studenti odcházejí do praxe připraveni. Samozřejmě, vždy se mohou vyskytnout specifické situace a situace odlišné od těch modelových. Vždy je třeba se chovat eticky, komunikovat vyrovnaně a snažit se pozůstalým zmírnit jejich bolest. Je také nutné se chovat v souladu s právními předpisy.

Problematické péče o mrtvé tělo nebyl dosud věnován systematický výzkum. Výjimkou je výzkum realizovaný v roce 2011 Dagmar Švecovou (Fakultní nemocnice Hradec Králové), která celorepublikově zjišťovala, jaké pocity mají sestry při péči o mrtvé tělo. Výsledky výzkumu jsme nekomparovali, protože se jednalo o sestry z praxe, byly však již publikovány (12). Účt k člověku je věnována také teoretická studie: Důstojnost člověka v závěru života, fenomén naděje a empatie (1).

Studenti se nad odpověďmi zamýšleli, někdy pod škálovou otázkou byly ještě vlastní poznatky studentů. Na počátku výzkumu jsme předpokládali, že studenti se budou k mrtvému tělu stavět negativně, že se péče o mrtvé tělo budou obávat (štitit). Je pozitivní, že tomu tak není a mají vstřícný postoj k získání co nejvíce zkušeností. Pokud se nesetkali se smrtí, tak se obávají, že nebudou vědět, jak se mají chovat. Nejvíce zkušenosti o mrtvé tělo získávají na praxi v hospicích. Pokud se vyjadřovali kriticky, tak jim vadili nevhodné řeči, které vedly sestry v praxi při péči o mrtvé tělo. Pokud měli studenti jakoukoliv negativní zkušenost, tak ji velmi kritizovali.

Studenti také uváděli, že získávají vědomosti o dané problematice v oše-

trovatelských postupech, z behaviorálních disciplín uváděli filozofii a etiku. Překvapující bylo, že jim chyběli dostatečné vědomosti z komunikace – tj. komunikace o smrti s rodinnými příslušníky a také s umírajícími. Absentovala rovněž zkušenost s biografickým příběhem jako uvědoměním si smysluplnosti života a vyrovnání se s konečností životní pouti. Důležité je, že pro studenty nekončí respekt k důstojnosti člověka smrtí, že si podle nich úctu zaslouží i mrtvé tělo a nevhodnému chování nad mrtvým měli kritický postoj. Můžeme s uspokojením konstatovat, že se nám daří vzdělávat absolventy, kteří se budou chovat k člověku v terminální fázi důstojně a úctu budou mít i k tělu, z něhož odešla duše na věčnost.

V nové publikaci autorů Andrášiová, Bednařík (13) je věnována pozornost také těmto otázkám: Jak reagovat na otázky pacientů týkajících se umírání a smrti Doporučené vedení rozhovoru o smrti a umírání. Jak hovořit s rodinou. I když je kniha primárně určena lékařům, naleznou zde poznatky, praktické ukázky, rady a podporu jak, zlepšit komunikaci i jiní zdravotničtí pracovníci, zejména pak sestry, fyzioterapeuti a zdravotně-sociální pracovníci. Kniha vznikla na základě bohatých zkušeností autorů z klinické praxe, z jejich dlouhodobé spolupráce s lékaři, z výpovědí pacientů a rodinných příslušníků. Zdravotnickým pracovníkům může tato kniha napomoci k lepší komunikaci s pacienty a jejich blízkými, k získání důvěry pacienta nutné k aktivní spolupráci na léčbě (13).

### Závěr

Z výsledků našeho výzkumu vyplynulo, že studenti odcházejí do praxe dobře připraveni a jsou si vědomi toho, že do jejich pracovní náplně bude patřit také úcta k člověku po smrti.

NICE – National Institute for Health and Care Excellence vydala v prosinci 2015 Směrnici NICE [NG31] „Péče o umírání dospělých v posledních dnech života“, kde jsou specifikovány činnosti, které by měla sestra provádět (14). To je ovšem již jiná výzkumná problematika.

## Literatura

1. Kutnohorská J, Kudlová P. Dústojnosť človeka v závere života, fenomén nádeje a empatie. Paliat. med. liec. boles., 2018;11(1-2):17-19.
2. Kisvetová H, Kutnohorská J. Umríání a smrt v historickém vývoji. Kontakt. 2010;2:212-219. [online]. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2010/02/14.pdf>.
3. Schweitzer Miller R. Albert Schweitzer zastávce kritického myšlení a úcty k životu. Praha: Vyšehrad; 1988:308.
4. Kutnohorská J, Cichá M, Goldmann R. Etika pro zdravotné sociální pracovníky. Praha: Grada; 2011:192.
5. Vondráček J, et al. Postup sestry při úmrtí pacienta. 2005. [online]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/postup-sestry-pri-umrti-pacienta-288291>.
6. Švestka J, Dvořák J, Fiala J. Občanský zákoník: komentář. Svazek I (§1 – 654). Praha: Wolters Kluwer; 2014:731.
7. Gladkij I. Standardní ošetrovatelský postup péče o zemřelého. In: Integrovaný program implementace managementu

- health case studies. Zlin: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií; 2014: 226.
13. Andrášiová M, Bednařík A. Komunikace s nemocným – sdělování nepříznivých informací. Praha: Grada; 2019.
14. NICE [NG31] Péče o umírání dospělých v posledních dnech života [online]. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/chapter/Recommendations (www.nice.org.uk)>.
8. Burda P, Šolcová L. Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatelství, II. díl. Praha: Grada; 2016:234.
9. Kübler-Ross E. Odpovědi na otázky o smrti a umírání. Praha: Tvorba; 1995:288.
10. Špirudová L. Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty. Praha: Grada; 2015:144.
11. Hendl J. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. (Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání). Praha: Portál; 2016:407.
12. Kutnohorská J, Švecová D. Nurse as a part of social support dying. In: Moravčíková D, Vaško M. Family – Health – Disease 2013. Proceedings of the international Conference on

**PhDr. Mgr. Pavla Kudlová, PhD.**

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd  
Štefánikova 5 670, 760 01 Zlín, Česká republika  
kudlova@utb.cz

# Solen kalendář vzdělávacích podujatí 2020

## Marec

- » **XXX. bratislavské postgraduálne dni detskej neurológie**  
13. – 14. marec 2020, Hotel Park Inn, Bratislava

## Apríl

- » **X. sympóziu o primárnych imunodeficienciách**  
22. apríl 2020, Hotel Saffron, Bratislava
- » **Pediatrica pre prax, 60. pediatrické dni**  
23. – 24. apríl 2020, Hotel Saffron, Bratislava

## Máj

- » **XII. medzinárodný kongres CEVF a XVII. angiologický deň LF UK BA**  
19. – 21. máj 2020, Moyzesova sieň FiF UK, Bratislava
- » **5. konferencia Slovenskej spoločnosti radiačnej onkológie**  
22. – 23. máj 2020, Hotel Yasmin, Košice

## Jún

- » **Neurologický deň**  
4. jún 2020, Csillagház, Rimavská Sobota
- » **Novinky z ASCO**  
12. jún 2020, Hotel Carlton, Bratislava

## September

- » **Medicína pre prax, kongres lekárov prvého kontaktu, XVI. ročník**  
24. – 25. september 2020, Hotel Holiday Inn, Bratislava

## Október

- » **XXXI. celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v onkológii**  
1. október 2020, Hotel Holiday Inn, Bratislava
- » **Bratislavské onkologické dni, LVII. ročník**  
1. – 2. október 2020, Hotel Holiday Inn, Bratislava
- » **Networking mladých neurologov**  
október 2020, Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica
- » **Sympóziu praktickej neurológie, Neurológia pre prax, XIV. ročník**  
23. – 24. október 2020, Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica

## November

- » **Právne, forenzné a ekonomické aspekty medicíny**  
november 2020, Bratislava
- » **9. slovenská konferencia o zriedkavých chorobách**  
5. – 6. november 2020, Hotel Holiday Inn, Bratislava
- » **Dermatológia pre prax, 4. ročník**  
13. – 14. november 2020, Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica

## December

- » **Simanov 19. deň detskej chirurgie**  
december 2020, Pálffyho palác, Bratislava

# Manažment pacienta s malígnou ranou

**PhDr. Jana Nemcová, PhD., Mgr. Edita Hlinková, PhD.**

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Ústav ošetrovateľstva

**Manažment starostlivosti pri malígnej rane je špecifický pre nehojaci sa a postupujúci charakter rany. Dôležité je, aby ošetrujúci vedeli, že aj napriek tomu je možné zvládať problémy pri malígnej rane a podporovať komfort pacienta a jeho rodiny.**

**Kľúčové slová:** malígna rana, manažment, posudzovanie, pacient s malígnou ranou

## Management of patient with malignant wound

**Malignant wound care management is specific to the non-healing and advancing nature of the wound. It is important that caregivers know that despite this it is possible to cope with malignant wound problems and to support the comfort of the patient and his family.**

**Key words:** malignant wound, management, assessment, patient with malignant wound

Paliat. med. liec. boles., 2019;12(2e):74-77

## Úvod

Malígna rana (ďalej MR) je zapá-chajúca, secernujúca nekrotická lézia, spojená s proliferáciou alebo ulceráciou tkaniva (obrázok 1) jednotlivito alebo súčasne (1). Pri poškodení tkaniva eróziou do hĺbky vznikne ulcerózna MR. Ak nádorová hmota prevyšuje povrch kože a dôjde k osídleniu hubami, hovoríme o funginóznej MR, ktorá má karfiolovitý vzhľad (2, 3). Malígna rana môže vzniknúť aj metastázovaním nádoru zo vzdialenejšej lokalizácie, napr. pri karcinóme pľúc, hrubého čreva, ojedinele sa vyvinie z chronickej rany. Príčinou môže byť tiež poškodenie kože primárnym kožným nádorom pri diagnóze karcinómu skvamózných buniek a bazocelulárnom karcinóme (obrázok 2) alebo pri malígnom melanóme. MR sa vyskytujú u 5 - 10 % prípadov z celkového počtu onkologicky chorých (4, 5). Vyskytujú sa viac u mužov (32,3 %) ako u žien (12,0 %), najviac vo vekovej skupine medzi 60. - 70. rokom života (1). MR svojim vzhľadom pôsobia väčšinou odpudzujúco a sú utrpením pre pacienta. Vyvolávajú neprijemné pocity pre blízkych a iných opatrovateľov, zvlášť ak je rana na viditeľnom mieste, na tvári alebo na krku. Cieľom ošetrovania je len zriedka vyhojenie MR. Hlavnou snahou pri poskytovaní paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti je zaistenie komfortu pre pacienta a eliminácia obťažujúcich symptómov (6, 7). Cieľom príspevku je opísať posudzovanie lokalizácie, veľkosti, sprievodných symptómov a psychosociálneho aspektu manažmentu malígnej rany.

**Obrázok 1.** Malígna rana pri karcinóme prsníka



## Posudzovanie lokalizácie a veľkosti rany

Lokálne posudzovanie MR sa zameriava na zhodnotenie lokalizácie rany a z toho vyplývajúce informácie o možnosti fixácie sekundárneho krytia MR aj s úmyslom udržania maximálnej mobility pacienta a vykonávania sebaobslužných činností, ale aj dostatočného prekrytia rany z estetického hľadiska (8). Súčasťou lokálneho posúdenia je zhodnotenie vzhľadu MR, jej veľkosti (dĺžky, šírky, hĺbky), spodiny a okrajov rany. Koža v okolí MR môže byť erytematózna, veľmi krehká a macerovaná, môže byť prítomná rôzne masívna exsudácia. Vzhľad a rozsah MR môže byť veľmi variabilný, preto meranie veľkosti nemusí zodpovedať zaužívaným prístupom. Napr. okraje rany môžu rôzne presahovať do okolia a tvoriť akoby satelity rany, rôzna farba kože môže byť indikáciou infiltrácie nádoru. Presné meranie MR je náročné a otázne je aj klinické hodnotenie, keďže ide o ranu, pri ktorej neočakávame

**Obrázok 2.** Malígna rana pri bazocelulárnom karcinóme



hojenie. Fotodokumentácia MR na zaznamenanie vzhľadu rany (so súhlasom pacienta) informuje o progresii rany, môže byť užitočná pri výbere ošetrovacieho materiálu, frekvencii prevázov a množstve materiálu potrebného na preväzy. MR môžu byť komplikované vznikom fistuly. Ak sa MR nachádza blízko veľkých ciev, zvyšuje sa riziko krvácania, ktoré môže byť aj fatálne. Nádory, ktoré bránia prístupu vzduchu, spôsobujú obštrukciu. Kompresia a obštrukcia ciev, napr. vena cava a lymfatickej cievy, môžu spôsobiť nekrózu, edém alebo lymfedém. Posúdenie lokalizácie rany a miery rizika krvácania alebo obštrukcie je preto pre plánovanie starostlivosti dôležitejšie ako samotné rozmery rany. O existujúcom riziku krvácania alebo obštrukcie by mali byť pacient a jeho rodina informovaní (9, 10).



### Posudzovanie a manažment sprievodných symptómov MR

Sprievodné symptómy pri MR bývajú infekcia, zápach, exsudácia, svrbenie, bolesť a krvácanie. Symptómy MR určujú terapeutické a ošetrovateľské postupy, ako aj voľbu vhodných preväzových materiálov (11).

**Lokálna infekcia** MR sa prejaví začervenaním, opuchom, zvýšenou bolesťovosťou, exsudátom, prípadne leukocytózou a horúčkou. Dôležité je rozhodnúť, či ide o klinicky manifestovanú infekciu alebo o lokálne osídlenie rany baktériami (kolonizáciu). Podávanie antibiotík je indikované pri systémovej infekcii, môžeme tým dosiahnuť aj redukcii bakteriálneho osídlenia rany, elimináciu infekcie a prínosom je zníženie zápachu (10, 12).

Súčasťou starostlivosti je **čistenie** MR a jej okolia od pôvodného krytia, exsudátu a odlúčeného tkaniva. Odporúča sa použiť irigáciu fyziologickým roztokom (NaCl 0,9 %) alebo aj čistou (prevarenou) vodou. Čistenie rany môžeme zaistiť aj sprchovaním, vtedy je potrebné dať pozor, aby voda mala primeranú teplotu (36 – 37°C) a tlak zo sprchy bol primerane silný. Čistenie MR pomocou antiseptických roztokov (jodovaný povidón, polyhexanid) napomáha zníženiu exsudácie. Na primárne krytie sú vhodné materiály s obsahom uhlia alebo striebra (13). Na okolie rany môžeme použiť detské alebo dezinfekčné mydlo, ktoré zabraňuje kolonizácii baktériami a eliminujú zápach. Pri čistení MR treba zohľadniť, že použitie antimikrobiálnych prostriedkov, ako napr. jodovaný povidón môže spôsobovať alebo zhoršovať lokálnu bolesť, keďže spôsobuje vysychanie rany. Krytie treba odstraňovať opatrne, aby sme nespôsobovali bolesť a nenastalo krvácanie. Niektoré dezinfekčné roztoky (napr. jodovaný povidón) môžu zhoršiť zápach rany.

**Odstraňovanie nekrotického tkaniva** MR sa môže robiť aj pomocou debridementu. Indikáciou je extenzívny rast nádoru, prevencia infekcie, odstránenie bolesti a zápachu. Pri MR je vhodný autolytický debridement. Odporúčané sú preväzové materiály na vlhké hojenie, napr. hydrovlákna, hydrogély a algináty. Dobrá skúsenosť je aj s medovou tera-

piou, ktorá likviduje a oddeľuje devitalizované tkanivo od spodiny MR. Ak lézia nie je veľmi krehká, môžeme sa pokúsiť o debridement sprchovaním, čo má aj priaznivý psychologický aspekt pre pacienta. Ďalším spôsobom odstránenia nekrotického tkaniva je jemné mechanické odstraňovanie gázou (navlhčenie) alebo irigáciou Ringerovým roztokom. Ostrý debridement skalpelom robí lekár tak, aby nedošlo k poškodeniu vitálneho tkaniva a nenastalo krvácanie, ktorého zastavenie môže byť náročné (2, 3).

MR často sprevádza ťažko kontrolovateľný **zápach (odor)** pripomínajúci napr. hnijúce mäso. Zvlášť negatívny dopad má na kvalitu života pacientov aj opatrovateľov. Vedie k pocitom viny, odporu, k sociálnej izolácii a depresii. Pacienti sa cítia zahanbení a ponížení. Zápach môže spôsobovať aj nauzeu (14). Príčinou zápachu sú anaeróbne a aeróbne baktérie, nekróza tkaniva, nedostatočné cievne zásobenie tkaniva a exsudát. Na zmiernenie zápachu sa odporúča lokálne použiť metronidazol, ktorý pôsobí na anaeróbne baktérie, je vhodný pri klinicky manifestovanej infekcii rany, nie pri bakteriálnej kolonizácii rany (5 mg tablety rozpustiť v 1 ml sterilnej aqua pro injectione, čo zodpovedá 0,5 % roztok alebo 10 mg v 1 ml ako 1 % roztok). Roztok môže byť aplikovaný priamo na MR alebo sa priloží roztokom napustená gáza, tento spôsob je vhodný aj na vyplnenie dutiny (cavity) ulcerujúcej MR. Gáza by nemala vyschnúť, vysušenie rany spôsobuje bolesť a krvácanie pri odstraňovaní krytia. Vhodný je aj metronidazol gél 0,75 %. Pomáha eliminovať zápach, infekciu a intenzitu bolesti (15). K dispozícii je aj antibakteriálny gél s obsahom jódu (Cadexomer iodine gel), ktorý obsahuje pomaly sa uvoľňujúci iodín, ktorý znižuje bakteriálne osídlenie bez cytotoxicity. Možno použiť krytie s aktívnym uhlím (8). Na prekrytie zápachu v prostredí je vhodné pravidelné vetranie, použitie vonných olejov alebo sviečok (vhodné sú vône borovice, eukalyptu, nie sladké kvetinové vône) (16).

V závislosti od charakteru MR môže byť prítomný **sekrét** alebo **exsudát**. Príčinou exsudátu je katabolizmus tkaniva vyvolaný bakteriálnymi proteázami, zápalovým procesom spojeným

s infekciou a vysokou permeabilitou ciev v nádore (17). Pri posudzovaní opisujeme množstvo, viskozitu a príčinu. Kľúčovou intervenciou je odvádzanie exsudátu, aby sme zabránili macerácii a infekcii v okolí rany, preto je vhodným krytím gáza, ktorá je permeabilná (3). Vhodné je použiť aj neadherentné krytie so sterilnou gázou napustenou vazelinou a spodinu rany vyplniť ľahko absorbujúcim kompresom alebo napr. brušnými rúškami s obsahom metronidazol gélu (8). Môžeme použiť aj krytie impregnované striebrom alebo s aktívnym uhlím (znižujú nepríjemný zápach a eliminujú infekciu rany) alebo sterilný masťový tyl v kombinácii so sekundárnym krytím z gázy. Ďalšou možnosťou sú absorbujúce kompresy, ktoré majú dobrú saciu schopnosť a zároveň ochránia kožu v okolí MR, čo je tiež jeden z cieľov manažmentu exsudátu. Kožu v okolí silne secernujúcej MR môžeme chrániť použitím stomickej podložky alebo zinkovej pasty. Na veľmi krehkú kožu v okolí MR je vhodné použiť neadhezívne krytie, napr. tenké hydrokoloidné pásy na okolie rany, ktoré sa udržia na koži dlhšie a bránia dráždeniu kože exsudátom. Na macerovanú a poškodenú kožu môžeme aplikovať v tenkej vrstve aj lokálne kortikosteroidy na obdobie nevyhnutné pre potenciálne nežiaduce následky. Krytie rany môžeme prichytiť (fixovať) pomocou hydrofilného alebo elastického obväzu, prubanu, športovej podprsenky alebo odevu. V prípade krvácajúcich rán treba monitorovať prípadné väčšie krvné straty. Redukcia hmoty MR a tým aj exsudácie je možná aj pomocou elektrochemoterapie, rádioterapie a chemoterapie. Exsudát často znečistí odev a posteľnú bielizeň, čo môže u pacienta vyvolať nepríjemné pocity viny alebo straty kontroly nad svojím telom a zníženej sebaúcty. Zabránilo tomu častejšou hygienickou starostlivosťou a výmenou osobnej a posteľnej bielizne (4, 12, 18).

Veľmi nepríjemným sprievodným príznakom pri MR je **pruritus (svrbenie)**, ktoré môže pacient pociťovať aj v oblasti neporušenej kože (príčinou je infiltrácia tumoru s útlakom na nervové zakončenia). Svrbenie pri MR nemusí reagovať na liečbu antihistaminikami, možno skúsiť tricyklické antidepresíva. Ako nefarma-

kologický prístup na elimináciu svrbenia sa môže aplikovať transkutánna elektrická nervová stimulácia (TENS). Eliminácii svrbenia napomáha aj použitie hydrogélov pri preväze MR, ktoré udržiava kožu hydratovanú (nevhodné však pri silnej exsudácii). Vhodná je bavlnená posteľná bielizeň a oblečenie pacienta, ktoré môžu potenciálne znížiť svrbenie (12, 19).

**Krvácanie** je vážnou komplikáciou MR, najmä ak je príčinou poškodenie ciev nádorom, krvácanie môže byť smrteľné. Rizikové sú najmä nádory susediace s veľkými cievami (v oblasti hlavy, krku alebo nádory v panve s prerastaním do slabiny). Riziko krvácania môže zvyšovať aj predchádzajúca rádioterapia, užívanie perorálnych antikoagulancií a antitrombotík, trombocytopenia, nedostatok vitamínu K a iné poruchy koagulácie (20). Krvácanie môže byť spôsobené aj nešetrným previazom rany a strhávaním zaschnutého krytia. Ak je tkanivo v malignej lézii veľmi krehké, krvácanie môže nastať aj pri minimálnom dotyku. Preto je dôležité zaistiť pri preväze atraumatické odstraňovanie krytia a čistenie pomocou irigácie, ranu čo najmenej trieť a zotierať. Vhodné sú tenké hydrokoloidné pásy v okolí rany, ktoré sa udržia na koži dlhšie a bránia prenikaniu exsudátu na kožu. Prvou pomocou pri krvácaní je kompresia krvácajúceho miesta na 10 – 15 minút, priloženie ľadového vrečka na primeraný čas. Pri pretrvávajúcom krvácaní možno použiť lokálne kalcium alginát alebo kolagén, keďže majú hemostatické účinky, ďalšími možnosťami sú epinefrín na gáze alebo priamo (adrenalin – epinefrín 1 : 1 000), absorpčná hemostatická špongia alebo želatína (Gelfoam), kolagén oxidatívna regenerujúca celulóza (Promogran, Ethicon). Mierne krvácanie môžeme eliminovať použitím krytia s obsahom silver nitrate vlákien. Na zastavenie krvácania v paliatívnej starostlivosti môžeme použiť hemostatiká, ako sú BLOODCARE powder, Traumacel pulvis, Traumacel FAM, čo je sterilné vstrebateľné hemostatikum na rany, BIOSPRAY a aj sucralfat suspension, čo je finančne efektívne. Krvácanie z MR spôsobuje stres pre pacienta, rodinu aj opatrovateľov. Dôležité je, aby všetci boli vopred informovaní o riziku krvácania a možnostiach riešenia, ak krvácanie nastane, najmä ak

je pacient v domácom ošetrovaní, napr. z psychosociálneho hľadiska je vhodné mať pripravené tmavé uteráky (červený, hnedý, čierny alebo zelený) a zmierniť tak negatívne emócie pacienta aj opatrovateľov (8, 24).

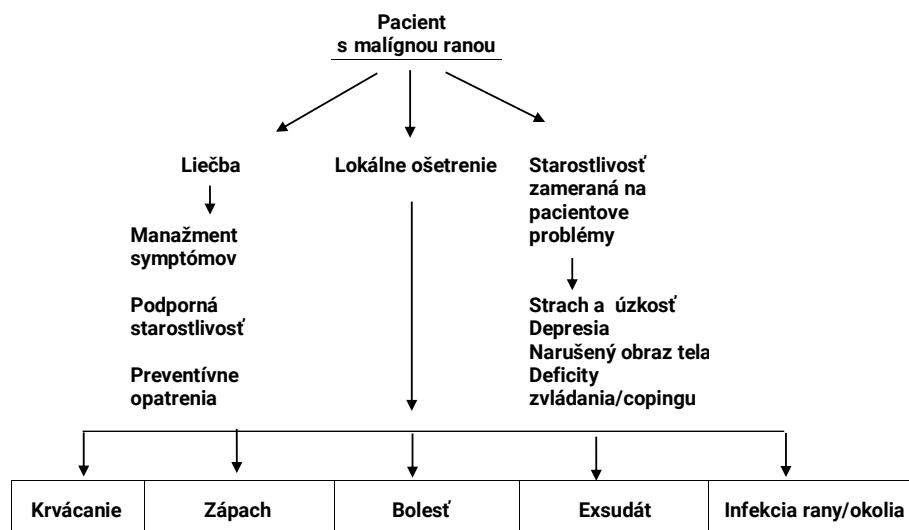
**Bolesť** je ďalším závažným a komplexným sprievodným príznakom pri MR. Príčinou môže byť tlak nádoru na tkanivá, poškodenie nervov pri raste nádoru, opuch následkom nedostatočného prietoku kapilármi a lymfatickými cievami, infekcia a odhalenie nervových zakončení pri poškodení kože, ale aj neodborný postup pri preväze. Posúdenie bolesti má význam pre rozhodovanie, ako bolesť eliminovať. Napr. pri čistení rany sa odporúča skôr použiť irigáciu ako čistenie tampónmi, mali by sa používať neadherentné obvazy. Ak rana nesecernuje, prospešné je udržiavať ju vo vlhkom prostredí správne zvoleným krycím materiálom, predídeme tak aj dráždeniu nervových zakončení (13, 17). Intenzita bolesti pri MR závisí od miesta rany, hĺbky poškodenia tkaniva, zasiahnutia inervácie, predchádzajúcej skúsenosti pacienta s bolesťou a so zvládaním manažmentu analgézie. Bolesť pri MR môže byť hlboká, neuropatická a povrchová spojená s previazom. V tomto prípade hovoríme aj o komplexnej bolesti, lebo zasahuje a ovplyvňuje fyzickú, psycho-sociálnu aj duchovnú oblasť osobnosti pacienta (2). Manažment bolesti sa zakladá na posudzovaní, monitorovaní, analgézií a tiež psychickej podpore. Farmakologický prístup k bolesti využíva WHO rebrík analgetickej liečby. Postupuje sa od neopioidných analgetík k opioidným analgetikám, pričom sa lekár rozhoduje o sile a pridaní adjuvancií. Opioidy pri MR sú podávané pri liečbe pálčivej bolesti, zapríčinennej poškodením kože spojennej s ulceráciou. Štúdie potvrdili, že aktuálne podanie morfinu má analgetický efekt aj pri nižšej dávke. Ak býva preväz spojený s bolesťou, preventívne treba pred výkonom podať vhodné analgetiká. Volíme opioidy, ktorých účinkov nastupuje rýchlo a trvá krátko. Povrchovú bolesť môžeme lokálne eliminovať lidokaínom alebo benzokaínom. Odporúča sa použiť ľadové vrečko pred alebo aj po preväze (8). Možnosťou je aj diamorfín 10 mg, ktorý pridáme do amorfného hydrogélu, čo vedie k zmier-

neniu bolesti. Lokálne aplikovanie morfinu na ranu malo významný efekt na nižšie skóre bolesti v porovnaní s pacientmi, u ktorých nebol lokálne použitý (2, 20).

### Posudzovanie psychosociálneho stavu pacienta

Pacienti s MR strácajú kontrolu nielen nad vlastným telom, ale aj nad svojím životom. MR svojím vzhľadom a sprievodnými symptómami zhoršujú kvalitu života pacientov. Neprijemne vyzerajúca a zapáchajúca rana môže viesť k strate sebaúcty, odmietaniu kontaktov s rodinou a známymi, čo ďalej prehĺbuje beznádej, bezmocnosť, pocity viny a hanby. Úzkosť pacienta zo zápachu, pretekajúcej rany a bolesti spôsobuje poruchy spánku. Narušený obraz tela môže viesť k zmene osobnosti pacienta, narušeniu vzťahov v rodine a so známymi. MR spôsobujú stres, stratu dôstojnosti a zhoršenie kvality života pacienta. Pacienti s MR majú mať zaistenú paliatívnu starostlivosť, ktorej manažment pokrýva ošetrovanie rany, riešenie sprievodných symptómov, ale aj pomoc a podporu pacientovi a rodine pri riešení psychických, sociálnych, spirituálnych a socio-ekonomických problémov (21).

Rodina, ktorá je často jedinou oporou pre pacientov, je pod veľkým telesným a psychickým stresom. Ťažké je pre nich byť blízkou osobou a zároveň opatrovateľom. Maligne rany sú pre nich skúsenosťou, ktorá im môže spôsobiť psychickú a emocionálnu úzkosť. Dôležité je, aby sa rodina mohla poradiť so zdravotnou sestrou a lekárom so skúsenosťami s ošetrovaním chronických rán, v našich podmienkach túto problematiku zastrešujú aj erudované sestry z agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS). Rodina a opatrovatelia by mali cítiť ich podporu a záujem (22). Problémom tiež môže byť aj pocit laických opatrovateľov, že nie sú schopní svojmu blízkemu náležite pomôcť alebo že nezvládajú prekonať neprijemné pocity spojené so starostlivosťou. Prínosom je, ak sú príbuzní a opatrovatelia edukovaní, ako sa postarať o pacienta pri základných potrebách, ako je hygiena, polohovanie, výživa a vyprázdňovanie

**Obrázok 3.** Schéma manažmentu pacienta s malígnou ranou (adaptované podľa Woo, 2010)

a na základe poučenia zvládajú podávať medikáciu a reagovať, ak má pacient bolesti, ideálne v spolupráci s lekárom ambulancie chronickej bolesti. Mali by tiež vedieť, čo treba robiť v naliehavých situáciách, napr. pri krvácaní, ako urobiť kompresiu, priložiť lokálne ľadové vrecko, kalcium alginát alebo iné hemostatické prípravky a krytie. Vhodné je, aby pacient a rodina mohli pri komplikáciách využiť telefonický kontakt na odborníka, ktorý koordinuje starostlivosť o MR pacienta (23), v našich podmienkach napr. aj sestra z ADOS, mobilný paliatívny tím a ošetrojúci lekár.

### Záver

Dôležitým východiskom v manažmente pacienta s MR je posudzovanie, ktoré má vplyv na ošetrovanie rany, pacienta, rodinu a opatrovateľov. Posudzovanie pomáha zdravotníckym profesionálom systematicky odhaľovať a hodnotiť problémy pacienta s MR a má význam pre komplexný prístup v starost-

livosti s dopadom na komfort pacienta, rodinu a iných opatrovateľov (obrázok 3).

### Literatúra

1. Connor M, Aranda S. Paliatívna péče pro sestry všech oborů. Praha: Grada Publishing; 2005:324.
2. Ferrel B, Coyle N. Textbook of Palliative Nursing. 3rd ed. Oxford: Oxford University; 2010:1246.
3. Grocott P. Care of patients with fungating malignant wounds. Nursing standard. 2007;21(24):57-66.
4. Grocott P, Cowley S. The palliative management of fungating malignant wounds--generalising from multiple-case study data using a system of reasoning. International Journal of Nursing Studies. 2001;38(5):533-45.
5. Naylor W. Malignant wounds: aetiology and principles of management. Nursing standard 2012;16(45-56).
6. Lo SF, Hayter M, Hu WY, et al. Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. Journal of Advanced Nursing. 2012;68(6):1312-1321.
7. Siu-Ling EM, Wai-Man CK. Management of malignant wound: nursing perspective. HKSPM Newsletter. 2004;(2):11.
8. Seaman S. Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. Seminars in oncology nursing. 2006;22(3):185-193.
9. Wild T, et al. Basics in nutrition and wound healing. Nutrition. 2010;26(9):862-866.
10. Woo KY, Sibbald G, Karsten F, et al. Assessment and management of persistent (chronic) and total wound pain. International Wound Journal. 2008;5(2):205-215.

11. EONS. Recommendations for the Care of Patients with Malignant Fungating Wounds. London: European Oncology Nursing society; 2015:29.
12. Wilson V. Assessment and management of fungating wounds: a review. British Journal Community Nursing. 2005;(10)3:S28-34.
13. Gethin G. Managing wound malodour in palliative care. Wounds UK, Palliative Wound Care Supplement. 2010;p.12-15.
14. Gethin G, et al. Current practice in the management of wound odour: An international survey. International Journal of Nursing Studies. 2014;51(6):65-874.
15. Lund-Nielsen B, Adamsen L, Gottrup F, et al. Qualitative bacteriology in malignant wounds – a prospective, randomized, clinical study to compare the effect of honey and silver dressings. Ostomy Wound Management. 2011;57(7):28-36.
16. Alexander S. Malignant fungating wounds: managing malodour and exudate. Journal Wound Care. 2009;18(9):374-382.
17. McManus J. Principles of skin and wound care: the palliative approach. End of Life Care. 2007;(1):8-19.
18. Naylor W. Malignant wounds: aetiology and principles of management. Nursing standard. 2012;(16):45-56.
19. Probst S, Arber A, Faithfull S. Coping with an exulcerated breast carcinoma: an interpretative phenomenological study. Journal of Wound Care. 2013;22(7):352-360.
20. Graham T, Grocott P, Probst S, et al. How are topical opioids used to manage painful cutaneous lesions in palliative care? A critical review. Pain. 2013;154(10):1920-1928.
21. Hayer SF, Hu WY, Tai CY, et al. Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. Journal of Advanced Nursing. 2012;68(6):1312-1321.
22. Bee PE, Barnes P, Luker KA. A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer. Journal of Clinical Nursing. 2009;18(10):1379-1393.
23. Woo KY, Sibbald RG. Local Wound Care for Malignant and Palliative Wounds. Advanced Skin Wound Care. 2010;23:417-428.
24. Produkty v ADC klasifikácii ZPA05AA-Pomôcky na zastavenie krvácania aplikované do rany (hemostatiká). [online]. Available from: <<https://www.adc.sk/databazy/produkty/klasifikacia/ZPA05AA/pomocky-na-zastavenie-krvacania-aplikovane-do-rany-hemostatika.html>>. Accessed December 2, 2019.

**PhDr. Jana Nemcová, PhD.**

Ústav ošetrovateľstva JLF UK  
Malá Hora 5, 036 01 Martin  
[jana.nemcova@uniba.sk](mailto:jana.nemcova@uniba.sk)



