

Paliatívna medicína a liečba bolesti

1e
2015

www.solen.sk

ISSN 1339-4193

ROČNÍK VIII.

PREHĽADOVÉ ČLÁNKY

- MALNUTRÍCIA U SENIOROV
- ETICKÉ OTÁZNIKY UMELEJ ENTERÁLNEJ VÝŽIVY V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI
- KU KONCU ŽIVOTA
- ETICKÉ A PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY SPREVÁDZANIA CHORÝCH A ZOMIERAJÚCICH
- SPIRITUÁLNI POTREBY A JEJICH DIAGNOSTIKA V NEMOCI
- KREHKOSŤ (FRAILTY): SPOLOČNÁ TÉMA GERIATRA A PALIATOLÓGA

PÔVODNÉ ČLÁNKY & KAZUISTIKY

- STAROSTLIVOSŤ O SEBA A SEBAÚCTA PACIENTOV S ONKOLOGICKÝM OCHORENÍM

MEDZIODBOROVÉ KONZÍLIUM

- HODNOCENÍ DODRŽOVÁNÍ REŽIMOVÝCH OPATŘENÍ U PACIENTŮ PO ALOGENNÍ TRANSPLANTACI

ODBORNÉ PODUJATIA

- POSTMODERNÁ SPOLOČNOSŤ AKO TÉMA V. BIENÁLE HOSPICOVEJ STAROSTLIVOSTI V MARTINE



POMOCNÁ LIEČBA

PRI SUBAKÚTNÝCH A CHRONICKÝCH PORUCHÁCH PREKRVENIA MOZGU¹



www.noventis.cz

- pre pacientov na podpornú liečbu po CMP* alebo pri mozgovej ateroskleróze bez ložiskových príznakov¹
- vhodný pri špecifických klinických situáciách, kedy môže byť prospešné mierne bronchodilatačné, periférne a koronárne vazodilatačné a diuretické pôsobenie¹

* cievna mozgová príhoda



Oxyphyllin® 40 ROKOV NA TRHU

Tento liek je viazaný na lekársky predpis.

Skrátená informácia o prípravku OXYPHYLLIN® tablety

Zloženie: jedna tableta obsahuje 100 mg etofylínu. **Indikácie:** pomocné liečivo pri subakútnych a chronických poruchách prekrvenia mozgu alebo pri mozgovej ateroskleróze bez ložiskových príznakov. V špecifických klinických situáciách (napr. u polymorbídnych seniorov) môže byť prospešné jeho mierne bronchodilatačné, periférne a koronárne vazodilatačné a diuretické pôsobenie. **Dávkovanie a spôsob podávania:** dospelí: 100–200 mg (1–2 tablety) trikrát až štyrikrát denne. **Tablety Oxyphyllin sa užívajú pri jedle alebo po jedle a zapíjajú sa dostatočným množstvom tekutiny (napr. pohárom vody).** **Kontraindikácie:** precitlivenosť na etofylín alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, akútny infarkt myokardu, akútne tachykardické arytmie, hypotenzia, ťažká pečenevá insuficiencia, akútna epilepsia. Oxyphyllin je kontraindikovaný v priebehu gravidity a dojčenia. Oxyphyllin nie je určený na liečbu detí a mladistvých do 18 rokov. **Upozornenia:** len v prísne indikovaných prípadoch sa môže Oxyphyllin užívať pri nestabilnej angine pectoris, sklone k tachykardickým arytmiám, ťažkej hypertenzii, hypertrofickej obštrukčnej kardiomyopatii, hypertyreóze, epileptických záchvatových poruchách, žalúdočnom alebo duodenálnom vrede, ťažkých poruchách funkcie pečene alebo obličiek. **Tento liek obsahuje monohydrát laktózy. Pacienti so zriedkavými dedičnými problémami galaktózovej intolerancie, lapónskeho deficitu laktázy alebo glukózo-galaktózovej malabsorpcie nesmú užívať tento liek.** **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** Oxyphyllin môže nepriaznivo ovplyvniť schopnosť obsluhovať stroje, pracovať vo výškach alebo viesť vozidlá. V zosilnenej miere to platí pri spolupôsobení alkoholu alebo liekov, ktoré samotné môžu ovplyvňovať schopnosť reakcie.

Interakcie: liekové interakcie etofylínu s inými liekmi nie sú známe. Na základe účinku etofylínu sa dá predpokladať možné synergistické pôsobenie s inými bronchodilatanciami a s diuretikami. **Gravidita a laktácia:** užívanie je kontraindikované. **Nežiaduce účinky:** bolesti hlavy, stavy vzrušenia, tras končatín, nepokoj, nespavosť, zrýchlená, prípadne nepravidelná srdcová činnosť, palpácie, pokles krvného tlaku, gastrointestinálne ťažkosti, nauzea, vomitus, hnačka, zosilnená diuréza, zmeny sérových elektrolytov, najmä hypokaliémia, vzostup hladín vápnika a kreatinínu v sére, a tiež hyperglykémia a hyperurikémia. V dôsledku zníženého tonusu dolného ezofageálneho sfinkteru sa v noci môže zosilniť už prítomný gastroezofageálny reflux. Nemožno vylúčiť reakcie z precitlivenosti na etofylín. **Predávkovanie:** etofylín nemá špecifické antidótom. Terapia predávkovania musí byť symptomatická. **Uchovávanie:** pri teplote do 25 °C v pôvodnom obale na ochranu pred svetlom a vlhkosťou. Chrániť pred mrazom. **Druh obalu a obsah balenia:** PVC/ Al blister, papierová škatuľka, písomná informácia pre používateľov. 50 tabliet. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Noventis, s. r. o., Filmová 174, 761 79 Zlín, Česká republika. **Registračné číslo:** 14/0121/69-S **Dátum prvej registrácie/predĺženia registrácie:** 30/12/1969/bez časového obmedzenia **Dátum revízie textu:** December 2010.

Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Tento liek nie je hrađený z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Skôr ako prípravok predpíšete, zoznámte sa, prosím, s úplným súhrnom charakteristických vlastností lieku.

Určené pre osoby oprávnené predpisovať a vydávať lieky.

Reference: 1. SPC prípravku Oxyphyllin



Někdy brečím nad lidmi kolem sebe, často pro lidi a někdy je to i vidět

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako stav pohody – the well being, „dobré bytí“ ...

Denně se setkávám s lidmi, kteří okusili působení našeho zdravotního systému, ale on pro ně neuměl najít „dobré bytí“ ve smyslu vyléčení. Nicméně neuměl jim nic dalšího, hodnotného nabídnout. Nechtěl jim ale ublížit a nemohl a nechtěl je odmítnout. A tak dělal to, co se zdá, že umí: „léčil“. Jen nevěděl proč, co a jak.

Stěžovat si, jak je všechno špatně – to je snadné. Nemám rád rozmazlenost. Tahle země je jedním z vůbec nejlepších míst na Zemi. Mohli bychom se mít ještě lépe. Ale pak bychom museli přestat brečet nad sebou a začít něco dělat pro lidi, nebo pro ně aspoň brečet.

Dovolte mi příběh.

Telefon – mladá žena, žádost o přijetí manžela v komatu do hospice. Složitý případ, asi tři měsíce od kardiologického zákroku, při kterém arytmie, zástava srdeční, dlouhá resuscitace a významná ztráta mozkové činnosti, koma. 37 let. „Můžu žádost přinést osobně?“

Jistěže ano. Dobrá příležitost ji poznat a snažit se získat důvěru, tak nutnou pro další podporu.

Další den, služba, 18. hodin, přichází. Menší postavy, tichá, ale rozhodná, ne typ, co pláče při každém problému ze strachu nad sebou.

„Nejhorší je, že můj 5-letý syn denně pláče, už od toho, jak se to stalo. Co mu mám říct? Můžu ho vzít sebou? V nemocnici se o tom nechtějí bavit, neporadí mi.“ Oči jako by se propadly.

Já myslím, že ho můžete sebou vzít, možná spíš musíte. Pomůžeme Vám. Místo bude po víkendu, když doplní nemocnice jasnou kategorizaci (nerozšiřovaná terapie) v dokumentaci, nebude problém s přijetím.

Informaci telefonicky předávám primáři intenzivní péče v nemocnici.

Za dva dny telefonát manželky pacienta: „Oni ho přeložili 50 kilometrů daleko do LDN, prý nebudou nic doplňovat“. Telefonuji do LDN, primář je skvělý: „ano, pacient je do hospicové péče plně indikován z našeho pohledu, uděláme u nás neurologické konzilium a v pondělí Vám pacienta rádi přeložíme – manželku a rodinu to jistě podpoří“. Blahopřeji, pane primáři, kdyby bylo takových lidí ve své profesi víc.

Pacient je u nás čtvrtý týden, stav se zhoršuje, syn byl s matkou jen jednou, pak zase odmítal přijít. Matka je ale klidnější, vidí, že manžel je zajištěný. Ví také, že může již zemřít každou hodinou. Ve čtvrtek ráno není stav pacienta dobrý, selhávání srdce, zjevně terminální plicní embolie, volám manželce.

V 11. hodin mně volá sestra, „manželka pacienta je na pokoji, prosím, přijďte za ní“.

Vstupuji na pokoj, u lůžka stojí žena a vedle ní syn, hovoří na tátu, jako kdyby s nimi mluvil.

Podívám se na pacienta a na první pohled vím, že právě vydechnul naposledy.

Jeden můj pohled na manželku a ví vše, rozpláče se.

Syn stojí vedle a je bezradný. Já pár vteřin také. Pak ale pokleknu k němu: „víš, je mi to moc líto, táta uměl ...“. Víc už říct nedokážu bez slz v očích a třese se mi i hlas. Vůbec nereaguje, oči strnulé, pak se tiskne k mámě, mám před očima své děti. Je tu i naše psycholožka, jen tiše stojíme, jsme blízko nich obou, abychom se mohli zachytit.

„Co pro Vás můžeme udělat?“ – „Nemůžu řídit, zkusím někoho z rodiny zavolat“ – „Nevolejte, jedu do Brna, vezmu Vás sebou autem, zítra si své vyzvednete.“ Souhlasí.

Po cestě několikrát zastavuji, chlapi je špatně, dusí se, pak má záchvat kašle. Máma je skvělá, ale zjevně vyčerpaná. Doma v bytě jsou rodiče její i manžela, dva z nich vážně onkologicky nemocní. S manželem spláceli hypotéku na byt, ale ještě je na mateřské dovolené s mladší dcerou, jak to vše bude? Rodiče také nevěděli o úmrtí, vyjadřují soustrast, vysvětlují potřebné, nemohu hned odejít a nechat je tam samotné. Po půl hodině se rozloučím – druhý den ráno zde budu v 8. hodin a vezmu manželku do hospice, vše vyřídím.

Jedu domů, mám to jen asi 5 kilometrů, ale skoro nemůžu řídit. Mám myšlenky všude jinde, než tam. A moje prostřední dcera má ten den narozeniny, už jsem měl být dvě hodiny doma. Čekají na mně v kuchyni.

Unaveně sednu ke stolu a rozpláču se. Poprvé za 16 let v medicíně, co jsem práci přinesl domů.

„Tati, co se ti stalo?“...Vše jim řeknu, dostanu pusy, je mi trochu líp. Ještě že je mám.

Paliativní medicína a léčba bolesti

Ročník 8, 2015, číslo 1e, vychádza 2-krát ročne

Dátum vydania: august 2015

Vychádza v spolupráci s:

- Slovenskou spoločnosťou pre štúdium a liečbu bolesti (www.pain.sk)
- Českou spoločnosťou paliatívnej medicíny (www.paliativnimedcina.cz).

Redakčná rada:

- prof. MUDr. Katarína Adamicová, PhD.
 doc. MUDr. Peter Beržinec, CSc.
 doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD.
 MUDr. Stanislav Fabuš
 MUDr. Mária Jasenková
 MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.
 MUDr. Peter Križan, CSc.
 MUDr. Kristína Križanová
 MUDr. Marta Kulichová, CSc.
 doc. MUDr. Igor Martuliak, Ph.D.
 MUDr. Oľga Sadovská
 MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.
 prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.

Odborní editori:

- MUDr. Kristína Križanová
 MUDr. Marta Kulichová, CSc.

Vydavateľ:

SOLEN, s. r. o., IČO 35865211

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Sídlo vydavateľa a adresa redakcie:

SOLEN, s. r. o., Ambrova 5, 831 01 Bratislava, www.solen.sk
 tel.: 02/5465 1381, fax: 02/5465 1384, redakcia@solen.sk

Redaktorka:

Mgr. Miroslava Doubková,
 02/5413 1381, 0911 900 599, doubkova@solen.sk

Grafická úprava a sadzba:

Ján Kopčok, kopcok@solen.sk

Obchodné oddelenie:

Ing. Monika Liedlová, 02/5413 1365, 0911 349 599
liedlova@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.

Citáčna skratka: Paliat. med. liec. boles.

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

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

Vydavateľ nenesie zodpovednosť za údaje a názory autorov jednotlivých článkov či inzerátov.

Druhý den ráno ji vyzvednu. Je statečná, moc nemluví, jen mi silně stiskne ruku, když se loučíme. „Děkuji, nikdy nezapomenu, co jste pro nás udělali“. Víc říkat nemusí, je mi zas o trochu líp.

Za tři měsíce přišel email: „díky, je to těžké, ale syn už je zase ve školce a už je to lepší“. Díky Vám, Jano, je mi trochu líp.

Takže: nemyslím, že je špatné občas brečet, ale potřeba je, aby to bylo pro lidi, pro něco. A vedle toho je třeba taky něco pro lidi dělat – abychom se mohli občas všichni od plíc smát.

Nezapomenu na kolegyni, praktickou lékařku, která mně zemřela v náručí při krvácení do plíc u plicního nádoru. Vše věděla, znala další vývoj nemoci, měla skvělou rodinu, sama je podporovala. Týden před tím se chtěla nechat se dvěma dcerami vyfotit na pokoji hospice, na lůžku. Nádherná fotka, nikdo by neřekl, jak vážně je nemocná. Tolik úsměvu a radosti, že můžou být spolu, tolik odvahy.

Chválíme se, že máme jedno z nejlepších zdravotnictví na světě. Možná v některých akutních oborech je to u malé skupiny nemocných i pravda. Populace nám ale stárne, zdravé dožití se od nemocného liší již o 20 let a tato léta mnozí z nás žijí, a ještě více z nás bude žít v budoucnosti s nemocí. Mnohdy v plné závislosti na druhých několik měsíců či let. S těmito nemocemi i odejdeme z tohoto světa. Nyní v lednu během 3 týdnů zemřelo v našem hospici 19 pacientů. 19 příběhů, 19 rodin o cca 80 lidech. Někteří z nich do svého životního příběhu museli přijmout fakt, že jejich nejbližší trpí nemocí, ale často i hloupostí, neznalostí, neochotou či dokonce vulgárností společnosti, a třeba i zdravotnického systému, ve kterém žijeme a pracujeme. Není mi to jedno, i proto, že jednou budu jedním z nich.

Někdy brečím nad lidmi kolem sebe, často pro lidi a někdy je to i vidět. Možná jsem nenapravitelný humanista, ale i přesto, že mi hrozí, že zas budu brečet, od umírajícího pacienta neuteču.

Nelíbí se mi, jak si ten život ulehčujeme. Rozmazlenost. To je to, čím trpí tahle společnost a doba. Hledat snadná řešení. Za jakoukoliv cenu.

Tohle mně ale nebaví, protože to jako životní strategie vůbec nefunguje. Jako žádné sobectví.

Ladislav Kabelka, MD, PhD.

Léčebna dlouhodobě nemocných Nemocnice Milosrdných bratří Brno
Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP

Ďakujeme za podporu tohto čísla Paliatívnej medicíny a liečby bolesti:



Úvodné slovo

- 3 Ladislav Kabelka, MD, PhD.
Někdy brečím nad lidmi kolem sebe, často pro lidi a někdy je to i vidět

Prehľadové články

- 6 MUDr. Jana Hoozová
Malnutrícia u seniorov
- 13 Mgr. BeLic. Pavlína Dobáková
Etické otázky umelej enterálnej výživy v paliatívnej starostlivosti
- 16 MUDr. Peter Križan, MUDr. Kristina Križanová
Ku koncu života
- 20 ThDr. Radoslav Lojan, PhD.
Etické a psychologické aspekty sprevádzania chorých a zomierajúcich
- 23 PhDr. Helena Novotná, doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.
Spirituální potřeby a jejich diagnostika v nemoci
- 26 MUDr. Jana Hoozová
Krehkosť (frailty): spoločná téma geriatra a paliatológa

Pôvodné články & kazuistiky

- 32 Mgr. Monika Hricová, PhD., Mgr. Dominika Lazúrová
Starostlivosť o seba a sebaúcta pacientov s onkologickým ochorením

Medziodborové konzílium

- 35 PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D.
Hodnocení dodržování režimových opatření u pacientů po alogenní transplantaci

Odborné podujatia

- 38 Prof. MUDr. Katarína Adamicová, PhD., MUDr. Alena Mažgútová, PhD.,
doc. MUDr. Želmíra Fetisovová, PhD.
Postmoderná spoločnosť ako téma V. bienále hospicovej starostlivosti v Martine

Informácie & komentáre

- 40 Mgr. Hana Kadlecová
Recenzia na knihu: Verena KAST: Truchlení: fáze a šance psychického procesu
- 41 MUDr. Kristina Križanová
Spríevodca rozhodovacím procesom týkajúcim sa medicínskej liečby v situáciách na konci života

Malnutricia u seniorov

MUDr. Jana Hoozová

Klinika geriatric LF SZU a UNB, ŠGN, Bratislava

Prirodzené procesy starnutia vedú v ľudskom organizme k zmenám, ktorých výsledkom je dysregulácia metabolizmu, zmeny v zložení tela, sklon k nechutenstvu a rýchlejšiemu pocitu nasýtenia, znížená telesná aktivita. So starobou súvisí aj množstvo iných faktorov, ktoré ovplyvňujú stravovanie a stav výživy. Vo výsledku je starecká anorexia, osteoporóza, sarkopénia, sklon k rýchlej dehydratácii a deficitu kvalitných bielkovín, niektorých stopových prvkov, elektrolytov a vitamínov. Malnutricia je v klinickom význame stav nedostatočnej výživy s mnohými negatívnymi zdravotnými následkami, preto je dôležitá jej včasná diagnostika a intervencia. V seniorskom veku sú poruchy výživy časté, samotný faktor stúpajúceho veku zvyšuje riziko ich vzniku. Neželaná strata hmotnosti a zlý stav výživy sú v rozvinutých krajinách väčšinou spojené s ochoreniami, ich následkami alebo nedostatočným sociálnym zabezpečením seniorov. Článok je zameraný na objasnenie príčin vyššieho výskytu hyponutricie v populácii seniorov, pričom tematicky sa venuje najmä chronickej malnutricii.

Kľúčové slová: starší, starecká anorexia, výživa, malnutricia, výživová liečba.

Malnutrition in elderly

Natural processes of ageing lead in the human organism to changes result of which are dysregulation of metabolism, changes in the body composition, a lack of appetite and a faster feeling of saturation, or lower body activity. Other factors connected with ageing influence eating and a nutritional status. The result then is anorexia of ageing, osteoporosis, sarcopenia, tendency to quick dehydration, and a deficit of quality proteins, some trace elements, electrolytes and vitamins. Malnutrition is in its clinical meaning a state of insufficient nutrition with many negative health consequences, its early diagnostics and intervention is therefore critical. Eating disorders are common among seniors; the factor of ageing itself increases the risk of its formation. Unwanted loss of weight and a bad nutritional status are in the developed countries usually connected with diseases, their consequences or insufficient social care for seniors. The article aims to clarify the reasons of more frequent occurrences of hyponutrition in senior population and thematically is concerned with chronic malnutrition.

Key words: elderly, anorexia of ageing, nutrition, malnutrition, nutritional intervention.

Paliat. med. liec. boles., 2015; 8(1e): e6–e12

Výživa a staroba

Na príjem potravy u ľudí má v starobe vplyv niekoľko faktorov – prirodzené procesy starnutia, kognitívny stav, prítomnosť a charakter ochorení, polyfarmácia a socioekonomické zázemie seniora. Oproti mladším dospelým sú starí ľudia viac náchylní na vznik porúch výživy (1, 2). Následkom involúcie orgánov a systémov je dysregulácia metabolizmu a zmeny v zložení tela, ktoré zvyšujú riziko nedostatočného pokrytia nutričných a energetických potrieb v situácii ich zvýšenej potreby. Starnutie štruktúr a funkcií môže ovplyvniť vstrebávanie a využitie niektorých nutričtov a so starobou vo všeobecnosti súvisia zhoršené regulačné schopnosti, čo platí aj o udržiavaní energetickej homeostázy (3, 4, 5).

Involučné zmeny súvisiace s príjmom stravy sú na úrovni centrálnej aj periférnej. Starnutie vedie k strate zubov, poklesu čuchových schopností a mení prah na vnímanie chutí. Znižuje sa bazálna tvorba slín, dochádza k zmenám v procese žuvania, tvorby sústa a prehltania, k zníženému klírens pažeráku. Starí ľudia strácajú pocit smädu. Dôležitú úlohu majú procesy starnutia žalúdka, následkom ktorých má fundus zníženú schopnosť relaxácie, antrum sa rýchlo naplní, čo spolu s pomalým vyprázdňovaním žalúdka

spôsobuje rýchlu a dlhšie trvajúcu distenziu antra. Zmeny v zložení žalúdočnej šťavy (hlavne znížená produkcia HCl a intrinsic faktora) ovplyvňujú vstrebávanie niektorých živín. Znížená produkcia NO sa spolupodieľa na rýchlom pocite nasýtenia. V tenkom čreve dochádza k zníženiu počtu klkov a krypt, zníženiu výšky enterocytov s následným zmenšením slizničnej plochy. So starnutím súvisia aj degeneratívne zmeny myenterického plexu a znížený splachnicový prietok, stúpa prevalencia infekcie spôsobenej *Helicobacter pylori*. Pri nedostatočnej acidite žalúdočného prostredia stráca žalúdok svoju bariérovú funkciu a stúpa riziko bakteriálneho prerastania v tenkom čreve. Ochorenia pankreasu a pečene majú vplyv na stav výživy v každom veku, ale involučné zmeny týchto orgánov len minimálny (2, 3).

Významný vplyv na chuť do jedla, pocitu hladu a nasýtenia, ako aj na zmeny zloženia organizmu starších jedincov majú zmenené aktivity hormónov, neurotransmitterov a cytokínov. Pri starnutí sú pozorované vyššie hladiny niektorých peptických hormónov (leptín, cholecystokinín, pankreatický polypeptid), znížené koncentrácie neuropeptidu Y, vyššie hladiny glukokortikoidov, catecholamínov a serotonínu, nižšie hladiny rastového, IGF-I a pohlavných hormónov (2, 3, 6). V starobe je sklon k inzulínovej rezistencii. Keďže

inzulín ovplyvňuje aj procesy signalizácie leptínu (stimuláciou) a ghrelínu (inhibíciou) do hypotalamu (kontrola pocitov hladu a sýtosti), relatívna hyperinzulinémia v staršom organizme sa môže spolupodieľať na rýchlom pocite nasýtenia a zníženej chuti do jedla. Cytokíny IL-1, IL-6 a TNF- α , ktoré majú samostatnú metabolickú aktivitu, sú u starších zvýšené bazálne. Prostredníctvom hypotalamu spôsobujú nechutenstvo a znížený príjem stravy a spolupodieľajú sa aj na úbytku svalstva v starobe. Ich hladiny sú zvýšené pri chronických ochoreniach (prolongovaná zápalová odpoveď) či v situácii akútneho inzultu rôznej etiológie (2, 3, 7). Na pocit hladu a nasýtenia v starobe môžu mať vplyv aj znížená produkcia endogénnych opioidov (dinorfín) a pokles počtu opioidových receptorov (2).

Starnutím prirodzene klesá energetický príjem paralelne s poklesom celkového energetického výdaja, na ktorom sa podieľa pokles pokojového metabolizmu spolu so znížením fyzickej aktivity (2, 3, 6). Denný energetický príjem klesá medzi 20. a 80. rokom života o 1 000 – 1 200 kcal u mužov, o 600 – 800 kcal u žien (8) a denný príjem stravy môže klesnúť až o 30 % (9). V staršom veku stúpa percento energie získanej zo sacharidov, nemení sa percento energie získanej z tukov, ale celkový príjem tukov v strave klesá (2).

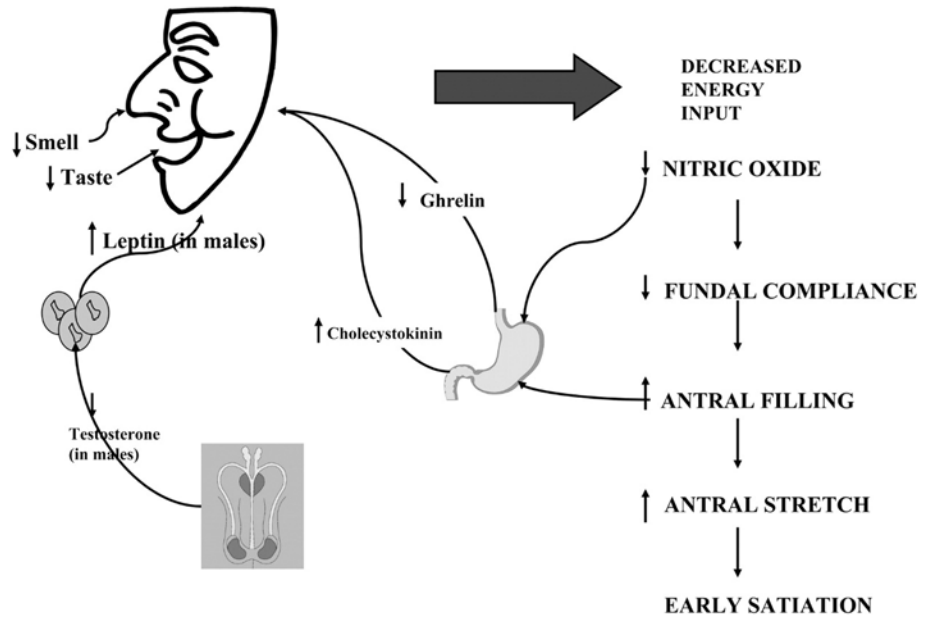
V starobe dochádza k zmenám zloženia tela. Redukuje sa celkové množstvo vody, bunkovej a inej netukovej hmoty a v organizme pribúda tuková zložka, keďže pokles fyzickej aktivity a energetického výdaja vedie k akumulácii tuku. Navyše dochádza aj k zmenám v distribúcii tuku (3, 4, 10), ktorý sa preferenčne ukladá do svalov a do parenchýmových orgánov, pribúda tuk v oblasti brušnej steny a intraabdominálne, ubúda podkožný tuk na končatinách (10).

Dôsledkom uvedených regulačných zmien spôsobených starnutím, ktorých vzájomné vzťahy nie sú vždy úplne objasnené, je **starecká anorexia** (anorexia of aging) (11), (obrázok 1). Aj zdraví starí ľudia majú prirodzene menšiu chuť do jedla či menší záujem o stravovanie, majú rýchlejší pocit nasýtenia a menší pocit hladu medzi jednotlivými jedlami aj po nočnom lačnení. V porovnaní s mladšími jedia pomalšie, z jedenia majú menší pôžitok a naraz sú schopní skonzumovať len menšiu porciu jedla (2 – 4). U mužov je senilná anorexia výraznejšia ako u žien. Dôvodom je pravdepodobne pokles hladín testosterónu. Testosterón energetický príjem zvyšuje, estrogén znižuje, takže pokles estrogénu v postmenopauze má menší anorektický efekt. Navyše, pokles testosterónu je spojený so zvýšením leptínu (6).

Výživa je veľmi dôležitý aspekt zdravia a kvality života, pretože dobrý stav výživy spolu s dostatočnou pohybovou aktivitou zmiernujú následky involúcie (5). V čase ochorenia je stav výživy významným faktorom ovplyvňujúcim úspech liečby. Počas života sa **nutričné potreby** ľudí menia, preto aj výživa starých ľudí má svoje špecifiká. Treba však zdôrazniť, že napriek nižším energetickým nárokom a spomalenému metabolizmu starších nie je potreba nutričných zložiek znížená, dokonca nároky na príjem niektorých živín sú aj u zdravých seniorov vyššie vzhľadom na ich obmedzené vstrebávanie a využiteľnosť, sarkopéniu a osteoporózu (8, 12). Potreba energie a proteínov sa zvyšuje pri chronických chorobách a v stave akútneho ochorenia, keď výrazne stúpa pokojový metabolický obrat (6). Situácie zvýšených nutričných a energetických nárokov je dôležité čo najrýchlejšie identifikovať a spolu so snahou o ich odstránenie iniciovať aj adekvátnu nutričnú liečbu. Rovnako dôležité je rozoznať a monitorovať tých starších jedincov, ktorí sú v riziku vzniku malnutričie a včasnou intervenciou predísť jej vážnejším následkom (13 – 15).

Dôležitým nutričným sú **bielkoviny**. Odporúčený denný prísun bielkovín na deň pre dospelú osobu je 0,8 g/kg hmotnosti. Starší jedinci však profitujú z vyššieho prísunu kvalitných

Obrázok 1. Starecká anorexia, schematicky (38)



bielkovín (1,0 – 1,2 g/kg hmotnosti) (16, 17), ktorý pomáha udržiavať svalovú masu a silu, zlepšuje stav imunitného systému, hojenie rán a udržiava výkonnostný stav seniorov. Proteíny by mali pokryť 20 – 25 % kalorického príjmu, sacharidy 50 – 60 % a tuky 20 – 25 %. V staršom veku je odporúčaný príjem vlákniny 30 g/deň u mužov, 21 g/deň u žien, denný príjem čerstvej zeleniny a ovocia (16).

WHO (Svetová zdravotnícka organizácia) vydala v 2002 odporúčanie Keep fit for life (18), v ktorom boli stanovené **špecifické nutričné potreby** pre seniorskú populáciu. Univerzálne odporúčenia sú však limitované heterogenitou tejto populácie a nutnosťou individuálneho zohľadnenia chronických ochorení, ktorými starší ľudia väčšinou trpia. DRI (Dietary Reference Intake), pôvodne RDA (Recommended Dietary Allowances), zohľadňujú pohlavie a viaceré vekových kategórií (o. i. 51 – 70 rokov, viac ako 70 rokov) (16, 19). Všeobecné odporúčenia zdravého stravovania a životného štýlu sú podobné ako pre dospelých v neseniorskom veku (strava pestrá, nutrične bohatá a energeticky vyvážená, viackrát denne v primeraných porciách, dostatok kvalitných bielkovín, základom sú obilniny, čerstvá zelenina a ovocie, chudé mäso a ryby, nízky obsah nasýtených tukov a transmastných kyselín, striedmy príjem rafinovaného cukru, soli a alkoholu). Aj v staršom veku je dôležitá primeraná fyzická aktivita v rovnováhe s energetickým príjmom (17, 19, 20), toto odporúčenie je, samozrejme, podriadené reálnym schopnostiam a zdravotným limitom každého seniora.

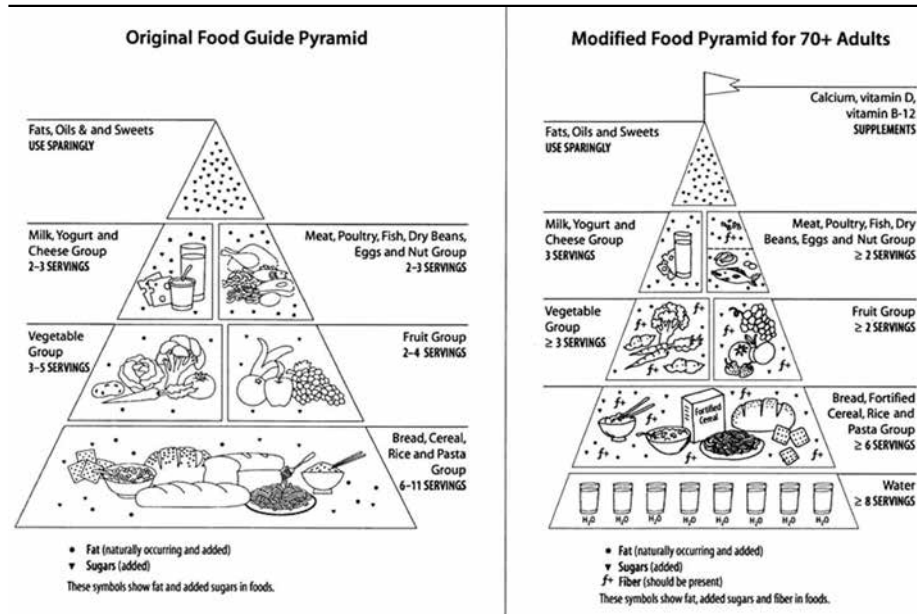
Dôležitým faktorom, ktorý ovplyvňuje stravovanie najmä v civilizovaných krajinách, je vzdelanie, miera dostupných informácií a motivácia senio-

rov. Pre tieto účely boli rôzne graficky spracované odporúčenia zdravej výživy, ktoré jednoduchým spôsobom edukujú o vhodnej strave v zmysle zloženia aj množstva (potravinová/výživová pyramída, zdravý/výživový tanier). Pre relatívne zdravú a primerane aktívnu seniorskú populáciu nad 70 rokov s reálnou možnosťou úpravy životného štýlu vznikla modifikovaná pyramída, ktorá zohľadňuje špecifické nutričné a energetické potreby vyplývajúce zo starobných zmien (obrázok 2) (19, 20). Prvá z roku 1999 (The Modified Food Guide Pyramide for 70+ Adults) (20) bola následne graficky aj obsahovo modernizovaná (Food Guide Pyramide for Older Adults, Modified My Pyramid for Older People) (19). Oproti odporúčaniam pre mladších dospelých zdôrazňuje potrebu pitného režimu a dostatku vlákniny v strave, pridaná „doplňková vlnka“ na vrchole dáva do pozornosti zvýšený výskyt deficitu vápnika, vitamínu D a B₁₂ v staršom veku. Starí ľudia nedokážu zjesť objemovo rovnaké množstvo potravín ako mladší, vzniká tak riziko rôznych karentných stavov. Keďže energetický výdaj a príjem je u starších prirodzene nižší, v stave zdravia (či kompenzovaného ochorenia) sú energetické potreby relatívne dostatočne pokryté. V stravovaní starších tak treba podčiarknuť preferenciu kvalitných potravín s vysokým nutričným obsahom, čím sa dosiahne želaný príjem nutričov aj pri nižšej energetickej hodnote týchto potravín (19, 20).

Malnutričia u seniorov

Dobrá stav zdravia a výživy je závislý aj od adekvátneho príjmu proteínov, energie a iných nutričov. **Malnutričia** vo význame hyponutričie (nedostatočnej výživy či podvýživy) je

Obrázok 2. Pôvodná Pyramída – The original Food Guide Pyramid and the modified Food Guide Pyramid for adults more than 70 years of age (20)



Tabuľka 1. Príčiny dlhodobej straty hmotnosti v starobe (13, 29)

Starobné zmeny	starecká anorexia strata chrupu, xerostómia poruchy zraku
Vnútorne ochorenia	chronické zlyhávanie orgánu (srdce, pečeň, obličky), malignity, chronická obštrukčná pulmonálna choroba, malabsorpcia a maldigestia, atrofická gastritída, HP pozitívita, reumatologické ochorenia, diabetes mellitus, tyreopatie, chronické infekcie
Neurologické a psychiatrické príčiny	delírium, demencia, psychotické stavy následky mozgovo-cievnych príhod Parkinsonova choroba depresia, úzkostné stavy, alkoholizmus
Sociálne faktory	chudoba, izolácia, trúchlenie odkázanosť v aktivitách (neschopnosť stravu zabezpečiť a pripraviť), zanedbávanie a týranie nedostatočná informovanosť a motivácia inštitucionalizácia
Iné príčiny	dysfágia rôznej etiológie polyfarmácia, nežiaduce účinky liekov hospitalizácia dekubity a iné chronické rany

Tabuľka 2. BMI – normálne hodnoty a poruchy výživy, klasifikácia podľa WHO BMI (3, 4)

BMI > 40	extrémna obezita	BMI < 18,5	podvýživa
BMI > 30 – 39,99	obezita	BMI 17 – 18,5	mierna
BMI 25,0 – 29,99	nadváha	BMI 16 – 17	stredná
BMI 18,4 – 24,99	norma	BMI < 16	ťažká

stav nedostatočného prísunu energie, proteínov a iných nutričov potrebných na správnu konštitúciu a fungovanie organizmu a má rôzne metabolické, somatické a zdravotné následky (3, 21). Malnutričia je u starších definovaná poklesom hmotnosti o viac ako 5 % za mesiac alebo viac ako 10 % za pol rok a BMI pod 20 kg/m² (22). Pre niektoré rizikové skupiny sú uvádzané ako vhodnejšie kritériá pokles hmotnosti o 3 % za mesiac a BMI pod 22 kg/m² (5).

Vo všeobecnosti môžeme príčiny chronickej straty hmotnosti v starobe rozdeliť na príčiny fyziologické (involúciou podmienený komplex zmien – starecká anorexia) a nefyziologické, ktorých podstatou je znížený príjem stravy, zvýšené straty živín, zvýšené nároky na výživu alebo ich vzájomná kombinácia (2). Staroba je spojená s vysokým výskytom chronických ochorení (somatických, neurologických, psychiatrických), ktoré vedú k anorexii alebo ka-

chexii. Vzhľadom na polymorbiditu sa u starších pacientov môžu rizikové anamnézy sumovať. Následky niektorých chorôb vedú k obmedzeniam v schopnosti stravu prirodzene prijímať alebo si ju zadovážiť či pripraviť. Ďalším faktorom spojeným so starobou je polyfarmácia. Mnohé lieky, ktoré bežne starší ľudia užívajú, majú nežiaduce účinky v zmysle nechutenstva, tráviacich ťažkostí, obštipácie či hnačky alebo chuťových a čuchových porúch. Môžu ovplyvňovať aj vstrebávanie, metabolizmus v pečeni a vylučovanie. V geriatrickej výžive je vždy dôležitý aj faktor sociálny a ekonomický. Seniori pre nedostatok finančných prostriedkov preferujú nákup nekvalitných potravín, často sú odkázaní na pomoc pri nákupe a príprave jedla alebo vyžadujú pomoc pri kŕmení. Inštitucionalizácia a hospitalizácia sú ďalšími významnými rizikovými faktormi vzniku malnutricie (3 – 5) (tabuľka 1).

Štandardne sú poruchy výživy klasifikované podľa WHO, kritériom je hodnota BMI (tabuľka 2). Stav nedostatočnej výživy je pod hodnotou BMI 18,5, pod 16 hovoríme o malnutricii ťažkého stupňa (1). Najmä v staršom veku sú však dôležité aj iné kritériá, pretože určenie BMI tu má svoje obmedzenia. Najdôležitejší indikátor podvýživy je **neželaná alebo neplánovaná strata hmotnosti** (23), ale dôležitý je aj kontext, či ide o stav akútneho stresu, chronického ochorenia, alebo je podvýživa spojená s nepriaznivými socioekonomickými faktormi. Za vážnu stratu hmotnosti sa považuje pokles o viac ako 5 % za mesiac, 7,5 % za 3 mesiace a 10 % za 6 mesiacov, v kontexte akútneho infarktu strata telesnej hmotnosti o viac ako 2 % za týždeň. Pri určení stupňa malnutricie sa okrem straty telesnej hmotnosti berie do úvahy aj znížený energetický príjem, strata telesného tuku a svalovej hmoty, prítomnosť edémov a znížená svalová sila (24). Neželané schudnutie je v seniorskom veku nepriaznivý faktor a má priamy vzťah k mortalite a morbidite (23).

Hladovaním vzniká v tele nedostatok živín a naštartujú sa rôzne metabolické procesy, ktoré síce zabezpečia dostatok energie, ale môžu mať negatívny vplyv na zdravotný stav. Rozlišujeme hladovanie prosté a stresové (spojené s ochorením). Ak je nedostatočný príjem energie, hovoríme o **malnutricii energetickej** (kalorickej), jednoduchej energetickej deplícii či marazme. Nedostatočný príjem bielkovín vedie k **malnutricii proteínovej** (kwashiorkor). Pri zmiešanej **proteín-energetickej malnutricii** sa kombinuje v rôznom pomere nedostatok energie aj proteínov. Pri prostom hladovaní sa prejavuje najmä nedostatok energie, pri stresovom nedostatku proteínov (25 – 27).

Pri **prostom hladovaní** je znížený prísun energie, čomu sa organizmus prispôsobí spomalením bazálneho metabolizmu a postupným odbúraním tukových zásob na pokrytie potrebných energetických nárokov. Energetická bilancia je negatívna, syntéza a zásoby bielkovín sú dlho zachované, takže koncentrácie bielkovín vrátane albumínu môžu byť dlho bez poklesu, edémy nie sú prítomné (26, 27).

Stresové hladovanie vzniká v patologických situáciách rôznej etiológie, pri ktorých sú zvýšené energetické nároky a zároveň nedostatok živín (najmä bielkovín). Zmenené metabolické procesy sú súčasťou systémovej zápalovej odpovede organizmu na stres, ktorým môže byť akútny infarkt (ischémia, zápal, trauma, operácia, popáleniny) alebo chronické ochorenie. Utilizácia substrátov a tvorba energie sú podriadené procesom súvisiacim s ochorením a so snahou organizmu zabezpečiť energiu aj za cenu úplného vyčerpania zásob a straty homeostázy. Stres vyvolaný akútne alebo pretrvávajúci dlhodobo vedie k zvýšenej aktivite prozápalových cytokínov (IL-1, IL-6, TNF- α , IF- γ a iné) a stresových hormónov (kortizol, katecholamíny, glukagón). Pokojový metabolizmus sa zrýchľuje, prevažuje katabolizmus nad anabolizmom. Navyše, tieto procesy sú najmä pri akútnom infarkte výraznej (až prehnanej) intenzity. Proteolýza, lipolýza a glukoneogenéza sú zvýšené, preferenčne sa však na tvorbu energie využívajú aminokyseliny z odbúranych proteínov (najmä zo svalov, ale aj viscerálnych a plazmatických). Pečeň prednostne syntetizuje proteíny akútneho zápalu na úkor iných bielkovín (napríklad albumínu), dochádza k zmenám v priepustnosti a presunom tekutiny extravazálne. Rozvíja sa výrazná negatívna dusíková bilancia, hyperglykémia s inzulínovou rezistenciou a hyperinzulinémiou. Zjavný je nedostatok bielkovín, niektorých minerálov a stopových prvkov, zhoršuje sa imunita, tvoria opuchy, zároveň sa rozvíja hypovolémia, hypotenzia a hypoxia, čo ďalej poškodzuje funkciu orgánov. Svalová hmota ubúda, čím sa zhoršujú motorické funkcie vrátane ventilácie a schopnosti vykašliavania (7, 25 – 28). Kachexia je dynamický stav s rizikom progresie do ireverzibilného katabolizmu v závislosti od závažnosti primárneho ochorenia, stavu výživy pacienta, ale aj adekvátnej liečby (28). Rýchly rozvoj zmien už v priebehu niekoľkých dní je typický pre stresové hladovanie spojené s akútnym infarktom, v stave chronickej zápalovej odpovede sprostredkovanvej cytokínmi sa zmeny vyvíjajú pozvoľna (25, 27). Stav akútnej malnutrie, ktorá má väčšinou charakter proteínovo-

-energetickej deplécie, môže postihnúť dobre živého aj chronicky podvyživeného seniora.

V starobe špecificky definujeme tri základné príčiny chronickej nedobrovoľnej straty hmotnosti – hladovanie, kachexia a sarkopénia (12, 29), pričom metabolické procesy pri jednotlivých typoch môžu mať niektoré spoločné znaky, navyše sa jednotlivé typy môžu u seniora kombinovať. Hranica medzi prostým a stresovým hladovaním tak nemusí byť jednoznačná. Súvisí to s multimorbiditou, ale aj so starnutím samotným, teda s opísanými zmenami v zložení staršieho organizmu v prospech tukovej hmoty, s prirodzeným úbytkom celkovej vody a netukovej masy, so zníženým energetickým príjmom a výdajom, s prozápalovým nastavením organizmu pre zvýšenú aktivitu niektorých hormónov a cytokínov aj bez prítomnosti ochorenia.

Hladovanie (starvation) seniorov je spojené so zníženým príjmom stravy, dominuje deficit energie (izolovaný alebo v kombinácii s proteínovou depléciou). Príčiny sú rôzne. Nedostatočné stravovanie môže byť následkom stareckej anorexie alebo anorexie ako nežiaduceho účinku liekov. Príčina môže byť aj v obmedzenej schopnosti stravu prijímať či zužitkovať (následky rôznych ochorení, poruchy prehĺtania či vstrebávania, neschopnosť si stravu zadovážiť a pripraviť), alebo je príčinou nepriaznivá ekonomická situácia či nezabezpečená sociálna pomoc (12, 15, 29). Typicky v staršom veku môže byť príčinou anorexie aj obštipácia, dehydratácia, či bolesť (30). **Kachexia**, ako už bolo uvedené, je dôsledkom systémovej zápalovej odpovede organizmu s komplexom metabolických a somatických zmien, ktorých príčinou je stresové hladovanie. Kľúčovým faktorom je excesívna produkcia cytokínov s následným hypermetabolizmom, hyperkatabolizmom a stratou svalstva. Syntéza proteínov v pečeni je zmenená, strata tukovej hmoty môže alebo nemusí byť prítomná. Príčiny kachexie sú vždy patologické – akútne sa rozvíja napríklad u kriticky chorých v komplikovanom pooperačnom období, po rozsiahlych traumách či pri závažných infekciách. Podobné metabolické procesy sa vyvinú aj u pacientov s chronickými ochoreniami rôznej etiológie, ktoré sú spojené so zvýšenou aktivitou cytokínov, napríklad malígne a reumatologické ochorenia, chronické zlyhávanie orgánov či systémov, chronické infekcie a rany (7, 12, 28 – 31). **Sarkopénia** je úbytok proteínovej svalovej hmoty a sily, je jednou z fyziologických zmien starnutia. Základnou príčinou sa zdá pokles fyzickej aktivity súvisiaci so starším vekom. Ďalšími faktormi sú zmeny v inervácii svalov, ako aj zmeny v hormonálnej, neurotransmitterovej a cytokínovej

aktivite, ktoré vedú k systémovej prozápalovej stavu s mnohými následkami, napríklad aj k degenerácii svalových vlákien (3, 4, 12, 30, 31). Je vhodné pripomenúť, že vzhľadom na zmeny v skladbe tela starších môže byť úbytok svalovej alebo aktívnej netukovej hmoty maskovaný zvýšeným podielom tuku (problematika sarkopénickej obezity). Aj tento faktor je limitujúcim pre relevanciu hodnoty BMI u starších a nealarmujúci vzhľad seniora nemusí byť dôkazom jeho dobrého stavu výživy či zdravia.

Následky malnutrie v staršom veku

Hoci samotný vek nad 70 rokov je rizikovým faktorom rozvoja podvýživy (5, 29), starobné zmeny malnutrie priamo nespôsobujú. Pomáhajú však jej rozvoju najmä pri kumulácii s inými nepriaznivými faktormi (2, 23). Kombinácia podvýživy s narastajúcim vekom zvyšuje mortalitu (3). Hodnoty BMI sú vo vzťahu k poruchám výživy a riziku mortality posudzované u starších inak ako v mladšom dospelom veku. Vyhovujúce BMI, ktoré odráža dobrý stav výživy seniora nad 70 rokov a je spojené s menšou mierou mortality, je v rozmedzí 24 – 29 kg/m² (21,32), BMI pod 22 u žien a pod 23,5 u mužov je spojené s vyššou mortalitou (12). U seniorov tak nadváha nie je striktné považovaná za nepriaznivý faktor, v situácii ochorenia so zvýšenými metabolickými nárokmi, stratou hmotnosti a nedostatočným príjmom stravy môže byť jej prítomnosť skôr výhodou (23).

Predispozícia staršieho organizmu na rozvoj podvýživy je daná redukciami bunkovej a inej netukovej masy, ako aj jeho obmedzenou schopnosťou adaptácie a obnovy poškodených štruktúr, častou polymorbiditou a nepriaznivým sociálnym postavením populácie starších. Starobné zmeny vedú k osteoporóze a sarkopénii, zvyšujú riziko rýchleho rozvoja dehydratácie a dysbalancie niektorých elektrolytov (najmä sodíka a draslíka) (3 – 5). V priebehu starnutia klesá príjem energie a stravy a paralelne s tým sa zvyšuje riziko karence niektorých nutričov, najmä kvalitných bielkovín, kalcia, železa, zinku, vitamínov E a skupiny B (8), častý je nedostatok vitamínu D a folátov (3). Seniori sú vo všeobecnosti ohrození deficitom vitamínov pre nedostatok čerstvej zeleniny a ovocia v strave, na deficit vitamínu D má vplyv aj nedostatočná expozícia slnečným svetlom (16).

Zlý nutričný stav v seniorskom veku vedie k rozvoju krehkosti a dizability, k poruchám kognitívnych funkcií, k anémii a akcelerovanému úbytku svalovej a kostnej hmoty, k poklesu výkonnosti svalov, k poklesu funkčných rezerv organizmu. Hyponutricia negatívne ovplyvňuje

je zvládanie stresových situácií, odolnosť proti infekciám a rýchlosť hojenia rán a fraktúr, zhoršuje fungovanie kardiovaskulárneho systému. Malnutrícia zhoršuje celkovú prognózu, úspešnosť operačných výkonov a rehabilitácie, zvyšuje riziko komplikácií, zvyšuje počet opakovaných hospitalizácií, núti k úprave farmakoterapie a zvyšuje morbiditu a mortalitu starších pacientov (2 – 4, 6, 12, 22, 29).

Bez ohľadu na vek, malnutrícia má nepriaznivý vplyv na prekrvenie v splanchnickom riečisku a na funkcie samotného tráviaceho traktu (utlmenie digescie a resorpcie živín, zhoršenie hormonálnej, bariérovej a imunitnej funkcie čreva, zhoršenie výživy enterocytov, spomalenie proliferácie a obnovy epitelálnej vrstvy sliznice čreva) (27, 33). U starších môže byť faktor vplyvu malnutrície na tráviaci trakt závažnejší vzhľadom na zníženie perfúzie vyplývajúce už zo samotnej involúcie.

Kostrové svalstvo je v situáciách zvýšených energetických nárokov (stres) významným zdrojom aminokyselín, preto je u starých pacientov stav svalovej hmoty pred rozvojom ochorenia veľmi dôležitým limitujúcim faktorom (1, 14). Starší organizmus nemá dostatočné rezervy proteínov pre prípad ich zvýšenej potreby a oproti mladším má nižšiu schopnosť návratu k pôvodnej hmotnosti po jej strate (dlhší čas obnovy celulárnej a svalovej hmoty) (22, 34). Tým sa zvyšuje riziko komplikácií a predlžuje sa rekonvalescencia aj v prípade adekvátnej liečby a rehabilitácie. Pre rozvoj komplikácií a zhoršenú kvalitu života má veľký význam úbytok motorických funkcií spojený s malnutríciou či primárnym ochorením. Veľa starších pacientov má nedostatočnú svalovú silu a s problémami zvláda bežné denné úkony už aj pred ochorením. V situácii zvýšených metabolických nárokov, keď veľmi rýchlo dochádza k úbytku už aj tak redukovanej svalovej hmoty, sa rýchlo rozvíja slabosť, poruchy ventilácie a odkašľania, poruchy chôdze a rovnováhy, zvyšuje sa riziko pádov, hrozí plne rozvinutý imobilizačný syndróm. Rehabilitácia starších malnutričných pacientov vyžaduje dlhší čas (1, 14). V čase zdravia či kompenzovanej choroby je preto okrem dostatočného príjmu kvalitných bielkovín v strave dôležitá aj primeraná a pravidelná fyzická aktivita seniorov ako prostriedok na udržiavanie svalovej hmoty a prevencie jej úbytku (14, 17).

Diagnostika malnutrície

Kým pri posudzovaní stavu výživy zdravých osôb mladších vekových kategórií väčšinou postačuje kritérium BMI, diagnostika u osôb 65 a viacročných je založená na viacdimenziálnom

posudzovaní (komplexné geriatrické vyšetrenie), ktorého súčasťou je aj zhodnotenie nutričného stavu a prítomnosti rizikových faktorov vzniku malnutrície. Skrining nutričného stavu a miery rizika vzniku malnutrície by mal byť štandardným úkonom pri vyšetrení každého seniora (34) vždy pri prvom vyšetrení, ale v pravidelných intervaloch aj u pacienta dispenzarizovaného. Keďže malnutrícia či riziko jej vzniku je nepriaznivý prognostický faktor, je nutné venovať posúdeniu stavu výživy pozornosť pri ataku akútneho zhoršenia zdravotného stavu, ako aj v priebehu chronických ochorení.

Nutričnou anamnézou získame aspoň orientačné údaje o stravovaní seniora (stravovacie návyky, množstvo, zloženie stravy, zaobstarávanie a príprava stravy, preferencie chutí), nápomocné môžu byť aj nutričné denníky založené na sledovaní a zaznamenávaní denného príjmu stravy. Dôležitá je aj lieková a osobná anamnéza ochorení (21, 25). Chuť do jedla pacienta možno zhodnotiť dotazníkom SNAQ (Simplified Nutritional Appetite Questionnaire). U starších identifikuje zníženú chuť do jedla a výsledok má aj prediktívnu hodnotu o strate hmotnosti v priebehu 6 mesiacov (12).

Fyzikálnym a základným antropometrickým vyšetrením získame údaje o výške a hmotnosti, následne BMI. U mnohých starších osôb nemôžu byť správne určené, napríklad pre prítomnosť výpotkov, opuchov, porúch postoja, výraznej kyfózy/kyfoskoliózy, fraktúr stavcov či straty končatiny (3, 21). Na odhad výšky a hmotnosti možno použiť ich výpočet s použitím nameraných hodnôt vzdialeností (päta-koleno) a obvodov (napríklad lýtko, paže) (21), ďalšou možnosťou je bioimpedančné meranie, ktorým sa určí percento netukovej a tukovej hmoty v organizme, poprípade nukleárna magnetická rezonancia (3, 21). V bežnej praxi sú však dostupné iné antropometrické techniky a výpovednú hodnotu majú najmä štandardizované dotazníky.

Antropometrické parametre vhodné na posúdenie aktuálneho nutričného stavu (ale aj na sledovanie efektu liečby) sú v praxi jednoducho realizovateľné úkony – meranie obvodu nedominantného ramena (stav svalovej hmoty) a meranie výšky kožnej riasy nad tricepsom (stav tukových zásob). Ich znížené hodnoty sú indikátormi nedostatočnej výživy (tabuľka 3) (3, 4). Antropometrické vyšetrenia možno doplniť funkčnými vyšetreniami svalovej sily (napríklad handgrip, dynamometer, spirometria – FEV1) (25).

Veľké množstvo **dotazníkov** bolo vytvorených za účelom identifikácie jedinca s malnutríciou alebo s rizikom jej vzniku, mnohé sú špecifické pre určitú klinickú situáciu alebo ve-

kovú skupinu. Dotazník **MUST** (The Malnutrition Universal Screening Tool) je všeobecne prijímaný ako jednoduchý nástroj na posúdenie stavu výživy pri ambulantnom aj nemocničnom vyšetrení. Jeho výhodou je rýchla realizácia, vysoká prediktívna hodnota nielen vo vzťahu k nedostatočnej výžive, ale aj k miere dĺžky hospitalizácie a mortalite starších (3). Pre populáciu starších je k dispozícii Škála pre hodnotenie stavu výživy alebo jej skrátená forma aj v našich podmienkach známa anglickou skratkou (**MNA/MNA – SF**; The Mini – Nutritional Assessment/Short Form). MNA je komplexný nástroj na diagnostiku prítomnosti malnutrície alebo rizika jej vzniku. Obsahuje údaje antropometrické (BMI, obvod lýtko a ramena, úbytok hmotnosti za 3 mesiace), anamnestické (prítomnosť a charakter somatických ochorení a chronických rán, lieková anamnéza), údaje o funkčnom stave (napríklad schopnosť mobility a sebaobsluhy), o psychickom zdraví, ale aj o subjektívnom vnímaní zdravia a stavu výživy samotným seniorom (21).

Malnutrition Risk Scale, tzv. **SCALES**: Sadness (smútok), Cholesterol (menej ako 4,14 mmol/l), Albumin (menej ako 40 g/l), Loss of weight (strata hmotnosti), Eating problem (problémy s jedením), physical/cognitive Shopping problem (fyzické a kognitívne limity pri zaobstaraní a príprave stravy) je skriningový nástroj určený na rýchle zhodnotenie rizika malnutrície pre ambulantných pacientov a jeho výpovedná hodnota koreluje s MNA (2, 3, 12).

K základným **laboratórnym parametrom** na posúdenie stavu výživy patria celkové bielkoviny, albumín, prealbumín, transferín, cholesterol, hemoglobín a absolútny počet lymfocytov. Pri detailnom vyšetrení sa pátra po karencii mikro-nutrientov, dôležité sú aj údaje o stave obličkových a pečenejových funkcií a koncentracii CRP, hodnota kreatinínu odráža aj stav svalovej hmoty. Pri prvotnej diagnostike vo všeobecnosti nie sú nutné laboratórne vyšetrenia, výsledok dotazníkov a antropometrických vyšetrení má relevantnú výpovednú hodnotu o prítomnosti malnutrície alebo riziku jej rozvoja (3, 4, 15, 21, 25, 27). U kriticky chorých s prejavmi rozvinutého katabolizmu je laboratórna diagnostika nevyhnutná a zahŕňa komplexné parametre (o energetickej potrebe, o vodnom a bielkovinovom obrate, dusíkovej bilancii, iónovej balancii), táto problematika však presahuje zameranie tohto článku.

Možnosti výživovej intervencie

Ako už bolo uvedené, výživa aj zdravých seniorov má svoje špecifiká, starší ľudia sú ohrození rozvojom podvýživy viac ako dospelí

v produktívnom veku a zlý stav výživy starších je významným nepriaznivým faktorom v mnohých situáciách. Preto je v geriatrickej praxi veľmi dôležité malnutríciu nielen diagnostikovať a liečiť, ale ju aj predvídať a venovať pozornosť jej skríningu, prevencii aj liečbe, a tak predchádzať stavom plne rozvinutej malnutrie s jej závažnými klinickými komplikáciami (15). ESPEN (Európska spoločnosť pre klinickú výživu a metabolizmus) zostavila odporúčania liečby podvýživy zamerané na geriatrickú populáciu, v 2006 pre enterálnu výživu (22), v 2009 pre parenterálnu výživu (34).

Nutričná liečba je indikovaná u starších pacientov s diagnostikovanou podvýživou či prítomným rizikom jej rozvoja (u pacientov s ochoreniami, pri ktorých malnutricia vzniká). Cieľom nutričnej liečby je kompletná výživa organizmu, dodanie potrebných substrátov, doplnenie chýbajúcich makro- a mikronutrientov, udržiavanie vyrovnanej energetickej bilancie (22, 34). Odporúčané množstvo denného prísunu bielkovín u zdravých seniorov je minimálne 1,0 – 1,2 g/kg hmotnosti (16, 17) a energie 20 – 30 kcal/kg/deň. V situáciách zvýšených metabolických nárokov môže byť nevyhnutná vyššia potreba bielkovín a energie (1,2 – 1,5 g/kg hmotnosti, 40 kcal/kg/deň), aby sa zabránilo pokračujúcemu katabolizmu a podporila obnova svalovej hmoty (15 – 17, 25, 34).

Výživová terapia formou „umelej“ výživy pripravenej synteticky umožňuje zabezpečiť adekvátny prísun živín pri nedostatočnom perorálnom príjme, pri zvýšených nutričných nárokoch, poprípade kombinácii príčin (22, 25). **Výživové prípravky** majú definovaný obsah energie, proteínov a iných makronutrientov, vitamínov a stopových prvkov. Podľa formy aplikácie hovoríme o (per)orálnych nutričných suplementoch, enterálnej výžive nutričnou sondou a parenterálnej výžive. **Enterálne živenie** je prirodzeným spôsobom získavania potrebných substrátov, pričom aplikácia umelej enterálnej výživy môže byť orálna alebo sondová (formou nazogastrickej/nazojejunálnej sondy, gastrostómie/jejunostómie). Podmienkou začatia je funkčný tráviaci trakt (22, 25). Niekedy je enterálna výživa výlučným zdrojom živín a energie, inokedy doplnkovým k bežnej strave alebo parenterálnej výžive (25, 33). Orálny príjem preferujeme pred sondovou aplikáciou a parenterálnou výživou vždy, keď je to len trochu možné.

Vedľajšie a nežiaduce účinky enterálnej formy výživy môžu viesť k ukončeniu liečby. Najčastejšie ide o dyspeptické ťažkosti (nafukovanie, vracanie, nechutenstvo, pocity plnosti) a osmotickú hnačku, ako aj intoleranciu chuť

Tabuľka 3. Antropometrické parametre súvisiace s malnutríciou (37)

Vek 65+	Obvod paže* v cm	Hrúbka kožnej riasy** v mm
Norma	Muži 29,3 < Ženy 28,5 <	Muži 12,5 < Ženy 16,5 <
Ťažká malnutricia	Muži < 19,5 Ženy < 15,5	Muži < 3,5 Ženy < 7
Pozn.	*nedominantnej, v stredovej časti	**nad tricepsom (kaliper)

a konzistencie či výrazný pocit nasýtenia (2, 22). Špecificky u starších sa opisuje postprandiálna hypotenzia (2). Niektoré možno odstrániť správnou technikou podávania – nutričné nápoje popíjať/srkať medzi klasickými jedlami (sipping), striedať ich chute, podľa možnosti a preferencií podávať chladené alebo zohrievané, prípadne riedené vodou (22). Sipping je vhodný nielen pre minimalizovanie nežiaducich účinkov, ale vedie aj k efektívnejšiemu vstrebaniu výživy (33). Pri aplikácii výživy nutričnou sondou priamo do tenkého čreva musí byť zabezpečená sterilita prípravku, prispôbené zloženie výživy (hydrolyzáty proteínov) a forma aplikácie (kontinuálne nie bolusovo) (28).

Enterálna výživa je dôležitá aj na udržiavanie štruktúrálnej a funkčnej integrity črevnej sliznice, zachovanie bariérovej a imunitnej funkcie čreva, ako aj zlepšenie perfúzie splachnika a podpory výživy samotných enterocytov (gut feeding). Absolútnou kontraindikáciou enterálnej výživy je nemožnosť vytvoriť prístup do tráviaceho traktu, úplná strata funkcie čreva z rôznej príčiny, obštrukcia a perforácia tráviaceho traktu, toxické megakolon, krvácanie do GIT-u, gastrointestinálne fistuly s vysokým obratom (32).

K dispozícii je množstvo farmaceuticky pripravených preparátov **arteficiálnej výživy** na perorálne užitie/sondovú aplikáciu. V našich podmienkach sú bežne dostupné najmä v tekutej konzistencii, majú viacero príchuť. Podľa zachovanej funkcie a dĺžky tenkého čreva možno použiť polymérne, oligomérne alebo monomérne (elementárne) prípravky enterálnej výživy (formuly). Tie môžu byť aj inak modifikované, napríklad obohatené o niektorú zložku či určené pre konkrétnu skupinu chorých (napríklad pre diabetikov, pacientov s respiračnou insuficienciou, pre pacientov v kritickom stave), orgánovo-špecifické (pacienti s hepatálnym či obličkovým zlyháváním) či imunomodulačné (25 – 27, 35). Popíjanie nutričných prípravkov treba rozdeliť na celý deň, ak ide o doplnok k bežnej strave, je vhodné prerušenie cca 90 minút pred veľkým jedlom, aj keď štúdie potvrdili, že u starších podávanie tekutých nutričných prípravkov medzi jedlami nevedie k obmedzeniu energetického príjmu z bežnej stravy a celkový energetický príjem sa zvýši (2, 15). Pri perorálnom príjme

sú alternatívou aj tzv. modulárne dietetiká ako bielkovinový či energetický prídavok v práškovej forme, ktorý sa primieša do kuchynsky pripravennej stravy (25).

Nutričná podpora pri prostom hladovaní zlepši stav seniora a metabolizmus sa postupne upraví. V situácii akútneho či dlhodobého stresu rôznej etiológie môže nutričná intervencia spomaliť nástup či prehĺbenie malnutrie a znížiť riziko rozvoja komplikácií, primárne je však odstránenie či kompenzácia vyvolávajúceho ochorenia. V týchto situáciách môže byť nesprávne indikovaná a dávkovaná nutričná liečba sama zdrojom komplikácií (12, 15, 25, 27). Z enterálnej výživy významne profitujú seniori s dokázanou malnutríciou alebo v pásme rizika jej vzniku, ďalej krehkí, po ortopedických operáciách, s fraktúrou krčka femuru a s dekubitmi, pacienti s PEG pri absolútnej neurogénnej dysfágii (22). Adekvátna nutričná liečba u seniorov redukuje morbiditu a mortalitu, zlepšuje funkčný stav a kvalitu života (2, 22, 23).

Pre potreby tohto článku možno zjednodušene uviesť, že **parenterálna výživa** je indikovaná, ak pacienti z rôznej príčiny nie sú schopní živenia orálnou či gastro-/enterálnou cestou viac ako 3 dni a nie je predpoklad, že sa tento príjem obnoví do 7 – 10 dní (34). Väčšinou je podávaná na prechodné obdobie, istá skupina pacientov je odkázaná na trvalú aplikáciu formou domácej parenterálnej výživy. Parenterálna výživa (podávaná centrálnym alebo periférnym prístupom) má svoje riziká, vyplývajúce z možných komplikácií (napríklad infekcie, trombóza, overfeeding syndróm, karcénne stavy a iné metabolické komplikácie). Jej úspech je závislý aj od zachovanej schopnosti anabolizmu (zvrátenia katabolizmu) (35, 36). U geriatrických pacientov má parenterálna výživa niektoré špecifiká – je nutné zohľadniť vyšší sklon k hyperglykémii, redukované renálne a hepatálne funkcie, ako aj riziko kardiálneho zlyhávania pri vyššom prísune tekutín a sodíka, zvýšené riziko výskytu delíria a s tým súvisiace riziko neodbornej manipulácie so žilovým prívodom (34). Subkutánne možno zabezpečiť prísun tekutín a niektorých elektrolytov pri miernej či stredne ťažkej dehydratácii, ale tento spôsob aplikácie (**hypodermoklýza**) nie je vhodný pre plnohodnotnú suplementáciu nutričov (34). Téma výživovej liečby (enterál-

nej či parenterálnej) je rozsiahla problematika, komplexnejšie spracovanie presahuje možnosti tohto článku.

Liečba a prevencia malnutricie u starších má želaný efekt, len ak je **komplexná**. Vždy je nutné vylúčiť dehydratáciu a nesprávne zloženie či nedostatok konzumovanej stravy, prehodnotiť a racionalizovať farmakologickú liečbu (eliminácia nežiaducich účinkov a interakcií), individuálne podľa príčiny sa pokúsiť o jej odstránenie či zmiernenie (napríklad rehabilitácia pri dysfágii po mozgovno-cievnej príhode, aplikácia PEG, liečba depresie, stabilizácia chronických ochorení). Dôležitá je aj motivácia seniora, sociálny rozmer stravovania a jednoduché nemedicínske úkony – stolovanie prispôbiť mentálnym a fyzickým postihom seniora, používať vhodné kompenzačné pomôcky (napríklad špeciálne príbory a poháre, slamky), zabezpečiť potrebnú asistenciu pri jedení, dbať na pestrosť a príjemnú (popríklad výraznejšiu) chuť stravy, brať do úvahy aj etnické či náboženské zvyklosti, poučiť opatrovateľa, a ak je to možné, samozrejme, aj pacienta (4, 13, 15). V súčasnosti nie je štandardne k dispozícii taká orexigénna medikamentózna liečba, z ktorej by starší pacienti jednoznačne profitovali a pri ktorej by prevyšoval benefit nad nežiaducimi účinkami a rizikami (15, 30).

Na záver treba spomenúť etické aspekty a zodpovednosť pri rozhodovaní o iniciovaní výživovej liečby. Tá nie je indikovaná pre pacientov v terminálnom štádiu ochorenia (nielen somatického, ale napríklad aj demencie), alebo ak nie je predpoklad, že by z tejto liečby pacient akokoľvek profitoval (napríklad zlepšením funkčného stavu), či na základe celkového zhodnotenia je vysoko pravdepodobné, že výživová liečba bude neúčinná (neschopnosť využitia substrátov, refraktérna kachexia). Sondové živenie nie je určené pre umierajúcich pacientov a dôvodom nemôže byť ani uľahčenie starostlivosti o pacienta. V prípade už zavedenej sondy však treba náležite komunikovať vzniknutú situáciu a zohľadniť prania rodiny či pacienta, ak ich vyslovil (15, 22, 25, 28).

Záver

Problémy spojené s príjmom stravy a zlý nutričný stav sú v staršom veku časté. Príčinou sú nielen geriatrické syndrómy, multimorbidita, chronický charakter ochorení v starobe a zákonite z tohto vyplývajúca polyfarmácia, ale aj involúcia organizmu, pokles kognitívnych funkcií a sociálne postavenie seniorov. Znížená fyzická aktivita a spomalenie bazálneho metabolizmu v starobe sú spojené s prirodzeným znížením

príjmu stravy. Starecká anorexia je komplex fyziologických starobných zmien, ktorý k tomu vedie. Následkom rôznych ochorení je anorexia alebo neschopnosť stravu prijímať, využiť či prosto len zadovážiť. Akútne, ale aj mnohé chronické ochorenia sú spojené so zvýšenými metabolickými nárokmi, ktoré starý organizmus nedokáže zvládnuť nielen pre znížený príjem energie a nutričov, ale aj pre nedostatočné adaptačné, regulačné a reparačné rezervy. Predvídanie, včasné diagnostikovanie malnutricie a jej rizika, následná adekvátna intervencia sú prevenciou plne rozvinutej malnutricie so závažnými komplikáciami. Liečba porúch výživy má aj v staršom veku želaný efekt len vtedy, ak je správne indikovaná a komplexná.

Literatúra

1. Wahlqvist ML, Savige GS, Lukito W. Nutritional disorders in elderly. *The Medical Journal of Australia*. 1995;163:376–381.
2. Morley JE. Anorexia of aging: physiologic and pathologic. *Am J Clin Nutr*. 1997;6:760–773.
3. Ahmed T, Haboubi N. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clinical interventions in Ageing*. 2010;5:207–216.
4. Hickson M. Malnutrition and ageing. *Postgrad Med J*. 2006;82:2–8.
5. Voleková M. Poruchy výživy. In: Hegyi L, Krajčík Š. *Geriatría*. Bratislava: Herba; 2010: 150–166.
6. Morley JE. Energy balance. In: Morley JE, Thomas DR. *Geriatric nutrition*. Boca Raton: CRC press; 2007: 123–130.
7. Yeh SS, Schuster MW. Geriatric cachexia: the role of cytokines. *Am J Clin Nutr*. 1999;70:183–197.
8. Wakimoto P, Block G. Dietary Intake, Dietary Patterns, and Change with Age: An Epidemiological Perspective. *Journals of Gerontology: Series A*. 2001;56A(Special Issue II):65–80.
9. Wurtman JJ, Lieberman H, Tsay R, et al. Caloric and nutrient intake of elderly and young subjects measured under identical conditions. *J Gerontol*. 1988;43:B174–B180.
10. Wittert GA. Age-related Change in Body Composition. Mechanisms Responsible for the Changes in Body Composition with Aging. In: Morley JE, Thomas DR. *Geriatric nutrition*. Boca Raton: CRC press; 2007: 46–48.
11. Morley JE. Decreased Food Intake With Aging. *Journals of Gerontology: Series A*. 2001;56A(Special Issue II):81–88.
12. Thomas DR. Nutritional Assessment in Older Persons. In: Morley JE, Thomas DR. *Geriatric nutrition*. Boca Raton: CRC press; 2007: 197–216.
13. Hegyi L, Krajčík Š. Poruchy výživy. In: Hegyi L, Krajčík Š. *Geriatría pre praktického lekára*. 3. vyd. Bratislava: Herba; 2015: 130–138.
14. Sobotka L. Vliv malnutrice na průběh akutního onemocnění u gerontologického nemocného. *Česká geriatrická revue*. 2003;1:32–35.
15. Thomas DR. Management of Protein – Energy Undernutrition in Older Adults. In: Morley JE, Thomas DR. *Geriatric nutrition*. Boca Raton: CRC press; 2007: 268–290.
16. Thomas DR. Nutritional Requirements in Older Adults. In: Morley JE, Thomas DR. *Geriatric nutrition*. Boca Raton: CRC press; 2007: 104–121.
17. Deutz NEP, Beuer JM, Barazzoni R, et al. Protein intake and exercise for optimal muscle function with ageing: Recommendations from the ESPEN Expert Group. *Clinical Nutrition*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2014.04.007>.
18. *Keep fit for life* [online]. Meeting for nutritional needs of older persons. World health organisation 2002. Available from: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241562102.pdf>>.

19. Lichtenstein AH, Rasmussen H, Yu WW, et al. Modified MyPyramide for Older Adults. *The Journal of Nutrition*. 2008;138:5–11.
20. Russell RM, Rasmussen H, Lichtenstein AH. Modified Food Guide Pyramid for people over seventy years of age. *The Journal of Nutrition*. 1999;129:751–753.
21. Topinková E. Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných. *Česká geriatrická revue*. 2003;1:6–11.
22. Volkert D, Berner YN, Berry E, et al. *ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics Clinical Nutrition*. 2006;25:330–360.
23. van Staveren WA, de Groot L. Epidemiology of nutrition and ageing. In: Sinclair AJ, Morley JE, Vellas B., eds. *Pathy's Principles and Practice of Geriatric Medicine*. 5th ed. Chichester: John Wiley&Son Ltd.; 2012: 173–183.
24. Consensus Statement of the Academy of Nutrition and Dietetics/American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: Characteristics Recommended for the Identification and Documentation of Adult Malnutrition (Undernutrition). 2012 American Society for Parenteral and Enteral Nutrition and the Academy of Nutrition and Dietetics. *J Acad Nutr Diet*. 2012;112:730–738.
25. Novák F. Enterální a parenterální výživa v prevenci a léčbě malnutrice. *Remedia*. 2002;1:27–40.
26. Mikula J, Hluchová L. Parenterální a enterální výživa. *Via pract*. 2005;2(5):253–255.
27. Krizanová K, Škripeková A. Úskalí realimentace u hladujících a podvyživených pacientů. *Interní med*. 2012;12(3):109–112.
28. Škripeková A. Malnutriční u onkologického pacienta – možnosti ovplyvnenia, praktické a etické otázky. *Onkológia (Bratisl)*. 2013;8(4):246–249.
29. Chapman IM. The anorexia of ageing. In: Sinclair AJ, Morley JE, Vellas B., eds. *Pathy's Principles and Practice of Geriatric Medicine*. 5th ed. Chichester: John Wiley&Son Ltd.; 2012: 185–196.
30. Thomas DR. Weight loss. In: Sinclair AJ, Morley JE, Vellas B., eds. *Pathy's Principles and Practice of Geriatric Medicine*. 5th ed. Chichester: John Wiley&Son Ltd.; 2012: 197–207.
31. Morley JE, Haren MT. Sarcopenia and cachexia. In: Morley JE, Thomas DR. *Geriatric nutrition*. Boca Raton: CRC press; 2007: 59–68.
32. Johnson CS, Sacks G. Nutrition in aging. In: Fillit MH, Rockwood K, Woodhouse K. *Brocklehurst's. Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010: 678–684.
33. Desatová B, Fojtová A, Bátorovský M. Špecifika enterálnej výživy. *Gastroenterologická prax*. 2013;12(1):12–14.
34. Sobotka L, Sneider SM, Berner YN et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Geriatrics. *Clinical Nutrition*. 2009;28:461–466.
35. Škripeková A. Výživa pacientov s pokročilým nádorovým ochorením. *Farmakoterapia*. 2013;3(1):55–59.
36. Škripeková A. Indikácie parenterálnej výživy u onkologických pacientov a problémy s tým spojené. *Paliat. med. liec. boles*. 2009;2(2):86–89.
37. Hrnčiarová D, Jurašková B, Klemra P, Zadáč Z. Antropometrická vyšetrenia a merenia svalovej sily u geriatrických pacientů. *Česká geriatrická revue*. 2007;5(2):96–101.
38. Wilson M-M G, Morley JE. *Physiology of Aging. Invited Review: Aging and energy balance*. *J Appl Physiol* 95: 1728–1736, 2003;10.1152/jappphysiol.00313.2003.

MUDr. Jana Hoozová

Klinika geriatric LF SZU a UNB, ŠGN
Krajinská 91, 825 56 Bratislava
janahoozova@gmail.com

Etické otázky umelej enterálnej výživy v paliatívnej starostlivosti

Mgr. BeLic. Pavlína Dobáková

Ústavná lekáreň, Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie, Vyšné Hágy

Článok poukazuje na etické aspekty enterálnej výživy nutričnými sondami v špecifickom prostredí paliatívnej starostlivosti. Snaží sa objasniť dôležité momenty pri hľadaní primeraných prostriedkov na dosiahnutie dobra pacienta v jeho celistvosti a spolu s krátkym prehľadom učenia cirkvi o terminálnej fáze života človeka má za cieľ pomôcť etickému uvažovaniu v súvislosti so zavádzaním vyživovacích sond u pacientov v konečnom štádiu.

Kľúčové slová: enterálna výživa nutričnými sondami, paliatívna starostlivosť, primerané liečebné procedúry, učenie cirkvi.

Ethical questions of artificial enteral feeding in palliative care

This article points at ethical aspects of enteral tube feeding in specific environment of palliative care. We are going to clarify vital moments while looking for proportionate means of reaching what is the best for a patient in his/herself complexity. Also we will mention some short teachings of Church about a final stage of human life. Together they will help us to think about feeding tubes used for patients in their final stage from ethical point of view.

Key words: enteral tube feeding, palliative care, proportionate medical procedures, teaching of church.

Paliat. med. liec. boles., 2015; 8(1e): e13–e15

Úvod

V starostlivosti o chorého sa veľmi často objavuje problém prijímania potravy, čo následne vedie k patologickému stavu spôsobenému nedostatkom živín, čiže k malnutriícii. U pacientov s nevyliciteľným progredujúcim ochorením sa vyskytujú viaceré stravovacie problémy, ktoré prispievajú k nedostatočnému príjmu živín: nechutenstvo, odpor k jedlu alebo k niektorým druhom potravy, suchosť v ústach, zápal sliznice ústnej dutiny. Stav výživy týchto pacientov je závislý aj od zvládania symptómov, ako sú bolesť, zápcha, nauzea a vracanie, úzkosť, strach a depresia. Eliminácia a zmiernenie týchto príznakov môžu pomôcť zvýšiť príjem potravy. Zhodnotením stavu výživy anamnézou, fyzikálnym vyšetrením a subjektívnym globálnym hodnotením je snaha o udržanie optimálneho príjmu energie, o zaistenie príjmu vysokohodnotných proteínov, lipidov a glukózy. Pre pacientov v terminálnom štádiu má výživa význam nie vzhľadom na predĺžovanie života, ale na zlepšenie kvality života pacienta a na zmiernenie komplikácií, akými sú dekubity či chronické rany. Pri neschopnosti prijímať stravu normálnym spôsobom sa pristupuje k umelelemu vyživovaniu. V paliatívnej starostlivosti má nutričná podpora pacienta svoje špecifiká, z ktorých pramenia rôzne kontroverzie. Tie môžu viesť k vážnym pochybnostiam pri zvažovaní indikačnej vhodnosti umelej enterálnej výživy.

Umelá enterálna výživa

Enterálna výživa ako jedna z foriem umelej výživy predstavuje kompletnú a vyváženú tekutú stravu, ktorá obnoví plnohodnotný príjem energie a živín v jej optimálnom pomere. Podmienkou jej zavedenia je zachovaná funkčnosť tráviaceho traktu z hľadiska trávenia a vstrebávania živín. Enterálna výživa sa môže podávať perorálnou cestou (tzv. sipping – popíjanie špeciálnej modifikovanej výživy, ktorá má definované množstvo energetických substrátov, bielkovín, minerálov a vitamínov) alebo nutričnými sondami; a to jejunálnou cestou (priamo do čreva prostredníctvom nazojejunálnej sondy či punkčnej jejunostómie) alebo gastrickou cestou, do žalúdka (1). Pre krátkodobú podporu v trvaní menej ako 30 dní je odporúčaná **nasogastrická sonda**, pre dlhodobú výživu sa používa **gastrostómia**, ktorá môže byť zavedená peroperačne alebo endoskopicky; v poslednom uvedenom prípade ide o perkutánnu endoskopickú gastrostómiu. Mechanickými komplikáciami tejto formy výživy sú obštrukcia alebo vysunutie sondy. Klinickými komplikáciami môžu byť aspiračná pneumónia, nauzea, vracanie, nafúknutie brucha, hnačka pri hyperosmolárnej alebo veľkoobjemovej výžive, zápcha predovšetkým pri liečbe opioidmi, metabolické komplikácie sú vzácne (2).

Perkutánnu endoskopickú gastrostómiu (PEG) je kombinované chirurgické a endoskopické zavedenie vyživovacej sondy do žalúdka cez

brušnú stenu. Od svojho uvedenia do praxe v 80. rokoch 20. storočia sa táto metóda stala veľmi používanou formou zaistenia umelej enterálnej výživy a počet pacientov vyživovaných PEG-om stále narastá. Indikáciami na zavedenie PEG-u sú: mechanicky podmienená dysfágia, neurologicky podmienená dysfágia, stratové poranenia a mutilujúce výkony v orofaciálnej oblasti, kraniocerebrálne poranenia, polytrauma, tracheozofageálna fistula, starecké a nádorové kachexie, psychiatrické ochorenia (demencie), potreba nutričného a elektrolytového príjmu, žalúdočná dekompresia (3). Naopak, PEG nemá byť indikovaný u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia s očakávanou dĺžkou života menej ako 1 až 2 mesiace, s rýchlo rastúcim tumorom či vážnou malnutriciou (4). Úspešnosť zavedenia gastrostomickej sondy je veľmi vysoká. Najčastejšími komplikáciami sú kožné v mieste stómie, napríklad absces a kožná granulácia. Ďalej sa môžu objaviť gastrointestinálne komplikácie ako vracanie, ileus či ezofageálny reflux alebo pľúcne komplikácie, napríklad aspiračná pneumónia a bronchorea (5).

Terminálna fáza ľudského života a etické princípy

V eticky sporných situáciách vznikajúcich pri starostlivosti o terminálne chorého je najčastejšie zaznievajúci princíp „robiť dobre“ spolu s princípom „neškodiť“. Otázka však znie, ako nachádzať v nejasných a komplikovaných situ-

áciách „dobro“ pacienta? Základom tohto hľadania by mala byť **snaha o skutočné dobro tejto konkrétnej osoby** ležiacej pred zdravotníkom; snaha o komplexné dobro – fyzické, psychické a duchovné. To so sebou prináša dôrazné **NIE pasívnemu minimalizmu**, teda zanedbaniu starostlivosti o pacienta, pretože veríme, že aj posledná etapa života má svoj význam, že je jeho vyvrcholením a aj odkazom pre blízkych umierajúceho. Na druhej strane tu zaznieva dôrazné **NIE úpornej terapii** a neprimeraným prostriedkom, ktoré by pacienta nadmerne zaťažovali a umelo by predlžovali jeho umieranie.

Isté nasmerovanie v tejto problematike možno nájsť aj v katolíckej tradícii a v náuke cirkvi. Tie sú v dnešnej spoločnosti niekedy mylne stotožňované s „vitalizmom“. V tradícii, konkrétne v diele Francisca De Vitoria zo 16. storočia, sa nachádza zmienka o morálnej povinnosti používať všetky prostriedky nevyhnutné pre zdravie. Avšak táto povinnosť nie je absolútna. Autor píše: „...ak chorý môže prijímať potravu s nejakou nádejou na život, musí tak urobiť. ...ak to nie je možné z nejakého dôvodu, ...je oslobodený od tejto povinnosti, predovšetkým ak nádej na život je malá alebo žiadna“ (preklad autorky). **Morálna povinnosť využiť všetky prostriedky potrebné na zachovanie života a zdravia teda nie je absolútna**, pretože ide o povinnosť niečo vykonať, čo je povinnosť pozitívna. Tá vo všeobecnosti nezaväzuje človeka stále, na rozdiel od povinnosti niečo nevykonať, ktorá je záväzná vždy. Môžu existovať rôzne situácie, ktoré znemožnia vykonanie pozitívnej povinnosti. Nemožnosti, ktoré tomu zabránia, môžu byť fyzické, psychické a aj morálne. Môže ísť napríklad o príliš komplikovaný lekársky zákrok u terminálne chorého pacienta. V článku 2278 Katechizmu Katolíckej cirkvi sa uvádza: „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“. Podobne aj Deklarácia o eutanázii, zverejnená v roku 1980 Kongregáciou pre náuku viery, v časti IV. uvádza: „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“. Otázkou ostáva, ako definovať normálnu starostlivosť.

Dilemu, či podávanie umelej výživy patrí medzi terapeutické postupy alebo ide o normálnu starostlivosť prináležiacu chorému, sa

snažia riešiť viaceré dokumenty, medzi iným dokument nazvaný „Etické otázky týkajúce sa vážne chorých a umierajúcich“, ktorý vydala Pápežská rada Cor unum v roku 1981. V odstavci 2.4.4. uvádza: „Nadalej však ostáva striktné záväzné za každú cenu pokračovať v aplikovaní takzvaných „minimálnych“ prostriedkov, teda tých, ktoré sú normálne a v bežných podmienkach určené na udržanie života (výživa, transfúzia krvi, injekcie atď.)“. Podobne sa v Charte zdravotníckych zamestnancov, v článku 120, vyjadrila aj Pápežská rada pre pastoračiu v zdravotníctve: „**Výživa a podávanie tekutín, i keď sa podávajú umelo, patria k normálnej starostlivosti, ktorá chorému prináleží vždy, ak mu to nespôsobuje vážne ťažkosti: ich nenáležité prerušenie (zastavenie) môže mať znak pravej a vlastnej eutanázie**“. Existujú však situácie, v ktorých sa aj normálna starostlivosť môže stať neprimeraným prostriedkom. Kongregácia pre náuku viery v odpovedi na otázky Konferencie biskupov USA v súvislosti umelého vyživovania a prísunu tekutín uviedla: „Kongregácia tvrdím, že podávanie výživy a tekutín je v súlade s danou zásadou morálne záväzná, nevylučuje, ... že **pre datočné komplikácie pacient možno nebude môcť stráviť výživu a tekutiny, a preto sa ich podávanie stane celkom neužitočné**. Napokon sa vôbec neodmieta možnosť, že v niektorých zriedkavých prípadoch môže podávanie výživy a tekutín znamenať pre pacienta výnimočnú príťaž alebo vážne zhoršenie fyzického stavu, napríklad komplikácie pri používaní inštrumentálnych pomôcok.“

Vo všeobecnosti je pri rozlišovaní vhodnosti istej liečebnej procedúry u konkrétneho pacienta potrebné zvážiť, či ide o **liečebné prostriedky primerané alebo neprimerané** (proporcionati/sproporcionati). Takto koncipované rozlišovanie dnes nahradilo predošlé delenie liečebných postupov na bežné a mimoriadne (ordinari/straordinari). Vyžiadala si to súčasnosť poznačená prudkým rozvojom technológií, ktoré neustále posúvajú hranice možností medicíny. Rozlíšenie postupov na primerané a neprimerané nedovoľuje definovať presné a podrobné postupy v paliatívnej medicíne. Nepochybne však lepšie zodpovedá požiadavkám individuálneho prístupu k umierajúceho. Kľúčovým momentom citlivého rozlišovania primeranosti je **zväzenie prínosu a záťaže vyplývajúce z liečebného postupu, a to tak z objektívneho pohľadu, ako aj z pohľadu pacienta**. V stave objektívne zhodnotiť pomer prínosu a záťaže je práve lekár, zdravotná sestra či iný člen hospicového tímu. Toto hodnotenie vychádza z vedeckej literatúry a zo skúseností zdravotníka. Za objektívny prínos môže byť považovaná pravdepodobnosť

úspechu danej procedúry, čas prežívania, kvalita života a podobne. Objektívnou záťažou môže byť riziko, ktoré z toho vyplýva, jeho komplikácie, vzniknuté utrpenie, náklady, priestorové a personálne investície a podobne. Pacient ako prínos hodnotí dôležitosť času a chuť do života, ktoré mu zásah môže priniesť. Subjektívnou záťažou je pre neho strach, obavy, fyzické a psychické utrpenie či pocit poníženia. Pri zvažovaní vhodnosti postupu najdôležitejšie vždy ostane spojiť tieto dva komponenty, objektívny a subjektívny, a vytvorí tak „terapeutickú alianciu“ medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom. Bez tohto spojenia možno veľmi ľahko nenájsť hľadané „dobro“ pacienta. Pri chýbajúcom subjektívnom komponente sa dá sklznúť k úpornej terapii či eutanázii. Naopak, ak zlyháva objektívny komponent hodnotenia, mohlo by dôjsť k zanedbaniu starostlivosti.

Špecifická enterálnej výživy v paliatívnej starostlivosti

Z odbornej literatúry zaznieva potreba zvýšiť vzdelanosť lekárov, pacientov a ich rodinných príslušníkov v súvislosti s dlhodobou enterálnou výživou nutričnými sondami, nevynechajúc etický aspekt problému. Prieskum vykonaný medzi lekármi podčiarkol nesúlad medzi odpoveďami lekárov, klinickou praxou a dostupnou literatúrou v oblasti rozhodovania o zavedení nutričnej sondy. Vo všeobecnosti sa ukázalo preceňovanie účinnosti PEG-u u pacientov s demenciou. Vysoké percento lekárov bolo presvedčených, že PEG redukuje aspiračnú pneumóniu, zlepšuje hojenie rán, nutričný a funkčný status pacienta, napriek chýbajúcej podpore v literatúre. Viac ako polovica opýtaných uviedla, že PEG-výživa predstavuje štandard v starostlivosti o pacienta s demenciou. Podobne je to aj medzi rodinnými príslušníkmi, ktorí žiadajú dlhodobú umelú výživu pre zvýšenie komfortu pacienta či predĺženie života (6). Umelú výživu vnímajú ako základnú zdravotnícku starostlivosť, ktorá nemôže byť nikdy odoprená žiadnemu pacientovi. Rodina chorého cíti ako nevyhnutnosť začať podávanie umelej výživy, pretože sa obáva hladovania svojho blízkeho. Vo všeobecnosti je však možné konštatovať, že u terminálne chorého pacienta je jeho základné ochorenie, ktoré navodzuje smrť, nie malnutícia.

Z etického hľadiska je v prvom rade nevyhnutné demonštrovať, že zavedenie vyživovacej sondy bude znamenať skutočný benefit pre umierajúceho človeka. Napríklad **dlhodobé enterálne vyživovanie nutričnými sondami u pacientov s demenciou** v pokročilom štádiu

ochorenia sa dnes považuje za kontroverzné. Hoci dosiaľ neboli vykonané prospektívne randomizované štúdie u pacientov s demenciou, ktoré by zhodnotili prežívanie, aspiráciu, nutričný stav či kvalitu života u pacientov s enterálnou výživou v porovnaní s pacientmi, ktorí prijímajú stravu normálne, závery retrospektívnych štúdií však naznačujú, že zavedenie PEG-u pacientovi s pokročilou demenciou nemá pozitívny vplyv na jeho prežívanie (7).

Podobná situácia nastáva pri onkologických pacientoch so syndrómom anorexie kachexie, keď môže byť zavedenie PEG-u neprimeraným prostriedkom. Efekt nutričných intervencií v takejto situácii je spochybnený aj v zmysle zlepšenia celkového prežívania. Kachexia pri pokročilom nádorovom ochorení je multifaktoriálne podmienený syndróm charakterizovaný progresívnou stratou svalovej hmoty, ktorú nie je možné zvrátiť konvenčnou nutričnou podporou a vedie k progredujúcemu funkčnému zhoršovaniu. Nádorovú kachexiu je potrebné riešiť skôr, než prejde do refraktérneho štádia. Je možné zabrániť hmotnostnému úbytku najmä v štádiu prekachexie, teda u pacientov, ktorí mali hmotnostný úbytok za posledných 6 mesiacov nižší ako 5 % alebo u tých, ktorí nemali zvýšené CRP. **Pacient v refraktérnom štádiu kachexie už nebude benefitovať z podávanej výživy,** pretože nie je schopný utilizovať substráty. Pri indikácii umelej enterálnej výživy je preto dôležité prihliadať na stav základného ochorenia a tým aj na podiel nádorovej kachexie so zmeneným

metabolizmom (8). V spomenutých situáciách nezaviesť pacientovi nutričnú sondu nie je odprieť mu výživu či starostlivosť, na ktorú má nárok, ale znamená nevystavovať pacienta neprimeranej záťaži.

V paliatívnej praxi nastávajú rôznorodé klinické situácie, ktoré si nepochybne vyžadujú individuálny prístup. Pri rozhodovaní v súvislosti so zavedením alebo nezavedením či prerušením enterálnej výživy môže byť pre hospicový tím istým nasmerovaním **súbor otázok, ktoré by sa mali klásť v eticky sporných momentoch.** Odpovede na tieto otázky môžu pomôcť nielen špecifikovať a analyzovať etický problém, ale často môžu aj naznačiť riešenie danej situácie. Na istej americkej klinike vypracovali zoznam takýchto otázok, ktoré sa týkajú štyroch hlavných tém; indikácie, pacientových preferencií, kvality života a súvisiacich záležitostí (finančných, náboženských, kultúrnych) (6).

Záver

Umelá enterálna výživa sa môže považovať za normálnu starostlivosť poskytovanú pacientovi, ktorý nie je schopný prijímať stravu prirodzeným spôsobom. V paliatívnej starostlivosti však nastávajú situácie, kedy sa môže stať neprimeranou procedúrou, a teda jej podanie bude v danom prípade morálne nezaväzujúce. Zhodnotenie primeranosti zavedenia výživovacích sond musí v sebe zahŕňať nevyhnutne objektívny aj subjektívny komponent. Pre riešenie sporných situácií môže byť nápomocné

vytvorenie súboru otázok, ktoré je potrebné si zodpovedať. Dôležité je, aby to vykonával tím ľudí, ktorých prioritou je nájdenie fyzického, psychického a duchovného dobra umierajúceho človeka.

Literatúra

1. Argayová I. a kol. *Komplexná ošetrovateľská starostlivosť u onkologického pacienta s enterálnou výživou* In: Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť – základný predpoklad kvality života pacientov. Prešovská univerzita Fakulta zdravotníctva, Prešov: 2010. p.161–164.
2. Detvay J, Čechová M. Význam enterálnej výživy u onkologického pacienta. *Onkológia (Bratisl.)*. 2008;3(4):250–252.
3. Hudáková A, Obročníkova A. *Kvalita starostlivosti o pacientov s PEG* In: Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť – základný predpoklad kvality života pacientov. Prešovská univerzita Fakulta zdravotníctva, Prešov: 2010. p. 46–49.
4. Floyd A, Burakoff R. The Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube: Medical and Ethical Issues in Placement. *Am.J.of Gastroenterology*. 2003;98(2):272–277.
5. Bourdel-Marchasson I a kol. Audit of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in Long-term Enteral Feeding in a Nursing Home. *Int.J.for Quality in Health Care*. 1997;9(4):297–302.
6. McMahon MM a kol. Medical and Ethical Aspects of Long-term Enteral Tube Feeding. *Mayo Clin Proc*. 2005;80(11):1461–1476.
7. Lynne M M a kol. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Does Not Prolong Survival in Patient With Dementia. *Arch Intern Med*. 2003;163(9):1351–1353.
8. Škripeková A. Malnutriícia u onkologického pacienta – možnosti ovplyvnenia, praktické a etické otázky. *Onkológia*. 2013;8(4):246–249.

Mgr. BeLic. Pavlína Dobáková

Ústavná lekáreň NÚTPCHaHCH,

Vyšné Hágy

pdobakova@gmail.com

Ku koncu života

MUDr. Peter Križan¹, MUDr. Kristína Križanová²

¹Medirex Group Academy, Bratislava

²Oddelenie paliatívnej medicíny a klinickej onkológie, Národný onkologický ústav, Bratislava

Na Slovensku sa otvára spoločenský priestor na debatu o tom, aké zdravotnícke aktivity sú správne a vhodné ku koncu života ťažko chorých, dlhodobo chorých a prestarnutých pacientov. V eseji vyzdvihujeme, že paliatívna medicína a paliatívna starostlivosť sú dôležitou súčasťou celkovej zdravotníckej, duchovnej a sociálnej starostlivosti o pacientov ku koncu ich života. Paliatívny tím rešpektuje vôľu pacienta a prístupom high tech – high touch zmiernuje utrpenie, podporuje dôstojnosť v zomieraní, vytvára priestor na hľadanie zmyslu života a zmierenie.

Kľúčové slová: paliatívna medicína, paliatívna starostlivosť, paliatívny tím, koniec života, zmysel života, dispozícia pacienta, high tech – high touch.

End of life

Slovakia has been witnessing the opening of the social space for discussion about what health care activities are proper and commensurate once the lives of terminally ill and geriatric are coming to an end. The essay emphasizes the importance of palliative medicine and palliative care as an essential component of the comprehensive package of medical, spiritual and social care for people suffering from serious illnesses during their last days. The palliative team respects the patient's will and uses the high tech-high touch approach to provide relief from pain and suffering, maintain the patient's dignity in dying and create space for searching for the meaning of life and reconciliation.

Key words: palliative medicine, palliative care, palliative team, end of life, meaning of life, living will, high tech – high touch.

Predstav si dovolenku

Predstav si, že dnes musíš odísť skôr z roboty, lebo potrebuješ stihnúť lietadlo na dovolenku. Vtedy zapracuje „zákon schválnosti“ – nikdy nemáš toľko telefonátov, e-mailov, nikdy nedávaš toľko inštrukcií podriadeným a nikdy ťa tak naliehavo nezahňa šéf. Nie, nie je to zákon schválnosti. To len pred tebou stojí nepreniknuteľná stena dovolenky, čo dokončíš, dokončíš, čo nedokončíš, ostane nedokončené. A potrebuješ si usporiadať posledné veci – zaplatiť účty, zabezpečiť zalievanie muškátov, vyberanie pošty a vetranie bytu, rozlúčiť sa so spolupracovníkmi, priateľmi a detnými deťmi.

Šok prvého dňa

Predstav si, že si konečne nájdeš čas na „prevenienciu“. V správe sa spomína nález krvi v stolici a máš sa niekde objednať na kolonoskopiu. Nie je to príjemná predstava, ale ešte horšie je, že si nevieš nájsť čas. Ale predsa, budúci mesiac, 16. v stredu ráno by sa to dalo. Zistíš, že tvoje predstavy sú detské. Chce to ďalšie dva dni prípravy a v deň vyšetrenia by si už nemal ísť popoludní do roboty. Týždeň v ťahu! A, samozrejme, systém nečaká na teba, najbližší termín je voľný o dva mesiace... Na konci tohto príbehu je zomieranie na generalizovaný karcinóm sigmy. Dovtedy ťa choroba a zdravotníctvo opracujú ako okruhlak v rieke. Tvoja autonómia je vystavená skúške, hľadáš zmysel tohto a takéhoto života a podmienky sú čoraz horšie a horšie, riešenia obmedzené alebo žiadne. Akokoľvek si bol fyzicky silný, osobnostne zrelý, psychicky odolný, prípadne aj

bohatý, napokon tak či tak zomieraš z posledných síl a rozmieňaš len drobné.

V živote onkologického pacienta je niekoľko takýchto prvých. Každý z nich si asi bude pamätať prvý šok z oznámenia o chorobe. Prvého človeka zo svojho okolia, ktorému to povedal. Prvú slzu alebo prvú nadávku.

Jana Shemesh (1)

Na obzore sa objaví náhla hrozba, ešte síce nemá jasné kontúry, ale už z nej vane úzkosť zo zomierania a smrti. Priviláva bilancovanie a pocit viny, prepisuje vlastný príbeh a veští jeho pokračovanie, nový osud. Zo dňa na deň si treba zvyknúť na pravdepodobnostný model vývoja osudu, na striedanie ďalších osudov... Ocitli sme sa na kruhovom objazde a najradšej by sme z neho vyšli na najbližšom výjazde a v smere „si vyliečený, zabudni“. Situácia nás však opakovane vracia na „náš kruháč“ a odbočujeme z neho na výjazdoch vyšetrenia, operácie, kontroly, ožarovania, chemoterapie. A znova a znova naspäť na kruháč. Po pár mesiacoch si už prestávame klásť otázku „prečo práve ja...“ Podarí sa nám zbaviť sa pocitu zlyhania a viny? Dokážeme minimalizovať škody na osobnej slobode? Tu sa nedá pomôcť motiváciou zdravotníkov, to sa nedá vybaviť empatiou a osobným prístupom, ani keď sa zoderieš. Potrebný je zásah fungujúcej inštitúcie.

Nedávno som sa dostal ako pacient aj do Národného onkologického ústavu. Som už vytrénovaný na všeličo. Také preplnené chodby ako na

Paliat. med. liec. boles., 2015; 8(1e): e16–e19

NOÚ som však ešte nezažil. Predieral som sa na určenú ordináciu cez dav mrzutých ľudí, určené sedačky a lavice preplnené, ale všetci ostatní stoja, zúrivo a bez úsmevu, s vetrovkami na rukách, lebo sa tam nedá pohnúť. Skôr hokejový štadión pred medzištátnym zápasom ako zdravotné zariadenie. Mohol by som rozprávať príbehy celých predpoludní. Pred ordináciami sa čaká nie hodiny, ale neraz pol dňa, vlastne celý pracovný deň – áno, od siedmej ráno a na rad sa dostanete po 14. hodine, bez obeda, lebo miesto pred ordináciu opustiť nemôžete, čo ak medzitým sestrička vyvolá vaše meno?

Anton Hykisch (2)

Pojmy ako inštitúcia alebo systém sa devalvovali. Pre onkologického pacienta je však inštitúcia so svojím systémom a funkčnosťou ako záchraná sieť. Neodstane to, čo sa stalo a nie je ani miestom na život, ale podrží. Berme teda inštitúciu ako otvorené láskavé náručie, nachystané prijať všetky bolesti, strach a neistotu z obávaného, neznámeho a neočakávaného. Obráti „šok z prvého“ na „šok“ z toho, že sa to dá, že všetko funguje, že neprekážam, že všetci čakajú len na mňa, že celá inštitúcia má zmysel, len keď do nej prídem ja. Inštitúcia s dobrou organizáciou práce založenou na všeobecne akceptovaných medicínskych kritériách, ale s porozumením pre osobitosti zdravotného stavu konkrétneho pacienta a s rešpektom k jeho preferenciám. Šatňa, toalety, dostatok sedadiel. Práca s čakárňou, priebežné informácie o tom, čo sa deje, že výsledky budú o hodinu, kedy kto príde na rad, že ešte stihnú do bufetu, že ich

nikto nepredbehne. Mať pod kontrolou aj spolupraciacich, ktorí niekedy vedú nováčika podporiť, inokedy mu spravia mazáčku vojnu.

Dobrá organizácia starostlivosti o smrteľne chorého onkologického pacienta nie je výrobný pás, na konci ktorého padne „hotový“ a mŕtvy, do truhly. Zdravotníci sa musia „zbehnúť“ okolo pacienta ako okolo svojho blízkeho človeka, so snahou porozumieť jeho potrebám, čo najviac mu pomôcť, a pritom čo najmenej zasahovať do (zvyšku) jeho života. Treba potlačiť zvedavosť, mať zdržanlivé pero a robiť minimum krvných odberov. Zvážiť každé vyšetrenie, neindikovať najmä tie, ktoré majú obmedzujúcu prípravu, sú spojené s prevozom, čakáním a nepohodlím. Žiadna organizačná snaha nespraví z onkologickej nemocnice wellness, ale aj tak sa dá pre pacienta vytvoriť prostredie novej rodiny, ktorú získal a nového domova, kde môže spočinúť.

Informovaný súhlas (3) „šokovaného“ pacienta je formalita, akási *bianco zmenka* na to, čo sa bude diať. Samotný podpis nedokáže zabezpečiť autonómiu pacienta, ale často, naopak, kladie na neho príliš veľké bremeno a pocit straty slobody oslabuje aj jeho dôveru. Pritom intímny vzťah medzi lekárom a pacientom vyžaduje, aby si vo väčšine prípadov „verili na slovo“, aby sa udržal čo najväčší priestor pacientovej autonómie, primerane jeho a našim možnostiam. Oproti informovanému súhlasu by mohla dispozícia pacienta (4) (living will), ktorá pokrýva aj koniec života, otvoriť priestor na debatu o „rozmieňaní možností na drobné“ ešte skôr, než je pacient bezprostredne ohrozený smrťou.

... smrť vyháňame a nechceme o ní hovoriť, ale ona sa nám stále vracia v podobe strachu s intenzitou dříve nebývalou. Smrťi môžeme ztratit více, než mohli naši předkové, jejich život býval skromnější a často i méně žádoucí. Dnes nás naplňuje strach a lítost nad ještě nesplněnými možnostmi.

Jiřina Šíková (5)

Pred pacientom sa rozprestiera džungľa neprebádaných možností a vanie z nej úzkosť. Našou úlohou je vždy vybrať primerane okolnostiam informácie, ktoré sprehľadnia jeho aktuálnu situáciu. V optimálnom prípade sa nám môže podať zmeniť úzkosť z celej veľkej džungle na strach z jednej úzkej cestičky, na ktorú treba vykročiť. Premeniť zápas so všeobecnou úzkosťou na zvládnutie jedného konkrétneho strachu a pomôcť pacientovi „zvítaziť“ nad ním. To je veľká úloha klasického sprevádzania. Vyžaduje si na jednej strane klinické poznatky a zdravotnícku skúsenosť, na druhej strane mäkké zručnosti (soft skills) a najmä schopnosť

prepojiť tieto dva svety prístupom *high tech – high touch* (6). Pacientovi sprístupníme aj aktuálne technické prostriedky aj našu spolupatričnosť.

Smutný, zahanbený, sám sebe odcudzený, zúfalý... tieto slová najvýstižnejšie opisujú stav môjho manžela. Nemôžem pred touto skutočnosťou zatvárať oči. Ale ani to poznanie nie je schopné odpovedať na otázku, či je takýto život pre neho neprijateľný. Začínam sa motať v kruhu, ale musím si spraviť jasno v tom, čo mám spraviť.

Inge Jens (7)

Pacientovi neustále vysvetľujeme, čo práve robíme a čo plánujeme a dávame mu možnosť, aby sa skutočne podieľal na tom, čo sa s ním deje. Výber z možností ku koncu života má inú dynamiku ako na začiatku ochorenia. Ale rovnako ide o prospech pacienta a jeho preferencie.

Bez vytvárania a podpory pocitu bezpečia sa nedá odstrániť úzkosť a prekonať strach. Ponuku mäkkých zručností a prístupu *high touch* zo strany zdravotníkov dopĺňa v onkologickom paliatívnom tíme psychológ alebo psychiater a medikamentózna podpora psychofarmakami.

V inštitucionalizovanom zdravotníctve sa podceňuje miesto sociálneho pracovníka a sociálnych služieb. Obmedzenie, ktoré spôsobuje onkologické ochorenie, zasahuje aj spoločenské vzťahy a sociálnu sféru (to ja už nikdy nebudem môcť...!?!). Nemocenské je typická sociálna dávka, ale pre pacienta nie je jednoduché sa k nej prepracovať práve pre sociálny hendikep spojený s ťažkou chorobou. Súčinnosť a podpora sociálneho pracovníka identifikuje potreby pacienta a aktívne vyhľadáva možnosti, ako mu pomôcť. Okrem toho môžu pacienti pomôcť preklenúť aj inak bežné úkony, ktoré nedokáže spraviť sám. Len taká PN-ka a jej doručenie obvodnému lekárovi, personálnemu oddeleniu. Alebo ako sa dostať k dôchodku? Alebo čo so psom a s kvetmi na balkóne...

Už tam neplače, ale zbiera príbehy svojich spolupacientov do svojho blogu. Plače, len keď prepisuje poznámky alebo keď s nimi telefonuje, aby si overila niektoré veci. Viem, že najhoršie a najsmutnejšie veci vynecháva. Žije medzi ľuďmi, ktorí sú často hrdinami, a chcela by byť ako oni. Mne však nemusí nič dokazovať. Ani nikomu, kto o ňu stojí a o koho stojí ona.

Jana Shemesh (8)

Pre paliatívnu starostlivosť v jej celku sú sociálne služby, psychologická psychiatrická pomoc a duchovná podpora, sprevádzanie dobrovoľníkmi (9) ďalšie analógie „rozmieňania na drobné“.

Ako zomierame a ako chceme zomierať

V prvom rade – zomrieť nechceme... Tak veľmi nechceme, že sa usilujeme uniknúť už len predstave alebo otázke o zmieraní. Keď už predsa, tak každý si želá, aby zomrel vo vysokom veku z plného zdravia, rýchlo, bez bolesti a doma.

Ako zmení túto predstavu realita choroby? V prvom rade položí otázky, ktoré sú buď úplne nové, alebo prinajmenšom úplne inak znejú v konfrontácii s novou skúsenosťou. Zomriem na to? Dá sa ešte dačo spraviť? Koľko mám času? Dožijem sa „Vianoc“?

Ako zmení túto predstavu realita inštitucionálneho zomierania?

Náboženstvo aj folklór ustupujú a nahrádza ich zdravotnícky rituál. Zdravníctvo ako keby si „robilo nárok“ na smrť a pacienti, najmä ich príbuzní, si robia nárok na zdravotnícky zásah. A žiadna zo strán s tým nie je spokojná. Zdravnícky rituál namiesto náboženského? Kedysi sa za zomierajúceho modlili, dnes zavolajú „rýchlu“ a súdia sa s lekármi...

Zomrieť náhle vo vysokom veku z plného zdravia, na takú túžbu sa môže zdravotníctvo pozerať so zhovievavým úsmevom. Ale „pokiaľ možno bez bolesti“, to má v popise práce a „ak sa dá doma“, to sa často dá tiež zabezpečiť. Nesmieme však nechať zomierajúceho v agónii len na jeho najbližších a tých bezradných samých na seba! Sprevádzanie odborníkmi je nevyhnutné.

Zdravotníci a spiritualita pacienta, hľadanie zmyslu

Duchovný rozmer konca života sa v našom prostredí najčastejšie koreluje s kresťanským svetonázorom a postojom k utrpeniu. Ešte nedávno modliť sa za „šťastnú hodinu smrti“ znamenalo vyprosiť si dostatok času na „posledné veci“, hoci aj za cenu utrpenia. Čím dlhšie zomieranie, tým viac času a možností definitívne usporiadať svoj vzťah s Bohom. Zdá sa však, že dnešný svetský ideál náhlejšieho a bezbolestnejšieho smrti zdieľa aj väčšina kresťanov.

Jedna známa mi raz povedala: „Jediné, za čo sa oplátim modliť, je šťastná hodina smrti.“ Každý si pod šťastnou smrťou predstaví niečo iné. Pre kresťana by však nemali byť rozhodujúce kritériá, ako sú vek, miesto či spôsob umierania. Byť v stave posväcujúcej milosti, zmierený s Bohom i ľuďmi – to je šťastná hodina smrti.

Gabriela Budzáková (10)

V encyklike Jána Pavla II. *Evangelium vitae* sa ešte ľahko dajú nájsť stopy po chvále utrpenia, ktoré je predsa len na niečo dobré, ale vcelku sa od utrpenia ako iniciálnej skúšky pre nebo posúva aj úradný postoj katolíckej cirkvi paliatívnym smerom.

V súčasnej medicíne čoraz väčší význam nadobúdajú tzv. „paliatívne terapie“, cieľom ktorých je zmiernenie utrpenia pacienta v konečnom štádiu choroby a zabezpečenie potrebnej ľudskej pomoci. V tomto ohľade sa vynára problém dovolenosti niektorých upokojujúcich prostriedkov a prostriedkov proti bolesti, ktorými sa má uľahčiť utrpenie chorého, keď je to spojené s rizikom skrátenia života. Ak aj možno považovať za chvályhodný postoj toho, kto dobrovoľne prijíma utrpenie tým, že sa zriekne terapie, ktorá zmiernuje bolesti, aby si zachoval plné vedomie a mohol sa tak, ak je veriaci, vedome zúčastniť na Kristovom utrpení, neznamená to, že všetci sú povinní zaujať takýto „hrdinský“ postoj. Už Pius XII. potvrdil, že je dovolené zmiernovať bolesť pomocou opiátov, aj keď to v dôsledkoch vedie k obmedzeniu vedomia a skráteniu života, „ak iné prostriedky nejstávajú a ak to v daných okolnostiach neprekáža plneniu iných náboženských a morálnych povinností“. V takomto prípade sa totiž nechce smrť, ani sa o ňu neusiluje, hoci pre zdôvodnené príčiny pripúšťa sa jej riziko: použitím v medicíne dostupných prostriedkov proti bolesti chce sa len účinne zmierniť bolesť. „Netreba však bez vážneho dôvodu zbavovať zomierajúceho vedomia“: tvárou v tvár blížiacej sa smrti ľudia majú byť schopní splniť si svoje morálne a rodinné záväzky, najmä majú mať možnosť pripraviť sa pri plnom vedomí na konečné stretnutie s Bohom.

Evangelium vitae (11)

Množstvo reklám nám ponúka možnosť jesť, koľko sa nám ráči, a pritom chudnúť. To sa vskutku žiadnu diétou nedá. Dá sa vari zomierať a netrpieť? Je to tak, že ak sa prestaneme zaoberať zmyslom života, nebudeme ani cítiť utrpenie z toho, že z tohto sveta odchádzame? Je otázka po zmysle nezmyselná? Aký je vzťah k zmyslu života?

... vôľa k zmyslu predstavuje zvláštnu motiváciu, ktorá sa nedá redukovať na iné potreby, ani z nich odvodiť... ľudské bytie vždy poukazuje nad seba, na niečo, čo nie je ono samo, na niečo alebo niekoho: na zmysel, ktorý treba naplniť, alebo na inú ľudskú bytosť, s ktorou sa v láske stretáva.

Viktor Frankl (12)

Ťažkosti so zmyslom sú ako mrkva pred somárom, ideme za víziou zmyslu a potkýname sa cez všetky nezmysly, ktoré sú nám v ceste. Lenže somár dostane nažrať, keď donesie náklad do cieľa. V čo budeme dúfať, že dostaneme „na konci cesty“? Čím budeme živiť svoj zmysel, aby sme vytrvali na ceste za ním?

... človek – vďaka svojej vôli k zmyslu – hľadá zmysel svojho života a aj ho môže nájsť tromi cestami: v prvej vidí zmysel v tom, že niečo robí alebo

vytvára. V druhej vidí zmysel v tom, že niečo prežíva, že niekoho miluje; ale aj v beznádejnej situácii, v ktorej je bezmocný, ešte vidí za daných okolností zmysel. Ide o postoj a stanovisko, ktoré zaujíma k nevyhnutnému a nemeniteľnému osudu.

Viktor Frankl (13)

Posledná rozlúčka, posledná útecha, posledné želanie, posledné pomazanie. Ak je napokon tak veľa toho posledného, čo bolo predtým, aká je naša príprava? Obvykle chabá, téma zmyslu na nás doľahne ako preťaženie, mali by sme ho začať hľadať vtedy, keď nevládzeme ani...

Utrpenie ako „vykúpenie“, platba za zmysel, je dnes spochybnené aj v kresťanstve a v sekularizovanom svete neprichodí vôbec do úvahy. Utrpenie ako abstrakcia mimo vedome žitý život človeka je nezmyselné rovnako, ako nemá zmysel povodeň alebo požiar. Vzťah medzi utrpením a zmyslom určujú rozmanité zmysluplné prejavy ľudskej vôle, túžby a nádeje. Prejavy zmyslu hľadáme v slovách a postojoch, v prejavoch náklonnosti a sútrpnosti, v umeleckom diele... S rešpektovaním rozdielnych východísk môžeme povedať, že pre náboženské a sekulárne postoje vo vzťahu k zmyslu je spoločný kult lásky. V oboch prípadoch to môže viesť k preťaženiu – ideál, ktorému sotva vládzeme dostať v plnej sile a zdraví, sa stáva v utrpení bremenom.

Čím viac ľudí patrí do sekulárnej skupiny, tým viac je v popredí voľba prostriedkov útechy a hľadania zmyslu a tým viac sú vystavené skúške tradičné, náboženské, odporúčania a zvyky. V sekulárnej spoločnosti už nezodpovedá delenie profesionálov na zdravotníkov a dušpastierov skutočnému duchovnému zakotveniu a spirituálnej skúsenosti veľkej časti pacientov. Rozhranie medzi zdravotníckou a duchovenskou službou pacientovi by malo byť diferencované. Rozhodujúce sú dve kritériá. Po prvé, profesionáli (zdravotníci aj duchovenstvá) tomu musia z odbornej stránky rozumieť a musia vedieť spolupracovať. Po druhé, rozhodujúca je preferencia pacienta, o ktorej treba vedieť a ktorá sa môže v priebehu ochorenia meniť.

Práve preto, že som presvedčený, že smrťou sa všetko nekončí, nezáleží mi ani tak veľmi na nekonečnom predlžovaní života – a už vôbec nie za podmienok nedôstojných človeka. Práve pre presvedčenie, že mi je vymeraný iný, nový život, ako kresťan cítim, že Boh sám mi zveril slobodu spolurozhodovať o svojom zmieraní, o spôsobe a čase mojej smrti.

Hans Küng (14)

Ak liečime utrpenie (15), vytvárame priestor na hľadanie zmyslu a, naopak, hľadanie zmyslu je jedným z liekov na utrpenie. Paliatívna

medicína a paliatívna starostlivosť sa tak dnes stavia k dôstojnosti človeka v utrpení ako k najdôležitejšej, až posvätej, etickej maxime. Etické minimum hovorí „nerob iným, čo nechceš, aby robili tebe“, biblické a univerzálne etické je pozitívne vyjadrenie „rob iným, čo chceš, aby robili tebe“ a rozšírené na ľudské práva „nedovoľ, aby robili inému, čo by si nechcel, aby robili tebe“ (16).

Paliatívne partnerstvo

Hľadanie „zmyslu života“ ostáva skoro pre všetkých a skoro po celý život uzatvorené v hĺbke súkromia alebo až nevedomia. Obvykle sme zaskočení, keď a v akej banálnej a formalizovanej forme vyrazí na povrch v súvislosti s utrpením a smrťou blízkych.

Koniec života jedného z partnerov (prenesene to môže byť aj vzťah medzi súrodencami, rodičmi a deťmi, blízkymi osobami) môže zastihnúť vzťah v rôznom stave – od patologického lipnutia až po neprekonateľný odpor. Láska a cit prestáva fungovať ako donátor zmyslu, keď je človek osamelý – starac alebo chorý, ktorého všetci opustili a ušli pred strachom. Napokon po sérii odchodov ostáva aj z najlepších vzťahov niekto ten posledný, teda sám. Objavuje sa otázka, či a v akom zmysle môže byť paliatívny tím (hospicový tím) pre trpiaceho aj chýbajúcim partnerom. Dačo ako pestúnky v sirotinici.

Diagnostikovaná patologická úzkosť je predmetom medicínskej liečby. Existenciálna úzkosť je predmetom duchovenskej pomoci. Ani lekárska ani duchovenská funkcia není nutne väzaná na predstaviteľa týchto dvoch povolání: duchovní může být lékařem a psychoterapeut duchovním a každý člověk může být tím i oním ve vztahu ke svému „blížnímu“. Obě funkce by však neměly být zaměňovány a zástupci obou povolání by se neměli snažit nahradit jeden druhého. Jejich společným cílem je pomoci lidem docílit plného sebe-přítakání, dosáhnou odvahy být.

Paul Tillich (17)

Na jednej strane je možné predstaviť si čisto liečiteľský vzťah. Liečenie choroby a liečenie „somatických“ ťažkostí zvyšuje pacientovu dôstojnosť, zvyšuje jeho telesnú a psychickú kapacitu a rozširuje časový priestor pre zmysel, ktorý si však pacient musí hľadať sám. Sám znamená aj s blízkymi aj so spirituálnou podporou, ale bez priamej účasti paliatívneho tímu, ktorý má najmä zdravotnícke úlohy. Druhá možnosť je, že aj paliatívny tím vstupuje do tohto priestoru, ktorý (si takto) vytvára sám pre seba. Aj keď sa paliatívna medicína tomu bráni, sú situácie, kedy je paliatívny tím (teda personál) jedinú ľudskú vzťahové prostredie, v ktorom môže pacient realizovať svoju spiritualitu. Je to dačo ako náhradná rodina.

Ako to riešiť? Treba rátať s tým, že psychosomatická podpora vrátane účasti psychológov, sociálnych špecialistov a spirituálnej podpory v paliatívnom tíme nielen buduje mostík k pacientovmu hľadaniu zmyslu, ale sprevádza ho aj na druhý breh? Vytváranie možnosti a priestoru pre zmysel je kľúčová úloha bez ohľadu na to, či paliatívny tím využije takto vytvorený priestor aj sám. Ide tu napríklad o organizáciu návštev – stále otvorené, ale stále veľa súkromia. Dať mu čo najviac miesta pre to, čo chce on sám, nebyť „nalepený“ a nevnucovať sa, ale stále nablízku. Udržať čo najväčší priestor pacientovej autonómie, primerane jeho a našim možnostiam.

Otázka znie takto: dokedy to ešte musím vydržať? Musím pohltiť všetky tabletky? Mám ich už dvanásť za deň. Musím ešte viac? Musím podstúpiť všetky operácie? V tomto smere sa už aj v tzv. učiteľskom úrade cirkvi veľa zmenilo k lepšiemu. Dnes sa už povie áno k téme pasívnej pomoci zomrieť, teda k možnosti odpojiť od prístrojov na dýchanie a výživu, že je to dovolené. Takže pasívne. Nerozumiem, prečo to je menej aktívne, ako keď mi lekár podá väčšiu dávku morfia. Toto všetko ešte cirkevné vedenie poriadne nedomyslelo. Mojim cieľom je dať podnet k novému zvažovaniu. Chcem, aby cirkev pomohla človeku pri zomieraní a neostala len pri pomazaní chorých. Ide o to, aby sme človeku, ktorý si želá zomrieť, správnym spôsobom pomohli zomrieť.

Hans Küng (18)

Nerobme z práva žiť povinnosť nezomrieť. Musí človek „dokázať“, že medicína už pre neho nemôže nič spraviť, aby smel zomrieť? Nielen aktívne chcieť zomrieť, ale ej nechať odísť (dovoliť zomrieť) (19) je veľké gesto, „odvahy k zmyslu“.

... zažila som pár ľudí, ktorí tiež nechceli, alebo nemohli odísť. Držali ich strach o blízky, zodpovednosť, ale aj pocit nenahraditeľnosti. A držali ich na šnúrke jemnej ako pavučinka. Už len do nej brknúť a je preč. Boli to zväčša mamy malých detí a deti osamelých rodičov. Zle sa na to pozeralo. ... Takmer všetci povedali, že by chceli odísť s pocitom, že už môžu. Že im bude dobre okamžite a tým ostatným o nejaký čas. Cítila som, že niektorí by to chceli aj počuť. Uistenie, odpustenie, prosbu o odpustenie, vyznanie. To by chceli počuť.

Jana Shemesh (21)

... aj ja som bola v tejto situácii bezmocná. Dcérine črievka sa po rádioterapii rozpadali, rez na brušku sa po deviatich operáciách nedokázal zrást. ... Mala necelých pätnásť. ... Celý večer som vedela, že sú to naše posledné spoločné chvíle a veta Luckinej mamky znela – ona dcére povedala – choď. Pred polnocou som na plač zabúdala. Pozorovala som moje dievčatko, ako sa pomaly upokojuje, ako sa jej bolesť stráca z tváre.

... Choď, povedala som aj ja. Vedela som, že mám právo presne v danú chvíľu na túto vetu. Vedela som, že ňou rešpektujem rozhodnutie môjho dievčatka odísť a možno som tušila, že na ňu čaká.

Dagmara Sarita Poliaková (21)

Verejnosť a verejné zdroje

Jednosmernú výrobnú linku, ktorá má na konci smrť, treba zmeniť na „domov“. Nestavajme sa do zákrytu za heslá, bonmoty a zvolania, neobliekajme si dresy, ale vytvoríme s pacientom a okolo pacienta spoločenstvo, ktoré mu pomôže, aby sám seba aj so svojou smrteľnosťou uniesol. Potrebujeme vyzvať spoločnosť, aby tému dôstojnej staroby, choroby a zomierania menej vytesňovala a viac sa o ňu začala zaujímať. Blogy Jany Shemesh (22) a Lubice Kočanovej (23) majú vysokú čítanosť a vysoké hodnotenie, odkliali v nás viac ako profesionáli.

Charitatívne činnosti a samopomáhanie (v zmysle samoplatcovstva, samoorganizácie a svojpomoci) nemôžu nahradiť premyslenú a efektívnu zdravotnú a sociálnu politiku. Ako sa snažíme utrpenie a smrť vytesňovať v osobnom živote, tak to prenášame aj na verejnosť a do služieb štátu – všetci vieme, ale snažíme sa nevidieť, aby sme nemuseli môcť. A nedá sa môcť bez ľudí, ktorí v zdravotníctve a sociálnej sfére chýbajú.

*Nie zo srandy sa vraví, že byť sestrou je posla-
ním. Samy sme si vybrali. Nie je to len o strachu, je to o láske, pomoci, oddanosti. Nemáme čas na politiku, intrigy, vymýšľance, ako čo dosiahnuť a čo najmenej robiť. Pracujeme s ľuďmi na plný úväzok. Hlavným pracovným nástrojom sme my a naše myslenie, vzdelanie a vzťah. Bez nás nie je zdravotníctvo, bez nás je smútok, skorá smrť, samota a bolesť.*

Často hovorím k ľuďom, ktorým sedím na posteli. Alebo pri nich čupím a držím ich za ruku. Odháňam ich strach, vykašľať sa na papiere. Tie vám život nenaplnia. Škoda, že zdravotníctvo prestáva byť o buchote srdca a dychu. Zdravotníctvo je dnes papier.

Podľa priemeru OECD nám na Slovensku chýbajú sestry. Nechýbajú nám učitelia, nechýbajú nám ani lekári. Ak máme na Slovensku 30 000 sestier, tak máme iba 5,9 sestry na 1000 obyvateľov. OECD hovorí, že priemer je 8,7 sestry na 1000 obyvateľov. Svetlana Schubertová, Lubica Kočanová (24).

Predstav si dovolenku

Predstav si, že si na dovolenke. Spíš, dokedy chceš, raňajkuješ, kedy chceš a čo ti chutí, plávaš, čítaš detektívky a časopisy, večeriaš, až keď sa zotmie, na terase s výhľadom na more sikaš pohár vína a pozeráš na spln alebo na lietadlá, čo križujú mliečnu dráhu. Máš za sebou deň podľa tvojho vlastného výberu. To je princíp dovolenky – výber,

ktorý si môžeš dovoliť. V danej chvíli máš tisíc alternatív, ale dovoľíš si práve túto jednu konkrétnu dovolenku. Máš na to, máš možnosť neľutovať, že zanecháš všetky ostatné možnosti. Taká veľká a taká slobodná voľba je podstatou dovolenky.

Predstav si, že ťa poumývajú, ošetrí dekubity, vymenia vrecko, prepláchnu hadičky, dajú novú plienku, oblečú čistou anjeličkovicu a vyvezú ťa na tú istú terasu, z ktorej si kedysi pozeral na more. Chýba len tých tisíc iných možností. To už nie je dovolenka.

Literatúra

1. <http://shemesh.blog.sme.sk/c/291348/Prve.html> (31.10.2014)
2. <http://www.scpen.sk/index.php/component/content/article/55-esej/588-anton-hykich-zle-rozostavene-figurky-na-slovenskej-achovnici> (31.10.2014)
3. § 6 a príloha č. 4 Zákona 576/2004 o zdravotnej starostlivosti
4. Križanová K, Križan P. Dispozícia pacienta a paliatívna medicína. *Paliat. med. liec. boles.* 2010;3(1):18–20.
5. Šiklová J. *Vyhoštená smrť*. Kalich: Praha, 2013. s. 119.
6. Senn H.J. Supportive Care - 15 Years Thereafter. *JSCC.* 2002;10:8–12.
7. Jens I. Ein Nach-Wort in eigener Sache. In: Jens W, Küng H. *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung. Mit einem Text von Inge Jens*. Piper: München, 2011. 209 s. (preklad Peter Križan)
8. Shemesh J. *Smrť si neskrtnie*. Ikar: Bratislava, 2012.
9. Dobrovoľníčka: *Prívetmi veríme medicíne, smrť nie je morbidna.* (Rozhovor s Alžbetou Mračkovou). *SME*, 02.11.2013;21(225):3.
10. <http://brana.rkcpoprad.sk/index1.php?page=next&clanok=541&arch=2007-20> (31.10.2014)
11. *Evangelium vitae. Encyklika.* (Ján Pavol II.). SSV: Trnava, 1995. čl. 65, s. 118–119.
12. Frankl VE. *Utrpenie z nezmyselného života*. Lúč: Bratislava, 2013. s. 11.
13. Frankl VE. *Utrpenie z nezmyselného života*. Lúč: Bratislava, 2013. s. 24.
14. Küng H. *Menschenwürdig sterben*. Küng H. In. *Was bleibt?* Piper: München, 2013, 248 s. (preklad Peter Križan)
15. Križanová K. Etické hľadiská paliatívnej sedatívnej liečby. *Paliat. med. liec. boles.* 2009;2(1):24–25.
16. Ferry L. *Človek-Boh alebo Zmysel života*. Agora: Bratislava, 2003. s. 128–130.
17. Tillich P. *Odvaha byť*. CDK: Brno, 2004. s. 53
18. Küng H. *Glücklich sterben? Mit dem Gespräch mit Anne Will*. Piper: München, 2014. s. 27–28 (preklad Peter Križan)
19. Križanová K, Križan P. Slovník paliatívnej a terminálnej starostlivosti vyjadruje aj etické postoje. 2012;5(3):78–81.
20. Shemesh J. Ako odísť. *blog SME*, 2013 http://shemesh.blog.sme.sk/c/330613/Ako-odist.html?utm_source=sme-title&utm_medium=web&utm_campaign=blog (31.10.2014)
21. Poliaková DS. Keď matka povie smrť áno. *blog SME*, 2014 http://dagmarasaritapoliakova.blog.sme.sk/c/346891/Keď-matka-povie-smrti-ano.html?utm_source=sme-widget-hp&utm_medium=web&utm_campaign=blog (31.10.2014)
22. <http://shemesh.blog.sme.sk/> (31.10.2014)
23. <http://kocanova.blog.sme.sk/> (31.10.2014)
24. <http://kocanova.blog.sme.sk/c/332747/Chceme-vase-zdravie-radost-smiech-zivot-sny-a-farby.html> (31.10.2014)

Článok je prevzatý z
Onkológia (Bratisl.), 2014; roč. 9(6): 345–348

MUDr. Peter Križan

MEDIREX GROUP ACADEMY, n. o.
Galvaniho 17/C
P.O.Box 144
820 16 Bratislava
peter.krizan@medirex.sk

Etické a psychologické aspekty sprevádzania chorých a zomierajúcich

ThDr. Radoslav Lojan, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku, Teologická fakulta v Košiciach

Tento príspevok chce poukázať na etické a psychologické aspekty sprevádzania chorých a umierajúcich ako na službu človeka človeku. Opisuje kvalitu života pacientov v terminálnom štádiu a zameriava sa na požiadavky, ktoré musia spĺňať tí, ktorí sa starajú a sprevádzajú chorého a umierajúceho človeka vo finálnej fáze jeho života. Príspevok zároveň poukazuje na dôležitosť budovania osobnej identity sprevádzajúceho ako procesu seberealizácie v službe druhému človeku.

Kľúčové slová: etika, dôležitosť človeka, potreby ťažko chorého, sprevádzanie.

Ethical and psychological aspects when accompanying the sick and dying

This paper highlights the importance of ethical and psychological aspects when accompanying the sick and dying as a service from one man to another. It focuses on the quality of life of dying patients, and on the needs that must be met by those who care and accompany a sick and dying patient during the final stages of a patient's life. Finally, it also points to the importance of building a personal identity by those who accompany dying persons in their self-fulfilment of serving another human being.

Key words: ethics, the importance of man, needs of seriously ill, going along.

Úvod

Rozmachom medicíny a predĺžením strednej dĺžky života vznikli rôzne úlohy, ktoré treba zvládnuť v procese holistického prístupu v starostlivosti o chorého a umierajúceho človeka. Predovšetkým je to otázka, ako sme si pri predĺžení obdobia života zvykli na zvládnutie procesu umierania. Kvalita života pacientov v terminálnom štádiu ochorenia je priamo závislá od kvality zdravotníckych a sociálnych služieb, ktoré sú im ponúknuté. Tieto by mali zaistiť, že koniec života človeka nebude plný utrpenia a bolesti, ale že človeku bude umožnené žiť zmysluplne a bez bolesti až do konca. Veľmi závažnými problematikami zvýšenia kvality života tesne pred smrťou sú aspekty – pocit osamelosti a izolácie, bolesť a úzkosť, zvládnutie symptomatiky ochorenia, emócie ako smútok, depresia a hnev. Dôležitá je efektívna kontrola fyzických symptómov, ako napríklad bolesť, nevoľnosť, poruchy spánku. Psychologický aspekt zvládania sa v terminálnych stavoch považuje takmer až za vedľajší. Psychoterapia je pre efektívnu pomoc pacientovi v terminálnom štádiu ochorenia však taká nevyhnutná ako symptomatická liečba, teda zvládanie úzkosti a strachu, osamelosti, smútku, depresie a viny (1).

Kľúčové úlohy v zvládaní pacientovho stavu tak, aby bola možná čo najvyššia kvalita jeho života, sú komunikácia a vzťah medzi pacientom a jeho rodinou a príbuznými a vzťah medzi lekárom a pacientom. Pacient musí dôverovať svojmu rodinnému aj odbornému okoliu, musí vedieť, že od nich dostane úprimné pochopenie a podporu pre svoj (emocionálny) stav.

Prítomnosť dôvery v živote pacienta zvýši jeho kvalitu

Lekár, zdravotné sestry a ostatní sprevádzajúci sa o chorých starajú do poslednej chvíle a vyrovnávajú sa s citovou stránkou umierania. Medzi nimi a pacientom sa vytvára vzťah. Hlavnou úlohou starostlivosti v hospici nie je poskytnúť pacientovi len zdravotnícku starostlivosť na vysokej úrovni, ale vytvoriť vzťah s pacientom. Aj týmto sa líši starostlivosť o pacientov v hospici od starostlivosti v nemocnici. Z toho dôvodu má zdravotnícky personál vytvorené časové podmienky na vykonávanie zdravotníckych úkonov, pretože popri nich má úlohu komunikovať s pacientom.

V minulosti prevládala v nemocničných zariadeniach tzv. paternalistický vzťah. Pacient prijímal rady a odporúčania lekárov a ošetrojúceho personálu bez výhrad a s vďačnosťou. Lekár si bol vedomý svojej moci a authority, ale v situáciách, v ktorých sa „už nedalo nič robiť“, sa snažil uplatňovať súcit s človekom, ktorému už nemohol pomôcť. V súčasnosti prevláda odosobnený prístup k chorým, ošetrojúci personál vidí v pacientovi objekt ich každodennej práce, je iba súhrnom kolónok a stĺpcov a súčasťou technického vybavenia. Človek je však tajuplná bytosť. Práve tak by sme mali k nemu pristupovať. Pri prvom stretnutí s nevyliciteľne chorým sa treba snažiť nadviazať vzťah, ktorý by bol naplnený empatiou, porozumením, trpezlivou starostlivosťou. Na nadviazanie vzťahu medzi personálom v hospici a pacientom je potrebná komunikácia. Nemusíme sa hneď snažiť o rozho-

Paliat. med. liec. boles., 2015; 8(1e): e20–e22

vor, ale môžeme využívať prostriedky neverbálnej komunikácie. Sprostredkúva nám informácie mimoslovnými prostriedkami.

Pacient v terminálnom štádiu ochorenia býva často unavený, preto ho zbytočne nevyčerpávame rozhovorom. Pacient vníma našu hlasitosť reči, výšku hlasu, rýchlosť a čas trvania reči. Absencia reči, výrazy tváre – mimika a pantomimika, najmä úsmev a aj ticho, je tak isto komunikácia, ktorá má význam pri ošetrovaní ťažko chorých. Pri komunikácii je dôležité si uvedomiť, aká je vzdialenosť medzi pacientom a sprevádzajúcim. Sprevádzajúci, ktorý chce byť skutočnou pomocou pacientovi v posledných chvíľach života, by nemal natrvalo opúšťať jeho osobnú a intímnu zónu. Prestať na chvíľu pracovať, posadiť sa, byť pozorný a usmievať, to všetko „hovorí za nás“, a dokonca to vyjadří omnoho viac než všetky slová dohromady. Mlčanie, z ktorého máme často strach, môže byť zrozumiteľnejšie ako všetky slová. Sú chvíle, keď nevieme, čo máme povedať. Vtedy je najlepšie mlčať, pretože slová nemusia vyjadriť lepšie pocity, a tak môžeme veľa pokaziť. Nejde teda o prázdne a nepríjemné ticho, ale o tichú prítomnosť, o určité spojenie, jednotu bez slov.

Aj pohľad vyjadří viac než slová, je pravdivejší, pretože slovami môžeme vyjadriť čokoľvek, ale pohľadom sa klame ťažšie. Pohľad, ktorým sa pozeráme na zomierajúcich, môže byť upokojujúci alebo vzbudzujúci úzkosť, vyhubavý, alebo je ústretový aj pri krátkom stretnutí. Úlohou sprevádzajúceho je, aby sa naučil čítať v pohľade zomierajúcich.

Hmat je aj prostriedok komunikácie. Mnoho rúk sa už dotklo zomierajúcich. Neboli však len príliš mechanické? Najľudskejšia cnosť dotyku je prejaviti blízkosť, upokojiť, zabezpečiť. Komunikácia dotykom môže byť prejavom lásky.

Je dôležité uvedomiť si, akú polohu tela pri rozhovore zaujímame. Ak sme v rovnakej polohe s komunikujúcim, ide o imitáciu polôh druhých, čím vyjadrujeme našu sympatiu. Ak sprevádzajúci stojí a pozerá sa na pacienta zhora, pacient môže cítiť určitý nátlak, manipuláciu. Na čo sa v kontakte s chorým dosť zabúda alebo vedome nepoužíva, je dotykový kontakt s druhou osobou. Nemyslí sa tu dotyk, ktorý je nevyhnutne potrebný pri určitých ošetrovateľských úkonoch. Dotykom vyjadrujeme našu účasť, porozumenie a podporu. Dotyk je dôležitý pri tíšení bolesti a dotýkať sa niekoho znamená vnímať ho ako človeka. Pri komunikácii s ťažko chorými ľuďmi, keď treba robiť zvláštne opatrenia, pristupujú k všeobecným komunikačným problémom špecifické ťažkosti. Pri komunikácii s nedoslýchavým pacientom sa treba viac sústrediť na celý komunikačný proces – hľadieť druhému do tváre, hovoriť pomaly a hlasnejšie než zvyčajne, ale čo najnižším tónom, starostlivo artikulovať a hovoriť krátke vety. Chorý človek, zvlášť keď je unavený, veľmi pomaly komunikuje. Potrebuje dlhší čas na to, aby zdieľaný obsah počul a porozumel mu, našiel odpoveď a vyjadril ju slovami. Spomalené reakcie sú u chorého človeka spôsobené spomalením fungovania organizmu. Tiež môžeme povedať, že stráca na rýchlosti, ale získava na reflexii. Jediná možnosť, ako s týmto človekom komunikovať, je prispôbiť sa jeho rytmu.

Stáva sa, že chorý človek stále opakuje tie isté veci, napríklad: „bolí ma brucho...“. Preto to treba u chorých ľudí interpretovať ako regresiu, vnímať to vždy ako volanie po láske a náklonnosti. Nesmieme toto nariekanie podceňovať ani mu brániť, pretože i fyzické ťažkosti môžu byť prostriedkom komunikácie a niečo prezrádzať – neuhý a ťažkosti môžu nahrádzať slová. Na druhej strane im netreba pripisovať väčší význam, ako majú a robiť z nich tragédiu. Je potrebné, aby sme správali spôsobom zároveň chápaným a ubezpečujúcim, srdečným a ráznym (2).

Tak ako nie je dobré byť príliš vzdialený, nie je dobré, na druhej strane, byť príliš blízko v zmysle fyzickom i obraznom. Čím je človek človeku bližšie, tým väčší počet vecí si nevšimne a neuvedomí, napríklad zhoršujúci sa zdravotný stav, alebo naopak, preháňa. „Čím budeme svojmu priateľovi? Prítomný i neprítomný. Hovoriť s ním, mlčať, vziať ho za ruku, pustiť ho. Nebyť ani príliš blízko, ani príliš ďaleko. Nekaziť jeho

smrť prítomnosťou mojej osoby. Nechať ho, nech sa pomaly otvára neznámemu, odísť sám k svojmu životu“ (3). Najčastejšie sa všetci okolo pacienta nachádzajú v nadriadenej pozícii: prvý nadväzujú kontakt, dávajú rady, banálne otázky, dávajú množstvo príkazov, zákazov, majú snahu ho utešovať, miešať sa do jeho vecí, no on však najviac potrebuje, aby mu načúvali. Počúvať je naozaj umenie.

„Keď chcem, aby si ma vypočul, a ty mi miesto toho začneš dávať rady, neurobil si, čo som žiadal. Keď chcem, aby si ma vypočul, a ty mi miesto toho začneš hovoriť, že by som to nemal takto cítiť, posmievaš sa mojím citom. Keď chcem, aby si ma vypočul, a ty cítiš, že by si mi mal niečo urobiť, pretože chceš vyriešiť môj problém, zlyhávaš, pretože to znie zvláštne. Počúvaj, všetko, čo od teba žiadam, je, aby si ma počúval. Nie, aby si hovoril niečo, alebo niečo robil, žiadam ťa len, aby si ma vypočul. Chcem konať sám, nie som bezmocný, možno len trochu bezradný a váhavý, ale nie som neschopný. Keď pre mňa robíš niečo, čo môžem a potrebujem urobiť sám, prispievaš k môjmu strachu, zvyšuješ moju neschopnosť. Keď však prijímaš ako holú skutočnosť, že cítim to, čo cítim, môžem prestať s presvedčovaním a môžem sa pokúsiť pochopiť, čo sa skrýva za tými iracionálnymi citmi. Prosím teba, načúvaj a počúvaj ma. A ak chceš hovoriť, počkaj chvíľu a ja ti budem načúvať“ (4).

Načúvaniu a pochopeniu predchádza však pozorovanie. Za pacienta hovorí aj vzhľad, správanie. Pri rozhovore je dôležitá opatrnosť. Sprevádzajúci sa často púšťa do dobrodružstva, pretože cíti zodpovednosť, no však nevie, kam rozhovor povedie. Čo povedať človeku, ktorý je na konci života? Čo odpovedať chorému človeku, ktorý hovorí o svojej smrti? Zmysel utrpenia nemôžeme trpiacemu vysvetliť. Môžeme mu však ponúknuť, že ho budeme sprevádzať. Na spoločnej ceste mu nepomôžeme v tom, aby svoj „prekřížený“ život pochopil, ale v tom, aby ho vedel uniesť. Hľadanie a nachádzanie zmyslu umožňuje, aby sa človek premenil a znovuzrodil a aby nemusel zotrvať vo svojom zúfalstve a beznádeji (5).

Definíciu sprevádzania by sme mohli teda vyjadriť asi takto: „Žiť so zomierajúcimi znamená sprevádzať ich, žiť v ich spoločnosti. Na základe rovnosti a vzájomnosti. Dávať im, ale aj od nich prijímať to, čo sami ešte môžu dať. Sprevádzať, to je ísť s nimi rovnakým krokom. To znamená poludšovať, zosobňovať všetku našu činnosť. Pomoc chorým bude čoraz viac vyžadovať profesionalitu, ale aj schopnosť ľudských vzťahov“ (6).

Identita sprevádzajúceho

„Ľudia, ktorí v sebe majú silu a lásku zostať s umierajúcim v hlbokom tichu, ktoré sa vymyká slovám, spoznajú, že ten okamih v skutočnosti nie je strašný ani bolestný, je to pokojný zánik telesného fungovania. Je to pohľad na padajúcu hviezdu, jednu z milióna svetiel v ohromnom priestore oblohy, ktoré sa na krátku chvíľu zablýsne a zmizne v tme. Možnosť byť v blízkosti zomierajúcich nám dáva spoznať jedinečnosť človeka v obrovskom mori ľudstva. Vedie nás k uvedomeniu si ohraničenosti ľudského života, no zároveň vytvorenia jedinečnej biografie zapojenej do jemného vlákna ľudských dejín“ (7).

Na výkon tejto náročnej a zodpovednej činnosti sú potrebné odborné vedomosti, primerané vzdelanie, zručnosti, návyky, schopnosti, skúsenosti, hodnotová orientácia (8).

Človek, ktorý stojí po boku zomierajúceho, by mal mať usporiadaný svoj duchovný i vonkajší svet. Mali by to byť ľudia, ktorí vedú, kde čerpať. Nemôže sa iba dávať, musí sa aj čerpať. Kto nenačerpá silu pre svoj život, pre svoju prácu, nemôže ju podávať ďalej (9).

Predpokladom na odborný výkon jeho práce je schopnosť nadviazať spoluprácu s inými odborníkmi a neustále doplňovať vedomosti, odborný rast, osobnostné vlastnosti, ako je sociálna zrelosť, vlastná dôstojnosť, viera v človeka, vyrovnaný vzťah k vlastnej smrti. Sprevádzajúci by mal mať zdravé sebavedomie, poznať vlastné limity a obmedzenia, vieru v správnosť a užitočnosť toho, čo robí, vieru v iných ľuďoch, schopnosť hľadať a nájsť východisko z kritickéj situácie. Základnou premisou je záujem o človeka, o jeho vnútorný svet, jeho problémy a ťažkosti, umenie pochopiť človeka, akceptovať jeho prežívanie a jeho právo na odlišnosť, dokázať sa otvoriť pre iných ľudí. Dôležitými vlastnosťami zrelej osobnosti sú predovšetkým citová vyrovnanosť a emocionálne zaťaženie. Vzájomnú komunikáciu pozitívne ovplyvňuje dôvera v klienta. Spôsob komunikácie, t. j. gestá, mimika, slovné vyjadrenie, by mali byť kultivované. Sprevádzajúci by sa mal dokázať vžiť do situácie zomierajúceho, viesť s ním pokojný rozhovor, neznižovať sa k banálnym frázam. Nesmie zomierajúceho infantilizovať, znevažovať jeho dôstojnosť. Dôležitou etickou kategóriou pri sprevádzaní zomierajúcich je úprimnosť a pravdivosť. Sprevádzajúci má mať schopnosť venovať sa myšlienkam, potrebám, snahám i emóciám chorého. To vyžaduje úctu k jeho utrpeniu. Požiadavky zomierajúceho by sa mali podľa možnosti plniť. Pri starostlivosti o zomierajúcich je treba podporovať pozitívne emócie,

vieru, dôveru, nádej, lásku, vyrovnanie, pokoj, odpustenie, radosť z odpustenia, zbavenie sa pocitov viny a podobne. Súciť a prejav náklonnosti je to najcennejšie, čo môžeme ako ľudské bytosti prejavíť (10).

Sprevádzanie príbuzných

Bezpečie domova, ich istota a pokoj je nenahraditeľnou a zásadnou pomocou pre chorého. Príbuzní chorého by sa predovšetkým mali starať o vlastné potreby, musia robiť všetko pre to, aby si udržali pokoj a rozvahu. Riziko spojené s tým, že budú označovaní za sebeckých, je v porovnaní s významom starostlivosti o chorého zanedbateľné. Pre chorého je výhodou, ak sa o neho stará človek vyrovnaný. Je povinnosťou osoby, ktorá sa o neho stará, posúdiť svoje možnosti a určiť si hranice svojich síl a výdrž. Ak je to potrebné, využiť pomoc z vonka. Keď vie, že robí všetko, čo sa dá označiť slovom „dobrá starostlivosť“, uchová si vlastný vnútorný pokoj. Môže sa stať, že chorý použije svoju chorobu ako zbraň. Osoba, ktorá sa o neho stará, má právo to odmietnuť a robiť všetko, čo považuje za správne. Jej prostredníctvom sa potom znižuje stres spojený s chorobou, a to vtedy, ak reaguje na skutočné potreby chorého. Táto rola v tomto období je významná.

Sprevádzajúci prichádza do kontaktu s príbuznými už v čase, ktorý predchádza smútok. Príbuzní prežívajú tzv. prípravné obdobie rozlúčky, ktoré im môže neskôr uľahčiť znášanie straty, nie však natoľko, že by už nebolo bolestné, pretože bolesť súvisí s definitívnym odlúčením.

Obdobie smútku nastáva po smrti chorého. Je to dlhé putovanie, niekedy veľmi krivolaké, pri ktorom pozostalí prežívajú silné emócie a občas sa správajú veľmi rozporuplne, kým dospejú k zmiereniu sa so smrťou druhého a nájdu nový

zmysel života. Príbuzní sa môžu nachádzať vo fáze šoku a odmietania reality, keď neprijímajú zmiznutie blízkeho človeka. Z toho dôvodu je pohrebný obrad a všetko, čo s ním súvisí, užitočný, pretože akoby potvrdzuje skutočnosť straty blízkeho.

Príbuzní si často vyčítajú, že neurobili alebo nepovedali všetko, čo bolo treba. Majú pocit viny. Pokusmi prerobiť minulosť a popieranie skutočností, ktoré sa v určitých chvíľach stali, sa vytvára nový scenár, v ktorom sa blízki uistujú, že by tu mŕtvy človek ešte bol, keby sa správali inak. Objavuje sa hnev a agresivita voči ošetrovujúcim, pretože príbuzní sú zúfalí a nemôžu sa so stratou zmieriť. Rovnako sa v nich prebúda hnev voči mŕtvtému, že ich opustil. Smútok, depresia – rodina potrebuje touto fázou prejsť, aby začala budovať znovu život a ďalej v ňom pokračovať. Je dobré sa poriadne vyplakať zo straty niekoho blízkeho, potom sa človek dokáže lepšie zmieriť so skutočnosťou. Vďaka tejto namáhavej práci so smútkom potom človek dokáže nahraďovať faktickú absenciu blízkeho človeka i jeho vnútornej prítomnosti. Po absolvovaní týchto situácií a pocitov sa možno vyrovnať so smrťou druhého a začať opäť s normálnym životom v rodine a v spoločnosti. Prijatím smrti druhého si môžeme uvedomiť, že i po nás zostanú nezmazateľné stopy a že skutočne stojí za to žiť. A to je zmysel života. Mnoho príbuzných nás vyhladá i po jeho smrti, pretože naliehavo potrebujú s niekým hovoriť.

Záver

Sprevádzanie je umenie. Treba neustále počítať s nepredvídateľným. Pomáhať neznamená ísť vpredu, ani mať niečo navyše, ani sa druhého ujímať, ani sa ubezpečovať pomocou tejto úlohy, ani navrhovať riešenia. Znamená to určitú seba-

realizáciu, teda byť s niekým, vziať ho za ruku, ale dať sa pritom viesť a dať si ukazovať cestu tým, čo od druhého môžeme vypočítať, dať druhému možnosť, aby sa vyjadril a sám sebe objasnil smer svojich možností. Miesto sprevádzajúceho je vedľa chorého a umierajúceho človeka, avšak nepatrne v pozadí.

Cieľom tejto štúdie nebolo robiť nejaké vedecké výklady či systematické a vyčerpávajúce rozbor, ale skôr som chcel poukázať na to, aké je dôležité venovať sa viac problematike sprevádzania chorých a umierajúcich nielen v profesijnej rovine, ale aj osobnostnej. V neposlednom rade som chcel osvetliť dôležitosť budovania osobnej identity sprevádzajúceho ako procesu sebarealizácie v službe druhému človeku.

Literatúra

1. Bošmanský K. Vybrané kapitoly z pastorálnej medicíny. Trnava: SAP 2004: 15.
2. Bezáková A. Dopravádzanie zomierajúcich v hospici. Trnava: Trnavská univerzita – fakulta zdravotníctva a sociálnej práce 2003: 6.
3. Pichoud C, Thareauová I. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál 1998: 86.
4. Pichoud C, Thareauová I. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál 1998: 87.
5. Štefko A. Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a zomieraní. Trnava: Dobrá kniha 2003: 30.
6. Štefko A. Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a zomieraní. Trnava: Dobrá kniha 2003: 153.
7. Šlipko T. Hranice života. Bratislava: Dobrá kniha 1998: 210.
8. Šlipko T. Hranice života. Bratislava: Dobrá kniha 1998: 210.
9. Svatošová M. Hospic – umenie sprevádzať. Bratislava: Lúč 2001: 15.
10. Bošmanský K. Vybrané kapitoly z pastorálnej medicíny. Trnava: SAP 2004: 15–30.

ThDr. Radoslav Lojan, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku,
Teologická fakulta
Hlavná 89, 041 21 Košice
radoslav.lojan@ku.sk

Spirituální potřeby a jejich diagnostika v nemoci

PhDr. Helena Novotná^{1,2}, doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.^{1,3}

¹Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci

²Nemocnice Tábor, a. s.

³Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc

Autoři článku poukazují na význam spirituální stránky osobnosti, která byla ještě donedávna zdravotnickým personálem, buď z ostychu, nebo z neznalosti, téměř opomíjena. V posledních několika málo letech je patrna snaha zdravotníků pečovat o spirituální potřeby nemocných, i když stále ještě nelze říci, že se jedná o zcela dostatečný stav. Příspěvek se zabývá možnostmi diagnostiky spirituálních potřeb u pacienta a současně popisuje i některé formy spirituální péče, které mohou být poskytnuty v institucionální péči.

Klíčová slova: spiritualita, pacient, spirituální potřeby, spirituální péče.

Spiritual needs and their diagnostics in disease

The authors of the article highlight the importance of the spiritual aspects of personality, that until recently was neglected by medical staff either shyness or nescience. There has been an effort of medical care about spiritual needs in the last few years. Although still can not say, that it is a sufficient condition. The paper deals with the possibilities of diagnostics spiritual needs of the patient and also describes some forms of spiritual care, that can be provided in institutional care.

Key words: spirituality, patient, spiritual needs, spiritual care.

Paliat. med. liec. boles., 2015; 8(1e): e23–e25

Úvod

Pojem spiritualita má dlouhé a bohaté dějiny. Odvozuje se z latinského slova spiritus – duch, dech, také duchovnost nebo niternost. Má mnoho významů, při jejichž výběru je rozhodující, z jakého úhlu k němu přistupujeme. Z jiného úhlu k spiritualitě přistupuje teologie, z jiného psychologie, odlišně ji vnímá etika a opět jinak sociologie. Obecně lze říci, že spiritualita je to, oč člověku v životě jde, kam má namířeno, co má pro něj nejvyšší hodnotu a co je smyslem jeho života (1).

Po několik desetiletí se v odborných psychologických kruzích vedou diskuze, jakým způsobem se spiritualita liší od náboženství. Z této diskuse se vykryštalizovaly dva výrazné postoje: podle jednoho je spiritualita chápána jako hledání posvátného (ať už tradičními nebo méně tradičními způsoby) a je jádrem náboženského života, druhým (opačným) názorem je spiritualita vnímána dynamicky, jako niterný, osobní vztah jedinice k nejzazšímu jsoucnu a nemusí být nutně vázána na náboženství (2). Být religiózní znamená být zároveň také spirituálním, ale obráceně to neplatí pokaždé. Spiritualitu lze podle mnohých považovat za univerzální vrozenou dispozici (3). Spirituální pohled by měl patřit do psychoterapie i komplexní léčby. Setkáme se s ním v humanistické psychoterapii (A. Maslow, V. Frankl), v pastorální medicíně a často v nekonvenčních metodách, někdy nazývaných ezote-

rické léčitelství a psychoterapie s náboženskými přesahy. Vyjdeme-li z humanistické Franklovy logoterapie, je spiritualita výrazem vůle ke smyslu, jehož hledání je v lidském životě hlavním motivačním faktorem (4).

Buccher (5) v rámci výzkumu terminologie nechal vytvořit studentům medicíny na univerzitách ve Freiburgu a Salzburgu asociační pole k větě: „Když se řekne spiritualita, napadne mě...“ Při vyhodnocení 193 odpovědí bylo zjištěno 7 kategorií: nadpřirozeno a transcendentno; esoterika a okultismus; spirituální praktiky; pocity harmonie; víra nezávislá na náboženství; životní filosofie a smysl; individuace. Spiritualita byla jen občas spojována s církví a vykazovala spíše rysy individuální, emoční, orientované na zkušenost. Naopak, mnoho zdravotníků do nedávné doby vnímalo spiritualitu jako něco čistě náboženského, co stálo stranou jejich zájmů. Považovali ji za soukromé téma a za věc kněží. Jejich pozornost je mnohem více zaměřena na tělesné potřeby člověka, na porušené tělesné zdraví a soběstačnost. Teprve v současnosti se problematika spirituality nemocných dostává do popředí zájmu odborné i laické veřejnosti, o čemž svědčí i rostoucí snaha určitým způsobem diagnostikovat spirituální potřeby nemocných a v tomto směru zkvalitnit péči o pacienty. Ovšem péče o spirituální dimenzi nemocných a umírajících je však ve zdravotnických zařízeních dosud prováděna nesystematicky a velmi různorodě.

Spirituální potřeby

Spirituální potřeby nemocného není snadné rozpoznat. Často bývají zamaskovány různými typy chování. Navíc spirituální potřeby lidí, kteří stojí mimo náboženský systém církvi a náboženských společností, jsou v běžném kontaktu obtížně zaznamenatelné, protože se zpravidla navenek tak neprojevují a také personál se na ně cíleně neptá. Svatošová dodává, že duchovní potřeby má opravdu každý, ať si je uvědomuje nebo ne, a právě ten, kdo si jich není vědom, je v tomto směru nejpotřebnější (6). Zejména v paliativní péči má řešení a saturace duchovních potřeb velkou prioritu a může být klíčovým aspektem psychologického působení. Knoflíčková (7) také zdůrazňuje význam religiozity a spirituality u nemocných pacientů. Poukazuje na skutečnost, že duchovní přesvědčení v čase nemoci nabývá na významu víc než kdykoli jindy v životě a potřeba spirituálního směřování narůstá. Popisuje, že některým lidem pomáhá smířit se s nemocí a jiní se dívají na nemoc jako na „zkoušku víry“. Druzí mohou nemoc vnímat jako trest.

Jednotlivé spirituální potřeby je velmi těžké striktně vymezit. Emblen a Halstead (8) na základě fenomenologické analýzy popsali šest oblastí spirituálních potřeb pacientů: 1. náboženský kontext (víra a transcendence), 2. zkušenosti, které jsou mimo pozemskou existenci, 3. pocity smíru, vnitřního klidu, štěstí a pohodlí, 4. hodnoty (zdraví, víra, naděje), 5. komunikace (mít

možnost hovořit, být poslouchán a pochopen), 6. otázky smrti a života po smrti. Podobný postoj zaujímá i Galek (9), který vymezil 7 dimenzí při hodnocení spirituálních potřeb 1. lásku a respekt, 2. náboženské potřeby, 3. naděje, 4. smysl a cíl života, 5. morální a etické potřeby, 6. smysl pro krásu a 7. otázky související se smrtí.

Posouzení (diagnostika) spirituálních potřeb

Abychom byli schopni odhalit spirituální potřebu, musíme umět komunikovat a také mít dobré pozorovací schopnosti, musíme více vnímat, co pacient říká nebo spíše naznačuje. K posouzení duchovních potřeb můžeme například položit pacientovi následující otázky:

- Změnila nemoc vaše priority – místa, věci nebo životní otázky, které jsou pro Vás důležité?
- Ovlivnila nemoc vaše rodinné a jiné vztahy?
- Změnila nemoc váš pohled na sebe sama, na život?
- Které z těchto změn jsou pro vás nejvýznamnější?
- Jaké je vaše největší přání nebo touha v této fázi života (10)?

Diagnostika spirituálních potřeb by se měla provádět až poté, kdy si vytvoříme určitý vztah s pacientem. Takové hodnocení vyžaduje umění vést rozhovor, osobní zájem o pacientův životní příběh, ale také vědomí, že na něj nemůžeme naléhat a předpokládat, že na tyto informace máme právo. Mezi vodící znaky pro stanovení problému ve spirituální oblasti patří úzkost, smutek, nedostatek naděje, klidu, lásky a odpuštění, nenalezení smyslu života v nemoci, hněv nebo neochota spolupracovat. V praxi však zůstává diagnostika spirituálních potřeb stále poněkud stranou a je považována za zcela osobní záležitost týkající se jen věřících pacientů.

Jednou z možností, jak odhalit nenaplněnou spirituální potřebu jsou dotazníky. Systematičtější sledování spirituálních potřeb pacientů ve zdravotnictví pomocí jednotlivých cílených otázek nebo dotazníků je v České republice otázkou posledních několika let. K hodnocení spirituality se v tuzemsku ve většině případů používají individuálně sestavované dotazníky, které bývají vytvářeny nejčastěji v rámci jednotlivých lokálních studií. Tyto dotazníky často mívají pouze malou senzitivitu a specifitu a omezenou reprodukovatelnost.

Říčanem a Jarošovou byl na základě zahraničních vzorů a rozhovorů s vysokoškolskými studenty sestaven **Pražský dotazník spirituality PSQ 30**, který obsahuje otázky se zaměřením na zkušenost

a přesvědčení. Není nábožensky orientovaný, lze ho použít i u nereligiózních pacientů. Obsahuje pět dimenzí – mystickou zkušenost, eko-spiritualitu, pospolitost, mravní zaujetí a transcendentálně-monoteistickou zkušenost. Jeho nevýhodou je větší délka, složitost a horší přehlednost (11). Ve světě je ve zdravotnictví používáno několik standardizovaných screeningových dotazníků spirituality. Jedná se o **Škálu spirituální pohody**, soustředí se na posouzení spirituální pohody v náboženské subškále, s vyjádřením vztahu k Bohu a vnímání spokojenosti se svým spirituálním životem v horizontální dimenzi existenciální pohody, která obsahuje existenciální pojetí účelu a smyslu života. **Dotazník spirituální pohody** zachycuje ukazatele, jako jsou např. křesťanská víra, sebeuspokojení, subjektivní spirituální pohoda. Měřicí škála je zaměřena na spirituální růst a zralost (12). Mezi další zahraniční dotazníky spirituality patří např. **Index spirituální zkušenosti** zahrnující subškály spirituální podpory a spirituální otevřenosti, zachycující spirituální zralost. Dotazník je vhodný pro osoby s různou spirituální orientací.

Dotazník spirituálních a religiózních témat je měřicím nástrojem zaměřujícím se na spirituální a náboženské přesvědčení, postoje, chování u hospitalizovaných adolescentů. R. L. Peidmont je autorem **Škály spirituální transcendence**, která zahrnuje tři dimenze transcendence. První je zaměřena na člověka jako součást lidské společnosti, která vytváří nepřetržitou harmonii života. Druhá dimenze je univerzalita – přesvědčení o jednotné životní podstatě a třetí dimenzí je naplnění modlitbou, city a radostí. Vychází ze širokého konceptu spirituality týkající se značného rozsahu západních i východních náboženských tradic (13). Uvedené dotazníky však často zaujmají široké spektrum obsahu v spirituální problematice, nezřídka jsou i časově náročné a někdy obtížná formulace otázek pro nemocné nedává velký prostor pro jejich praktické využití. K posouzení duchovních potřeb v klinické praxi je přijatelné využít měřicí nástroje více univerzálního charakteru. Vhodným měřicím nástrojem duchovních potřeb se jeví **FICA dotazník**. Tento měřicí nástroj byl vyvinut Americkou lékařkou Christinou Puchalski. Je určen k získávání duchovní anamnézy a má sloužit jako vodítko pro duchovní rozhovor v klinické praxi. FICA dotazník je jediný validizovaný screeningový dotazník, který byl popsán i v České republice. Jeho vyplnění je jednoduché a trvá pouze několik minut. Podle autorky dotazníku je metoda kladení otázek FICA použitelná napříč různými kulturami, protože struktura dotazníku vychází z obecných principů a hodnotící se nemusí doslovně držet daných formulací. Respondent jej může vyplňo-

vat sám nebo je možné otázky klást jako součást rozhovoru s pacientem při klasickém odebírání anamnézy. FICA dotazník se skládá ze čtyř částí (souborů otázek) označených podle jednotlivých písmen názvu: F-faith (víra, náboženství, přesvědčení), I-importance (důležitost, významnost), C-community (společnost, přátelství), A-address in care (zařazení do péče). Dotazník obsahuje otázky typu: *Máte nějaké (spirituální) přesvědčení, která Vám pomáhá zvládat stres?*

Co dává Vašemu životu smysl? Jaký význam má vaše přesvědčení či víra ve Vašem životě?

Má Vaše přesvědčení vliv na to, jak se o sebe staráte během své nemoci? Jakou roli hraje Vaše přesvědčení ve Vašem uzdravování? Existuje člověk nebo skupina lidí, které máte opravdu rád(a) a kteří jsou pro Vás důležití? Jak byste si přál(a), aby Vás ošetřující lékař zařadil tyto skutečnosti do Vaší zdravotní péče? apod.(11).

Použití dotazníkových metod má řadu úskalí. Přestože v odborné literatuře existuje několik takových hodnotících nástrojů, nemusí vždy zajistit požadovaný výsledek. Někdy se může stát, že dotazováním vyvoláme reakci pacienta, kterou nelze zvládnout. Hodnocení duchovních potřeb je nutné provádět opatrně, musí být vždy dialogem, ne pouhým zaškrtáváním políček.

Spirituální péče

Spirituální péči mohou potřebovat v různé míře všichni nemocní, kteří se obávají o svůj život. Spolu s nemocnými si mohou tyto otázky pokládat také rodinní příslušníci a personál nemocnice. Většina lidí nechce zůstat se svými problémy a otázkami o samotě. Adepty pro spirituální péči jsou také často jedinci, kteří trpí výkyvy nálad, strachem, depresí, pesimismem, samotou, negativně hodnotí dosavadní život, výhled do budoucnosti apod. Často se projevují apatií nebo agresí, či různým způsobem odmítají spolupráci se zdravotnickým personálem.

Spirituální péče má několik podob:

Přítomnost u lůžka – mlčení s mlčícím klientem, kontakt na principu bazální stimulace.

Podání informací – informování o spirituální péči a jí blízkých tématech.

Podpurný rozhovor – přeladění emocí u deprese, úzkosti, pláče.

Poradenský rozhovor – problematika vztahů (partnerských, generačních).

Terapeutický rozhovor – obsahuje existenční témata.

Svátostní služba – modlitba, četba duchovní literatury, svátosti.

Bohoslužba – ve vyhrazeném prostoru nebo přímo na oddělení.

Profesní kontakt – konzultace s personálem o klientovi nebo spirituálních tématech.

Supervize, porada – poskytovaná nebo přijímaná (14).

Mnoho autorů se shoduje, že nejdůležitější pomocí v duchovní oblasti je s pacientem vůbec hovořit. Nemocný často zůstává sám se svými obavami a strachem většina zdravotníků ani příbuzných nemá odvahu pouštět se s nimi do rozhovorů o existenciálních otázkách. V péči o spirituální potřeby nemocných má nezastupitelnou roli nemocniční kaplan. Práce kaplana má několik charakteristik. Náleží k nim služba s ohledem na potřeby – existenciální, duchovní, náboženské; hledání a přivádění ke zdrojům – osobním, kulturním; víra; společenství a individuální přístup (15). Úkolem kaplana je tedy poskytnout prostor k vyjádření vnitřních emocí, obav, přání, přispívat ke snižování existenciální úzkosti, pomáhat hledat naději, udržovat kvalitu života nemocného. Kaplan slouží ve zdravotnickém zařízení hlavně svou přítomností a je k dispozici pro rozhovor a blízkost. Křesťanům také nabízí čtení z Bible, modlitbu i svátosti. Je přínosem nejen pro nemocné. Duchovní pomáhají vyrovnat se se smrtí nejen pacientům a jejich příbuzným, ale také zdravotnickému personálu. Kaplan je členem multidisciplinárního týmu, který spolupracuje se zdravotníky, psychologem, sociálním pracovníkem a dalšími členy týmu (16). Je ve své činnosti vázán etickým kodexem (*Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví*),

jeho práce podléhá mezinárodním evropským standardům a jako jiní zdravotničtí pracovníci je povinen zachovávat mlčenlivost.

Závěr

Lidská identita je dnes v rámci holistického přístupu nazírána jako jednota zahrnující v sobě biologickou, psychologickou, sociální, kulturní a spirituální dimenzi, která prožívá, myslí, jedná a chová se (17). Spiritualita hraje významnou roli v životě nemocného člověka jak věřícího, tak i toho, který se považuje za nevěřícího. Zejména v přítomnosti chronických onemocnění nabývá spirituální stránka lidské osobnosti velkého významu. Nedostatečná péče o spirituální potřeby pacientů může mít zásadní vliv na kvalitu života a celkovou pohodu (well-being) pacienta. Nicméně při poskytování spirituální péče nelze pacienty mechanicky zařazovat do určitých skupin, které se vyznačují společnými znaky, protože každý člověk je svébytné individuum. Prubířským kamenem umění každého poskytovatele spirituální péče je pak vytvoření zcela individuálního přístupu k nemocnému a zcela individuální metodiky.

Literatura

1. Křivohlavý J. Porozumět duchovní stránce pacienta. *Ošetřovatelství*. 2006;6(3-4):84-85.
2. Zinnbauer B. Religion and Spirituality. *J Sci Study Relig*. 2012;36(4):549.
3. Sheldrake EP. *Spiritualita a historie: úvod do dějin a interpretace křesťanského duchovního života*. 1. vyd. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2003. 231.

4. Řičan P. *Psychologie náboženství a spirituality*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007.326.
5. Buccher A. Psychology spirituality of our times. *J Sci Study Relig*. 20012;39(8):782-783.
6. Svatošová M. *Umění doprovázet*. 2. vyd. Kostelní Vydří: Kar-melitánské nakladatelství, 2011. 149.
7. Knoflíčková Z. Význam religiozity a spirituality ve stáří. *Kon-takt*. 2008;10(1):172-177.
8. Emblen J, Halsted L. Spiritual needs and interventions: comparing the views of patients, nurses and chaplains. *Clin Nurse Special*. 2011; 7(4):175-198.
9. Galek K. Assessing a patient's spiritual needs: a comprehensive instrument. *Holistic Nurs Pract*. 2005;19(2):62-69.
10. Nemcová J. *Vybrané kapitoly z paliativnej ošetrovateľskej starostlivosti*. 1. vyd. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, 2013. 77.
11. Hrnčiariková D, Hrnčiarik M. Vliv víry na prožívání nemoci u seniorů, dotazník spirituality. *Čas Léč čes*. 2011;150(6):327-329.
12. Halama P, Adamovová L, Hatoková, M, et al. *Vybrané kapitoly z psychologie náboženstva*. 1. vyd. Bratislava: Don Bosco. 2006. 165.
13. Hajnová-Fukasová E, Bužgová R, Feltl D. Hodnocení duchovních potřeb pacientů v paliativní péči. *Clin Onkol*. 2015;28(1):13-19.
14. Odrobiňák J. Spirituální péče a psychoterapie. *Psychiatri praxi*. 2010; 11(3):127-129.
15. Opatrná M. Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému? *Med praxi*. 2004;1(2):18-23.
16. Hošťálková M. Péče o spirituální potřeby umírajících. *Ošetřovatelství*. 2009;11(3-4):41-43.
17. Baštecká B, Goldman P. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 436.

PhDr. Helena Novotná

Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci
helena.novotna@nemta.cz

Krehkosť (frailty): spoločná téma geriatra a paliatológa

MUDr. Jana Hoozová

Klinika geriatrickej SZU, UNB, ŠGN Podunajské Biskupice, Bratislava

Syndróm krehkosti je špecifická geriatrická téma, jeden z geriatrických syndrómov. Vďaka geriatrizácii celej spoločnosti sa táto téma stáva čoraz náročnejšou. Prevalencia krehkosti výrazne stúpa po 80. roku života a pre rozvinutý stav krehkosti je typická neschopnosť prospievať s následkami, ako sú dizabilita, komplikácie pri diagnostickom a liečebnom procese iných ochorení, inštitucionalizácia, potreba dlhodobej starostlivosti a smrť. Táto problematika má tak presah aj do oblasti paliatívnej medicíny. V decembri roku 2012 sa v Orlande stretli pracovné skupiny zaoberajúce sa krehkosťou a pokúsili sa o dosiahnutie konsenzu v oblasti definície, diagnostiky a prevencie stareckej krehkosti. Krehkosť samotná môže byť indikáciou na paliatívnu liečbu a významne ovplyvňuje diagnostiku a liečbu iných onkologických či neoncologických nevyliciteľných ochorení v štádiu paliatívnej liečby.

Kľúčové slová: starecká krehkosť, komplexné geriatrické vyšetrenie, fenotyp a index krehkosti, prevencia krehkosti, paliatívna medicína.

The frailty: common point for geriatrician and palliative-care physician

The frailty syndrome is a specific geriatric topic, one of the geriatric syndromes. Because of the geriatrization of the society this topic is becoming more and more pressing. The prevalence of frailty increases after 80 years of age and typical for the developed stage of frailty is the inability to do well with such consequences as disability, complications in the diagnostic and treatment process of other diseases, institutionalization, long-term care and death. And thus this problem exceeds beyond geriatrics to palliative medicine. In December 2012 workgroups met in Orlando in an effort to reach a consensus in the area of definition, diagnostics and prevention of elderly person's frailty. The frailty itself can be an indication for palliative treatment and significantly influences diagnostics and (curative and palliative) treatment of other oncological or non-oncological terminal diseases.

Key words: geriatric frailty, comprehensive geriatric assessment, phenotype and index of frailty, prevention, palliative care.

Krehkosť ako pojem

Pojem krehkosť môže mať v medicínskom prostredí niekoľko významových obsahov. V ošetrovateľskej terminológii je krehkosť jednou z funkčných kategórií určujúcich stupeň nesebestačnosti (dizability) (1). **Dizabilita** (obmedzenie či nemožnosť vykonávať nejakú činnosť) odráža mieru závislosti v bežných denných aktivitách, čiže schopnosť samostatnej existencie bez pomoci iných (1, 2). **Funkčný stav** odráža individuálnu schopnosť podieľať sa na fyzických, mentálnych a sociálnych aktivitách každodenného života, je ovplyvnený telesným a mentálnym zdravím jednotlivca (3). Pojem krehkosť je používaný aj v zmysle všeobecnej chatnosti (vetchosti, nezuživosti) jedinca bez ohľadu na vek či ochorenie (1).

Z pohľadu geriatra je **krehkosť** vnímaná ako nešpecifická vulnerabilita organizmu vyvolaná jeho involúciou, ktorej následkom je vo všeobecnosti pokles potenciálu zdravia. Súvisí to s poklesom funkčných rezerv, nízkou výkonnosťou a adaptabilitou takto zmeneného organizmu, ktoré spolu so znížením odolnosti proti vonkajším stresorom vedú k zvýšenému riziku vzniku závažných následkov nezvládnutej záťaže, ako sú opakované dekompenzácie zdravotného stavu, strata sebestačnosti, nutnosť

dlhodobej starostlivosti či inštitucionalizácie (hospitalizácia, trvalá ústavná starostlivosť), ale aj zvýšená pravdepodobnosť úmrtia (1, 4, 5). Ako každý **geriatrický syndróm** aj krehkosť má multikauzálnu etiológiu, chronický priebeh, funkčné postihnutie v rôznom rozsahu a nie je možná jednoduchá kauzálna liečba (6). V slovenskej literatúre sa v súvislosti s medicínskym výrazom **frailty** stretávame s pojmami krehkosť či syndróm krehkosti, starecká, seniorská alebo geriatrická krehkosť. Používanie pojmov zraniteľnosť či syndróm zraniteľnosti sú menej vhodné, zraniteľnosť (vulnerabilitu) môžeme skôr vnímať ako charakteristiku krehkosti.

Definícia krehkosti

Doteraz bolo vypracovaných mnoho definícií stareckej krehkosti, ako aj modelov a koncepcií pokúšajúcich sa o vysvetlenie patofyziologických procesov vedúcich k zraniteľnosti starého organizmu v zmysle väčšieho rizika zhoršenia zdravotného stavu a/alebo smrti pri záťaži (stresormi) (7). Krehkosť môže byť telesná (fyzická) alebo psychická, alebo kombináciou oboch komponentov. Je to dynamický proces s charakteristickým postupným zhoršovaním stavu (8). Zosúladenie koncepcií a definícií bolo jednou z tém medzinárodnej konferencie o krehkosti v Orlande (Florida,

Paliat. med. liec. boles., 2015; 8(1e): e26–e31

Tabuľka 1. Štyri hlavné body konsenzu o fyzickej krehkosti z 2013 (8)

Fyzická krehkosť je syndróm, ktorý je multikauzálny, charakterizovaný stratou fyziologických funkcií, ubúdaním výkonnosti a odolnosti, ako aj zvyšovaním zraniteľnosti (vulnerability) s následkom vzniku zdravotných komplikácií, závislosti (odkázanosťi) alebo smrti

Na identifikáciu krehkých jedincov možno použiť jednoduché skrínigové škály krehkosti

Fyzickej krehkosti sa potenciálne dá zabrániť špecifickým prístupom ako napríklad udržiavaním fyzickej zdatnosti, kvalitným stravovaním, suplementáciou vitamínu D a redukciami polyfarmácie. Dôležitá je aj liečba chronických ochorení a intervencia pri kognitívnom a senzorickom deficite

Optimálne je skrínigovo vyšetriť všetky osoby nad 70 rokov, ako aj osoby s chronickým ochorením a zároveň významným poklesom hmotnosti (viac ako 5 % za posledný polrok) za účelom potvrdenia/vylúčenia krehkosti

december 2012). Cieľom konferencie bolo určiť aj cieľovú skupinu na skrínig, nástroje tohto skrínigu, ako aj možnosti intervencie krehkosti. Výsledkom je odporúčanie v štyroch hlavných bodoch týkajúcich sa špecificky fyzickej (telesnej) krehkosti (tabuľka 1) (8).

Konsenzus v oblasti definície je, že krehkosť je klinická problematika či syndróm spôsobený mnohými príčinami a ovplyvnený mnohými

faktormi, charakterizovaný stratou fyziologických funkcií, ubúdaním výkonnosti a odolnosti, ako aj zvyšovaním zraniteľnosti (vulnerability) s následkom vzniku závislosti (odkázanosti) alebo smrti (8).

V definícii je spomínaný medicínsky kontext, krehkosť nie je synonymom dlhovekosti, dizability, multimorbidity či komorbidity (1, 4, 8 – 10). Platí však, že multimorbidita môže byť jedným z etiologických alebo rizikových faktorov krehkosti, krehkosť môže byť jedným z faktorov vzniku dizability (krehkosť ako preddizabilita) a jej prítomnosť významne ovplyvňuje manažment ostatných ochorení pacienta (1, 4, 8).

S témou krehkosti sa ako prvá komplexne začala zaoberať Dr. Linda Friedová, ktorá zadefinovala päť základných kritérií krehkosti u seniora (tabuľka 2) (4). Krehkosť je prítomná, ak je pri vyšetrení seniora pozitívny nález aspoň troch kritérií. Prítomnosť jedného alebo dvoch kritérií upozorňuje na stav **predkrehkosti (prefrail)**, ktorý je významný z hľadiska prevencie plne rozvinutej krehkosti a následnej odkázanosti (4, 5, 8, 10). Friedová et al. krehkosť definujú ako patofyziologický proces, pre ktorý je typická znížená funkčná rezerva a odolnosť proti stresorom (záťaži) ako dôsledok kumulácie funkčných deficitov viacerých orgánov a dysregulácie mnohých systémov v organizme. Výsledkom tohto procesu je určitý klinický obraz daný vybranými znakmi (**fenotyp krehkosti**) (4, 5, 10, 11). Nedostatkom tejto definície je zameranie najmä na telesný aspekt krehkosti bez zohľadnenia napríklad motivácie, kognitívnych schopností alebo psychickej stability, náročné použitie kritérií v klinickej praxi či problematická prognostická hodnota vo vzťahu k mortalite (5, 10).

Druhú najkomplexnejšiu definíciu krehkosti, takzvaný model kumulácie deficitov, vypracovali Rockwood a Mitnitski. Podľa tejto koncepcie vzniká krehkosť v dôsledku vekom podmienenej kumulácie rôznych zdravotných deficitov, následkom čoho je funkčný deficit v rôznych oblastiach, zvýšené riziko rôznych komplikácií (napríklad pády), časté hospitalizácie, inštitucionalizácia a smrť. Pri diagnostike sa využívajú nástroje komplexného geriatrického vyšetrenia. Podľa modifikácií sa identifikuje rôzny počet zdravotných a iných „deficitov“ – príznaky, chronické choroby, dizability, biochemické abnormality (napríklad v Canadian Study of Health and Ageing bolo použitých 70 premenných). Následne sa vypočíta **index krehkosti** (Frailty Index, FI) a určí kategória rizikovosti (vulnerability) seniora z hľadiska inštitucionalizácie a smrti (tabuľka 3) (1, 5, 9, 10, 12). U dementných pacientov stupeň krehkosti väčšinou korešponduje so

Tabuľka 2. Kritériá krehkosti podľa Friedovej et al., Cardiovascular health study (2001) (4)

Úbytok hmotnosti	Subjektívny údaj o neželanom ↓ hmotnosti o viac ako 4,5 kg/rok Pri sledovaní pokles hmotnosti o viac ako 5 %/rok
Pocit vyčerpanosti	Subjektívne vnímaná únava či vyčerpanosť, ktoré obmedzujú aktivity minimálne 3 dni v týždni (podľa Center of Epidemiological Studies – depression scale)
Sila stisku dominantnej ruky – handgrip	Menej ako 20 % v porovnaní s populáciou mladších
Rýchlosť chôdze	15 krokov (4,6 m) o 20 % menšou rýchlosťou ako bežná populácia
Fyzická aktivita	Týždenný energetický výdaj v kcal menej ako 20 % oproti bežnej populácii

stupňom demencie (12). Rovnako ako Friedovej kritériá, aj výpočet indexu krehkosti je pre bežnú prax príliš náročný.

Patofyziológia krehkosti

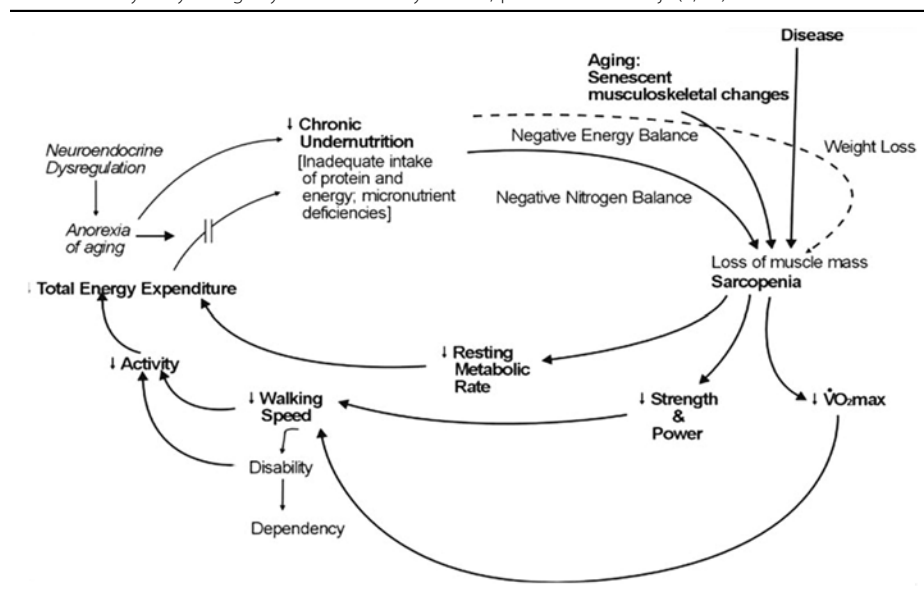
Primárnou príčinou krehkosti sú **involučné zmeny** súvisiace so starnutím organizmu, ktorých následkom je dysregulácia vo fungovaní organizmu, znížená schopnosť adaptability a udržiavania homeostázy, pokles funkčných rezerv viacerých orgánov (13). V rozvoji krehkosti má dôležitú úlohu involúciou podmienená dysregulácia, najmä systému neuroendokrinného a muskuloskeletálneho, ako aj zmeny v metabolických procesoch a zápalovej aktivite súvisiace so starnutím (↑ leptín a cholecystokinín; inzulínová rezistencia, ↑ kortizol, ↓ rastový hormón, IGF-1 a pohlavné hormóny; ↑ CRP, IL-6 a TNF-α; ↓ aeróbna kapacita, maximálna spotreba kyslíka, bazálny metabolizmus a celko-

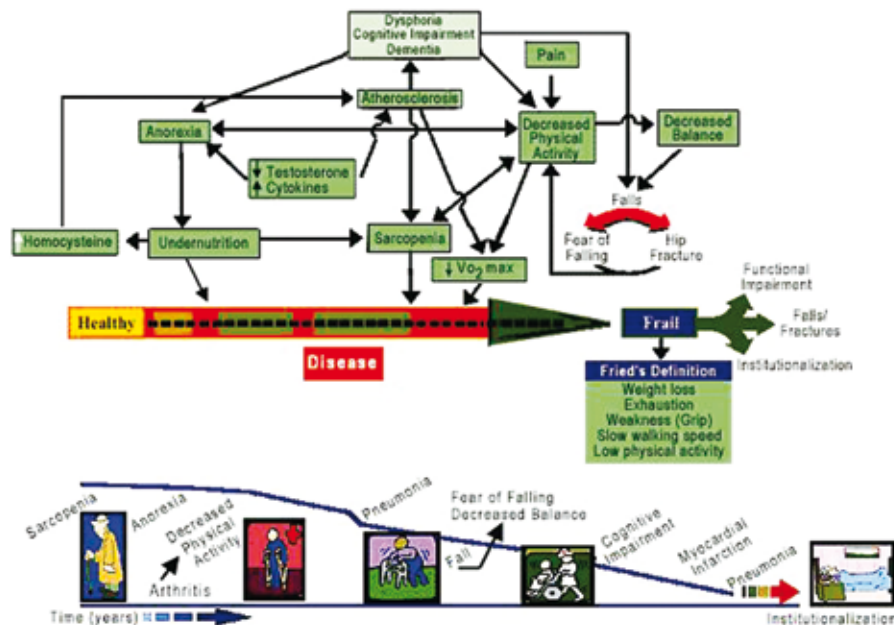
Tabuľka 3. Škála klinickej krehkosti, Canadian Study of Health and Ageing, 2005 (12)

Zdatní (very fit) – v dobrej kondícii, zdraví, psychicky aktívni, energickí, motivovaní, v rámci vekovej skupiny najzdatnejší, pravidelne pohybovo aktívni seniori, zvládajú záťaž
Zdraví (well) – bez aktívnej choroby, ale menej zdatní ako jedinci v predchádzajúcej skupine
Zdraví s liečenými komorbiditami (well, with treated comorbides disease) – symptómy ochorenia sú vďaka liečbe pod kontrolou
Zjavne zraniteľní (apparently vulnerable) – hoci nie sú závislí, pociťujú obmedzenia pre ochorenia
Mierne krehkí (mildly frail) – čiastočne odkázaní na pomoc druhých (napríklad pri chôdzi vonku a domácich prácach)
Stredne krehkí (moderately frail) – odkázaní na pomoc pri inštrumentálnych, ale aj niektorých bežných denných aktivitách (napríklad pomoc pri kúpaní, minimálna asistancia pri obliekaní)
Závažne krehkí (severely frail) – úplne závislí, odkázaní na pomoc z rôznej príčiny, zdravotný stav stabilizovaný, minimálny predpoklad dožitia aspoň 6 mesiacov
Veľmi závažne krehkí (very severely frail) – úplne závislí, napriek liečbe nedochádza k úplnému uzdraveniu ani v prípade menej závažného ochorenia
Chorí v terminálnom štádiu ochorenia (terminally ill) – predpoklad dožitia menej ako 6 mesiacov, znaky evidentnej krehkosti nemusia byť prítomné

vý energetický výdaj). Následkami týchto zmien sú pokles funkcií kardiovaskulárneho systému, úbytok kostnej a svalovej hmoty a svalovej sily, anorexia, kognitívny a senzorický deficit, rozvíja sa malnutícia, sarkopénia a osteoporóza, prevažuje telesná inaktivita, poruchy chôdze a rovnováhy. Krehký senior trpí chudnutím, celkovou slabosťou a nevykonnosťou (9, 11, 14) (obrázok 1).

Obrázok 1. Začarovaný kruh pri patofyziológii krehkosti spôsobený súhrou energetickej dysregulácie a zhoršenými fyziologickými funkciami systémov, podľa L. Friedovej (4, 11)



Obrázok 2. Patogenéza a klinické následky krehkosti (26)

Z uvedeného by však nemal vzniknúť mylný záver, že každý starý človek je krehký. Somatické starnutie je výsledkom biologických a fyziologických zmien na úrovni buniek, tkanív, orgánov a systémov, ale **starecký fenotyp** (individuálny obraz staroby) je ovplyvnený aj ochoreniami, životným štýlom a prostredím, ako aj psychosociálnymi faktormi. Starnutie teda prebieha na jednotlivých úrovniach v rôznej miere a asynchrónne, a je ovplyvnené aj vonkajšími faktormi, preto je populácia starších v danom veku veľmi heterogénna (13). Rovnako pri rozvoji krehkosti spolupôsobia s involúciou aj iné faktory – individuálna genetická expresia, životospráva a ochorenia seniora, vplyvy životného prostredia a sociálnych podmienok (9, 15). Za najčastejšie príčiny krehkosti sú označované sarkopénia, chronické ochorenia, bolesť, nekvalitné či nedostatočné stravovanie a zhoršenie exekutívnych funkcií (9, 14), dôležitú úlohu zohrávajú polyfarmácia, sociálne problémy a neprimeraná stresová záťaž (14). Faktory sa navzájom ovplyvňujú a potenciujú. V priebehu času je zjavné celkové neprospevanie dané neschopnosťou krehkého organizmu vrátiť sa na pôvodnú úroveň funkčnej kapacity a fyzickej výkonnosti, a to aj napriek adekvátnej komplexnej intervencii pri epizóde stresovej situácie. Vulnerabilita spočíva aj vo zvýšenom riziku rozvoja kognitívneho deficitu a iných komplikácií (1, 4, 8, 15, 16).

Klinický obraz

Charakteristiky stareckej krehkosti ako syndrómu sú pokles fyzickej zdatnosti, adaptability a odolnosti proti minimálnemu stresu (záťaži).

Krehký senior má zhoršenú prognózu, proces zotavenia z akútneho ochorenia alebo po úraze je spomalený a neúplný, s pohotovosťou ku komplikáciám a recidivujúcim dekompenzáciám, so zvýšeným rizikom vzniku dizability a odkázanosti pri bežných denných aktivitách. Navyše, po každom ataku zvýšenej záťaže dochádza k prehĺbeniu už aj tak redukovaných funkčných rezerv, a zvyšuje sa tým riziko ďalšieho zlyhania (špirála poklesu rezerv a odolnosti). Starecká krehkosť teda vyjadruje zdravotný stav seniora s nahromadenými funkčnými deficitmi, ale aj so zvýšenou potrebou hospitalizácií, dlhodobej starostlivosti a so stúpajúcou pravdepodobnosťou úmrtia (1, 8, 14, 15, 17). Dôležité sú riziká vyplývajúce z inštitucionalizácie a častých hospitalizácií, krehkí seniori sú hospitalizovaní častejšie ako nie-krehkí. Vzniká tak ďalší začarovaný kruh krehkosti, keď hospitalizácia samotná znamená pre krehkého záťaž a zvýšenie rizika rozvoja komplikácií (nozokomiálne infekcie, pády, inkontinencia, delírium, smrť) (18). Pokles potenciálu zdravia takto zraniteľného staršieho jedinca je zrejmy (obrázok 2).

Prejavy krehkosti (tabuľka 4) sú nešpecifické a môžu byť individuálne vyjadrené počtom, intenzitou, časovou postupnosťou. Okrem telesných faktorov zahŕňajú aj rozmer subjektívneho vnímania zdravia, stav výživy, kognitívny status, sensorický deficit a aktuálnu liečbu (13). Syndróm krehkosti je dynamický proces s typicky progresívnym zhoršovaním celkového stavu krehkého seniora, pribúdaním funkčných deficitov v rôznych oblastiach a stupňujúcim sa rizikom rôznych nových komplikácií (napríklad pády) aj

Tabuľka 4. Príklady prejavov krehkosti (1)

Únava pri každodenných činnostiach	Spomalené psychomotorické tempo
Hypomobilita, diskomfort pri chôdzi	Pokles tolerancie záťaže
Dekondícia	Pokles spontánosti a variability v konaní
Sarkopénia	Senzorický deficit
Instabilita, poruchy postoja, pády	Poruchy pamäti a kognitívny deficit
Anorexia	Apatia, hypobúlia
Malnutričia	Chronická bolesť
Imunodeficiencia, recidivujúce infekcie	Terminálna geriatrická deteriorácia

smrti. K najčastejším prejavom krehkosti patria únava, chudnutie, svalová slabosť a pribúdanie rôznych funkčných deficitov (1, 8, 14, 17).

V rámci diferenciálnej diagnostiky treba vylúčiť iné príčiny neprospevania a subjektívneho pocitu slabosti. Prejavy krehkosti sú zhodné s klinickým obrazom mnohých závažných ochorení v staršom veku (napríklad reumatologické, endokrinné, onkologické, end-stage orgánových zlyhávaní, chronické infekcie, anemický syndróm, demencia a depresia, epizódy akútneho zhoršenia chronických ochorení) (1, 17).

Diagnostika, skríning, prevencia a možnosti intervencie krehkosti

Vyhodnotením 31 štúdií o krehkosti u osôb starších ako 65 rokov sa zistila prevalencia fyzickej krehkosti 4 – 17 % (v priemere 9,9 %), pričom prítomnosť psychosociálneho aspektu zvyšovala prevalenciu fyzickej krehkosti, ženy (9,6 %) boli oproti mužom (5,2 %) krehkosťou ohrozené dvojnásobne. Prevalencia významne stúpa po 80. roku života (8).

Identifikovanie krehkých seniorov a prevencia plne rozvinutej krehkosti je veľmi dôležitá z niekoľkých dôvodov. Ako už bolo spomenuté, krehký senior je po vystavení záťaži (stresu) vo zvýšenom riziku rôznych zdravotných komplikácií, straty sebestačnosti či smrti. Krehkosť je veľmi často latentná a demaskuje sa práve v stresovej situácii (napríklad zápal, úraz, akútne zhoršenie doteraz stabilizovaného chronického ochorenia, psychické vypätie, zmeny sociálnej situácie), a vďaka dovedy nepoznanej krehkosti tak dochádza ku komplikáciám (napríklad pády, delírium, intolerancia štandardnej liečby) či neočakávane závažnejšiemu zhoršeniu celkového zdravotného stavu. Jednoznačné laboratórne markery krehkosti pre bežnú klinickú prax zatiaľ stanovené nie sú (CRP, vitamín D, D-diméry, fibrinogén, faktor VIII sú nešpecifické;

IL-6 a IGF-I a DHEAs navyše pre rutinné vyšetrenie nedostupné) (14). V súčasnosti nie je možná kauzálna liečba plne rozvinutej krehkosti, dôvodom je multifaktoriálna etiológia, polymorbidita a podiel starnutia organizmu (8, 14, 17).

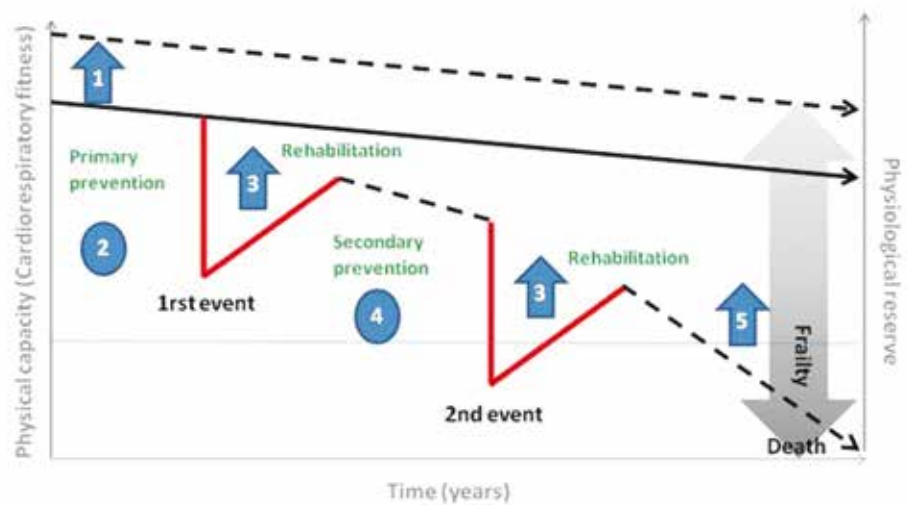
Do istého bodu je však krehkosť vhodnou intervenciou potenciálne reverzibilná. Preto je potrebné zamerať sa na vyhľadávanie rizikových seniorov a realizovať preventívne opatrenia, aby sa predišlo plne rozvinutej stareckej krehkosti a jej následkov. Z tejto intervencie najviac profitujú nielen zdraví a zdatní seniori (robust seniors), ale aj tí, ktorí sú v pásme tzv. pre-frailty (1, 14, 17). Ďalší z výstupov spoločného konsenzu sa týka práve oblasti prevencie a včasnej intervencie krehkosti. Za najúčinnnejšie sa v súčasnosti považuje udržiavanie fyzickej zdatnosti, kvalitná strava, dostatočná hladina vitamínu D a redukcia polyfarmácie, dôležité je aj v rámci možností ovplyvniť kognitívny či sensorický deficit a stabilizovať chronické ochorenia staršieho pacienta (napríklad artériová hypertenzia, kardiálne zlyhávanie, cukrovka, depresia) (8), ako aj motivácia seniora, kontinuita v sledovaní a flexibilné prehodnotenie cieľa a postupov pri zmene stavu pacienta. Význam má aj očkovanie či dôraz na skorú rehabilitáciu v období rekonvalescencie po záťažovej situácii (1, 9, 14, 17) (obrázok 3). Telesná aktivita zvyšuje funkčný potenciál seniora, bráni úbytku svalovej hmoty a sily, zlepšuje rýchlosť chôdze, chôdzu do schodov, vstávanie zo stoličky a udržiavanie rovnováhy, redukuje riziko depresie a pádov (8, 17, 19). V tabuľke 5 sú uvedené zásady prevencie a včasnej intervencie krehkosti.

Konsenzus odporúča skriningovo vyšetriť všetky osoby nad 70 rokov, ako aj osoby s chronickým ochorením a zároveň významným poklesom hmotnosti (viac ako 5 % za posledný polrok) (8). Komplexné geriatrické vyšetrenie slúži na vyslovenie podozrenia na prítomnosť krehkosti/riziku vzniku krehkosti. Tú možno následne potvrdiť vyššie opísanými Friedovej kritériami či vypočítaním indexu krehkosti, obe metódy sú však pre každodenný diagnostický proces príliš komplikované. Na účely štúdií bolo vypracovaných niekoľko metodík na posúdenie prítomnosti krehkosti, v klinickej praxi je napríklad dobre využiteľná FRAIL škála (tabuľka 6) (5, 8).

Komplexné geriatrické vyšetrenie

Komplexné geriatrické vyšetrenie (CGA, Comprehensive/Multidimensional Geriatric Assessment) je multidimenzionálny interdisciplinárny diagnostický proces, ktorým sa identifikuje riziková skupina starších jedincov so zdravotnými problémami a obmedzenými psychosociálnymi

Obrázok 3. Fyzická aktivita, cvičenie = oddialenie následkov starnutia + prevencia krehkosti, cieľ v závislosti od situácie: 1. zvyšovanie telesnej zdatnosti (CRF) 2. a 4. prevencia akútnych príhod 3. a 4. urýchlenie a zlepšenie zotavenia po ataku 5. spomalenie úbytku fyzickej zdatnosti (27, adaptované podľa 28)



Tabuľka 5. Zásady prevencie a včasnej intervencie krehkosti, Morley et al., 2006, voľne podľa 1, 8, 9, 17, 19, 25

F	Food intake maintenance	Prevencia anorexie a malnutricie, adekvátny príjem kvalitných proteínov, vitamínov, ostatných nutrientov a energie v strave
R	Resistance exercise	Pohybová aktivita, odporová aj aeróbna*
A	Atherosclerosis prevention	Prevencia vzniku aterosklerózy, ovplyvňovanie jej rizikových faktorov
I	Isolation avoidance „Go out and do things“	Prevencia izolácie, stretávanie sa s ľuďmi „Chodte von a buďte aktívni“
L	Limit pain	Diagnostika a aktívna liečba bolesti
T	Tai – Chi or other balance exercise	Cvičenia zamerané na posilnenie stability a rovnováhy, napríklad cvičenie Tai-Chi
Y	Yearly functional checking	Dodržiavanie pravidelných kontrol zdravotného a funkčného stavu

*cieľ: udržanie svalovej sily (najmä dolných končatín); izometrické cvičenia (8 – 15 opakovaní min. 2 x T); chôdza (20 min. denne), 50 – 75 % max. pulzovej frekvencie pre daný vek; zachovanie rozsahu ohybnosti – strečing denne (ä 15 s pre svalovú skupinu)

Tabuľka 6. Kritériá seniorskej krehkosti podľa Morley et al., 2011, prevzaté z 5

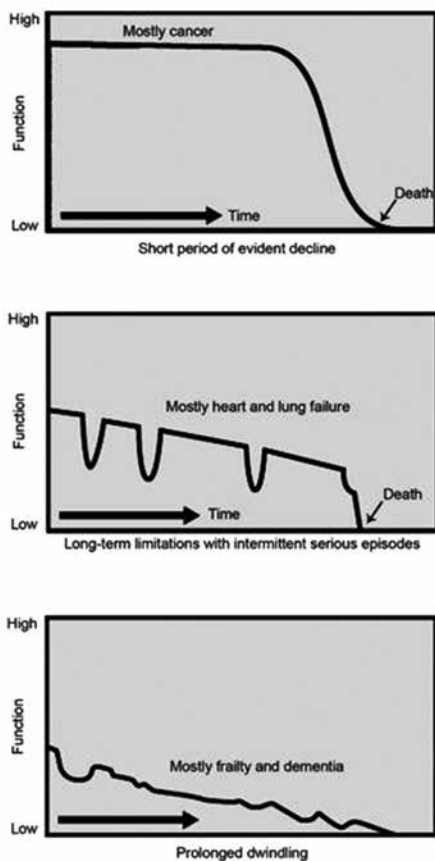
F	Fatigue	Subjektívne pociťovaná únava počas posledného mesiaca
R	Resistance	Problémy/neschopnosť vyjsť 10 schodov bez zastavenia
A	Ambulation	Problémy/neschopnosť prejsť vzdialenosť 1 bloku domov
I	Illness	Prítomnosť komorbidít (viac ako 5 chorôb)
L	Loss of weight	Strata hmotnosti viac ako 5 % za posledný polrok

a funkčnými schopnosťami, čo ich robí „zraniteľnými“ alebo „krehkými“ (3). Vo všeobecnosti diagnostikujeme somatické ochorenia aj u staršieho pacienta klasickým biomedicínskym vyšetrením, diagnostický proces je však ovplyvnený znalosťou geriatrických špecifik, ako sú atypický priebeh ochorení, multikauzalita a multimorbidita. Geriatrický pacient má zhoršenú schopnosť udržiavania homeostázy a adaptácie na stres, znížené funkčné rezervy a sklon ku komplikáciám a strate sebestačnosti. CGA slúži na posúdenie týchto aspektov zdravia, teda na

funkčné zhodnotenie v somatickej, mentálnej a sociálnej oblasti (3, 20, 21).

CGA je komplex vyšetrení v rôznej podobe (dotazníky, testy, antropometrické vyšetrenia), ktorými sa podľa cieľa posudzuje napríklad miera sebestačnosti, stav výživy, mobility, kognitívnych schopností či telesnej zdatnosti, ale napríklad aj miera rizika rozvoja rôznych komplikácií (pády, depresia, malnutricia, perioperačné komplikácie). Výsledkom CGA je identifikovanie krehkého seniora na základe posúdenia jeho zdravotných problémov, funkčného, psychického a sociálneho

Obrázok 4. Trajektórie chronických ochorení a procesov umierania (29)



stavu a následne adekvátne zvolený individuálny liečebný postup aj so snahou o minimalizovanie komplikácií v zmysle nežiaducich účinkov liečby, pooperačných komplikácií, zníženia či straty sebestačnosti, inštitucionalizácie, sociálnej izolácie či smrti. Prínosom je aj cieleňé riešenie zisteného sociálneho problému (strata sebestačnosti, izolácia) či hroziaceho rizika (napríklad malnutriícia, pády, krehkosť) a nasmerovanie dlhodobej starostlivosti či adekvátnej sociálnej pomoci. CGA teda pomáha zabezpečiť starostlivosť s dôrazom na individuálne potreby a zlepšenie **zdravím podmienenej kvality života** (3, 21).

K základným funkčným geriatrickým testom patria MMSE (posúdenie kognitívnych schopností), MNA-SF (stav výživy) a ADL (samostatnosť v sebaobsluže). Pri posudzovaní krehkosti možno z CGA použiť výkonnostné testy, ktoré odhalia stav fyzickej zdatnosti seniorov. V našich pracovných podmienkach je veľmi nápomocná „krátka batéria na testovanie fyzickej zdatnosti seniorov“ – Short Physical Performance Battery, SPPB (22) – publikovaná aj v spracovaní prof. Topinkovej et al. (5), ktorá obsahuje vyšetrenie rovnováhy (stoj spojny, semitandemový, tandemový), hodnotenie rýchlosti chôdze na vzdia-

lenosť 4 m, opakované (5-krát) čo najrýchlejšie vstávanie zo stoličky bez opory rukami (tie sú skrížené na hrudi). Vzhľadom na rozsah a zameranie článku sa podrobnejšie problematikou CGA nemožno zaoberať.

Krehkosť ako indikácia na paliatívnu liečbu

Starecká krehkosť je od istého bodu nevyliciteľný progredujúci stav bez možnosti kauzálnej liečby, ktorý vedie ku komplikáciám a môže spôsobiť smrť pacienta – **krehkosť samotná ako indikácia na paliatívnu liečbu**. Krehkosť navyše ovplyvňuje diagnostický a liečebný proces mnohých neonkologických ochorení v staršom veku, ktoré v pokročilom a konečnom štádiu (end-stage pľúcnych, kardiálnych a obličkových ochorení) taktiež profitujú z princípov paliatívnej liečby a jej prítomnosť, samozrejme, modifikuje aj diagnostické a liečebné možnosti v prípade onkologického ochorenia seniora – **krehkosť ako nepriaznivý faktor pri inom (onkologickom/neonkologickom) nevyliciteľnom ochorení v štádiu paliatívnej liečby**.

Už mierny stupeň krehkosti (podľa tabuľky 3) vytvára 50 % riziko smrti v priebehu 5 rokov (15). Lunney et al. v 2003 publikovali tri „top“ súčasné príčiny smrti – rakovina, orgánové zlyhanie a krehkosť/demencia. Trajektórie priebehu a umierania pri chronických ochoreniach, ako aj určenie správneho času na začatie paliatívnej liečby sú pre tieto tri klinické situácie špecificky odlišné – kým pri onkologickom ochorení väčšinou nie sú pochybnosti a k dispozícii máme rôzne prognostické nástroje, stavy chronických zlyhávajúcich orgánov, krehkosť či demencia majú priebeh a epizódy akútneho zhoršenia menej predvídateľné s prognosticky nevyspytateľným výsledkom (obrázok 4). V týchto prípadoch k paliatívnej liečbe nepristupujeme len na základe samotnej diagnózy či prognózy, ale na základe vzniknutej aktuálnej potreby, ktorá je však výsledkom kontinuálneho zhoršovania (15, 23). V situácii prognostickej neistoty nám môže rozhodovanie uľahčiť odpoveď na otázku: „Prekvapilo by ma, ak by tento pacient umrel v priebehu jedného roka?“ Ak naša odpoveď znie: „Nie, neprekvapilo“, paliatívna lekárska a ošetrovateľská starostlivosť o tohto pacienta je namieste a staršieho krehkého pacienta môžeme považovať za terminálne chorého (23).

Aj pri intervencii krehkosti platí moderný prístup aktívnej paliatívnej starostlivosti založenej na individuálnom pláne zohľadňujúcom potreby konkrétneho pacienta, kde súbežne v potrebnej miere prebieha ochorenie modifikujúca

s podpornou a paliatívnou liečbou, pomoc pri riešení spirituálnych a sociálnych potrieb pacienta, ako aj starostlivosť o blízkych a trúchliacich (15, 23). Starostlivosť o krehkých prináša do paliatívnej medicíny aj geriatricke mnoho otázok. Z tohto pohľadu je veľmi zaujímavý článok, v ktorom autori spracovali výstupy niekoľkých prác, ktorých kľúčovými slovami boli krehkosť a paliatívna medicína. Sumarizáciou informácií zistili, že krehkosť je vo všeobecnosti považovaná za stav, ktorý spĺňa indikácie paliatívnej liečby a trajektória umierania typická pre krehkosť je dostatočne známa. Paliatívnu starostlivosť krehkým seniorom väčšinou poskytujú geriatricke, odpoveď na otázku, kedy má táto starostlivosť začať, je stále diskutovaná. Nie je možné jednoznačne určiť, ktoré zhoršenie stavu je práve to smrtiace a nemáme zatiaľ k dispozícii univerzálny diagnostický postup, ktorý by toto rozhodovanie urobil jednoznačným či jednoduchším (24).

Vo všeobecnosti môžeme vymedziť niekoľko okruhov medicínskej paliatívnej starostlivosti o krehkých seniorov: identifikácia stupňa krehkosti (CGA, FI), prehodnotenie medicíny – neprimeranej polyfarmácie (redukcia nežiaducich účinkov a interakcií), diagnostika a liečba stavov zhoršujúcich krehkosť (napríklad anemický syndróm, kardiálne zlyhávajúce, infekcia), liečba malnutriície, bolesti a obťažujúcich symptómov (napríklad dýchavičnosť, slabosť, nechutenstvo), predvídanie a prevencia komplikácií (delírium, pády, depresia, insomnia, nozokomiálne infekcie), pokračovanie v prevencii úbytku svalovej hmoty (podľa reálnych schopností) a, samozrejme, liečba komplikácií, ak nastanú. Hlavným cieľom by mala byť diagnostika a liečba, ktorá zlepšuje kvalitu života krehkého seniora a znižuje ho čo najmenej. Ak je nevyhnutný invazívny (diagnostický či liečebný) postup, musíme mať na zreteli zvýšené riziko následných komplikácií (napríklad delírium, inkontinencia, zhoršenie mobility a kognitívneho statusu) a podriadiť tomu starostlivosť po výkone. Súčasťou celého procesu musí byť komunikácia s pacientom a jeho príbuznými nielen o aktuálnom zdravotnom stave, ale aj o prognóze krehkého pacienta, ktorá je primárne nepriaznivá pre celkovú vulnerabilitu organizmu danú vyčerpanou funkčnou kapacitou orgánov a neschopnosť adekvátne reagovať na záťaž (15, 18, 23).

Záver

Starecká krehkosť ako klinická problematika je špecifická geriatricke téma s presahom do paliatívnej medicíny. Ako geriatricke syndróm je podmienená involúciou organizmu, ktorá spolu

s inými faktormi spôsobuje neschopnosť krehkého seniora vyrovnat' sa s akoukoľvek záťažou bez následkov, ako sú zdravotné komplikácie, strata sebestačnosti, inštitucionalizácia, potreba dlhodobej starostlivosti či smrť. V poslednom konsenze o fyzickej krehkosti z decembra 2012 sa odporúča skríningové vyšetrenie na prítomnosť krehkosti všetkých jedincov starších ako 70 rokov, alebo tých, ktorí majú chronické ochorenie a zároveň pokles hmotnosti viac ako 5 % za posledný polrok, v oblasti intervencie sa nateraz za najúčinnéjšie považujú redukcia polyfarmácie, udržiavanie fyzickej zdatnosti, dobrý stav výživy a suplementácia vitamínu D, ako aj dôsledný manažment iných ochorení, kognitívneho a senzorického deficitu. Od istého bodu sa krehkosť nedá zvrátiť a vzniká bludný kruh neprospevania, na konci ktorého je smrť. Koncepcie zdravotnej starostlivosti oboch odborov – geriatrickej a paliatívnej medicíny, sa hlásia k biopsychosociálnej jednote jedinca a komplexnému/celostnému prístupu k pacientovi nielen pri diagnostike a liečbe, ale aj pri riešení sociálnych a spirituálnych potrieb. Krehkí seniori z tohto prístupu, zohľadňujúceho špecifické potreby jednotlivca, profitujú – tento prístup zabezpečí pre nich čo najlepšiu kvalitu života.

Literatúra

1. Kalvach Z, Holmerová I, Jurašková B, et al. Geriatrická krehkosť (frailty). In: Kalvach Z, Zadák Z, Jiráček R, et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada publishing, 2008. 117–133 s.
2. Krajčík Š. Sebestačnosť a závislosť. In: Hegyi L, Krajčík Š. *Geriatrica*. Bratislava: Herba, 2010. 84–88 s.
3. Rubenstein LZ, Rubenstein LV. Multidimensional geriatric assessment. In: Fillit MH, Rockwood K, Woodhous K. *Brocklehurst's Text book of Geriatric Medicine and Gerontology*. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2010. 211–217 p.
4. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56A(3):146–156.
5. Topinková E, Berková M, Mádlová P, Běláček J. „Krátká baterie pro testování fyzické zdatnosti seniorů“ a její využití pro diagnózu geriatrické křehkosti v klinické praxi. *Geriatric a gerontology*. 2013;1(2):43–49.
6. Kalvach Z, Holmerová I, Weber P, et al. Pojetí geriatrických syndromů. In: Kalvach Z, Zadák Z, Jiráček R, et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada publishing, 2008. 141–145 s.
7. Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, et al. Research agenda for frailty in older adults: Toward a better understanding of physiology and etiology: Summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Ageing Research.
8. Morley JE, Vellas B, AbellanvanKan G, et al. Frailty consensus: A call to Action. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(6): 392–397.
9. Morley JE. Frailty. In: Sinclair AJ, Morley JE, Vellas B (eds.). *Pathy's Principles and Practice of Geriatric Medicine*. 5th ed. Chichester: John Wiley & Son Ltd, 2012. 1387–1393 p.
10. Rockwood K, Mitnitski A. A clinico-mathematical model of ageing. In: Fillit MH, Rockwood K, Woodhous K. *Brocklehurst's Text book of Geriatric Medicine and Gerontology*. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2010. 59–65 p.
11. Fried LP, Walston JD, Ferrucci L. Frailty. In: Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, et al. (eds.). *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*. 6th ed. New York: The McGraw-Hill Companies, 2009. 631–645 p.
12. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005;173(5):489–495.
13. Hoozová J. Starnutie a starobné zmeny organizmu. *Inter-ná med*. 2014;14(5):203–209.
14. Lang PO, Michel JP, Zekry D. Frailty syndrome: A Transitional State in Dynamic Process. *Gerontology*. 2009;55:539–549.
15. Koller K, Rockwood K. Frailty in older adults: Implications for end-of-life care. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2013;80(3):168–174.
16. Morley JE, Haren MT, Rolland Y, et al. Frailty. *Med Clin North Am*. 2006;90(5):837–847.
17. Krajčík Š. Krehkosť. In: Hegyi L, Krajčík Š. *Geriatrica*. Bratislava: Herba, 2010. 82–84 s.
18. Walston J, Freid L. Frailty and Its Implications for Care. In: *Geriatric Palliative Care*. New York: Oxford University Press, 2003. 93–109 s.
19. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, et al. Intervention for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(9):CD007146.
20. Hegyi L, Krajčík Š. Diagnostika v geriatrickej. In: Hegyi L, Krajčík Š. *Geriatrica*. Bratislava: Herba; 2010: 97–98.
21. Kalvach Z, Rychlý L. Pojetí komplexního geriatrického hodnocení. In: Kalvach Z, Zadák Z, Jiráček R, et al. *Geriatric a gerontology*. Praha: Grada publishing, 2004. 165–171 s.
22. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Geront*. 1994;49(2):M85–84.
23. Murray SA, Mason B, Donaldson A. What are the key challenges facing palliative care internationally in the next 10 years? *International Journal of Palliative nursing*. 2010;16(7):316–319.
24. Pialoux T, Goyard J, Hermet R. When frailty should mean palliative care. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2013;3(7):75–84.
25. Pacala JT. Preventive and Anticipatory Care. In: Fillit MH, Rockwood K, Woodhous K. *Brocklehurst's Text book of Geriatric Medicine and Gerontology*. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2010. 848–853 p.
26. Morley JE. Frailty. [online] 2002. Available from: <http://www.cyberounds.com/cmecontent/art207.html?pf=yes> Obrázok prevzatý: 21.11.2014, dostupný: <http://www.cyberounds.com/assets/03/17/317/figure1.gif>
27. Charansonney OL <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Charansonney%20OL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21955845>. Physical activity and aging: a life-long story. *Discov Med*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21955845> 2011;12(64):177–85. Obrázok prevzatý 21.11.2014, dostupný: <http://www.discoverymedicine.com/Olivier-L-Charansonney/files/2011/09/discovery_medicine_no_64_olivier_l_charansonney_figure_2.png.jhtml?i-d=2attachment_6>
28. Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. *Clin Geriatr Med*. 1992;8(1):1–17.
29. Lynn J, Adamson DM. Living Well at the End of Life. Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age. Rand Health White Paper WP-137. Santa Monica, RAND 2003. Obrázok prevzatý 21.11.2014, dostupný: https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/reports/taking_care/chapter1.html

Článok je prevzatý z
Onkológia (Bratislava), 2014; roč. 9(6): 349–354

MUDr. Jana Hoozová

Klinika geriatrickej SZU, UNB
ŠGŇ Podunajské Biskupice
Krajinská 91, 825 56 Bratislava
janahoozova@gmail.com

Starostlivosť o seba a sebaúcta pacientov s onkologickým ochorením

Mgr. Monika Hricová, PhD.¹, Mgr. Dominika Lazúrová²

¹Katedra psychológie, Filozofická fakulta Univerzita P. J. Šafárika, Košice

²Dorka, n. o., Centrum pre obnovu rodiny, Košice

Ciel: V príspevku sa zameriavame na objasnenie charakteru starostlivosti o seba a sebaúcty pri onkologickom ochorení. Snažíme sa zachytiť tak fyzickú, ako aj psychickú podobu starostlivosti o seba.

Súbor pacientov a metódy: Výskumný súbor tvorilo 57 oslovených respondentov s rôznym onkologickým ochorením (25 mužov a 32 žien). Na zisťovanie starostlivosti o seba bol použitý vlastný Dotazník sebaregulácie v oblasti starostlivosti o seba (1) a na meranie sebaúcty Škála sebaúcty (2).

Výsledky: Výsledky ukázali, že pacienti s onkologickým ochorením preferujú fyzickú, ako aj psychickú starostlivosť o seba. Dominantnejšia je však psychická starostlivosť o seba v podobe emocionálnej kontroly a osobného rozvoja. Zistenia naznačili, že čím viac sa pacienti snažia o psychickú starostlivosť o seba, tým majú vyššiu sebaúctu ($r = 0,340$; $p = 0,02$).

Záver: Realizovaný výskum priniesol dôkaz o tom, že zamerať sa na psychickú starostlivosť o seba u pacientov s onkologickým ochorením je dôležité. Realizácia psychickej starostlivosti o seba môže pomôcť nielen psychickej pohode pacienta, ale aj jeho sebaúcte. Veríme, že naše výsledky sa stanú podnetom na nový pohľad lekárov na toto ochorenie a hlbšie skúmanie tejto problematiky.

Kľúčové slová: onkologické ochorenie, starostlivosť o seba, sebaúcta, emocionálna kontrola, pacient.

Self-care and self-esteem in the oncological patients

Aim: In this article, we aim to clarify the character of self-care and self-esteem in the oncological patients. We try to capture both physical as well as psychological form of self-care.

Patients and methods: The sample consisted of 57 respondents, who suffer various cancer diseases (25 men and 32 women). To assess the self-care we used our own Self-care Self-regulation Questionnaire (1) and Self-esteem Scale measuring self-esteem (2).

Results: The results indicated that patients suffering from cancer preferred both physical and psychological self-care. The psychological self-care dominated in the form of emotional control and personal development. The results showed, that more concentration to the psychological self-care, increases self-esteem ($r = 0,340$; $p = 0,02$).

Conclusion: The research brought the evidence that focus on psychological self-care patients suffering from cancer is important. Implementation of psychological self-care can help not only for the patient's psychological well-being, but also increase self-esteem. We believe that our results will become new look to this topic. We also believe that these results will arouse a deeper interest of this issue among the professionals

Key words: cancer, self-care, self-esteem, emotional control, patient.

Paliat. med. liec. boles., 2015; 8(1e): e32–e34

Úvod

Starostlivosť o seba tvorí nevyhnutnú súčasť každodenného života. O to viac je dôležitá v situáciách, keď dôjde k ohrozeniu zdravia v podobe ochorenia. Od pacienta sa očakáva, že bude aktívne spolupracovať s lekárom a dodržiavať jeho odporúčania. Jednou z ciest je pacientom realizovaná starostlivosť o seba, napríklad v podobe pravidelného užívania liekov alebo úpravy životosprávy.

V súvislosti so starostlivosťou o seba je v oblasti medicíny a ošetrovateľstva dobre známa koncepcia Oremovej. Vymedzuje starostlivosť o seba ako súbor aktivít vykonávaných jedincom s cieľom udržať život, zdravie a subjektívnu pohodu (3). Zastrešuje proces aktívneho uchovávaného zdravia pomocou sledovania príznakov a realizácie podporných postupov počas liečby (4). Medicínsky pohľad zdôrazňuje aj preventívny význam starostlivosti v podobe

aktívneho zapojenia pacienta do liečby, čím sa predchádza jej predčasnému ukončeniu (5). Odborná literatúra ponúka pomerne dostatok zistení v oblasti starostlivosti o seba pri ochorení. Špecificky sa zameriava na starostlivosť o seba pri onkologickom ochorení a diabete (napríklad 6, 7). Uvedené štúdie však sledujú len fyzickú starostlivosť onkologického pacienta o zdravie. Starostlivosť o seba sa nevzťahuje len na udržanie zdravia a života, ale aj zabezpečenie subjektívnej pohody (3). Preto úspešná starostlivosť o seba zahŕňa tak fyzickú, ako aj psychickú podobu pacientom realizovaných stratégií starostlivosti o seba. Psychickej starostlivosti o seba sa, žiaľ, dosiaľ venovala len okrajová pozornosť. Napríklad John (8) na základe individuálnych rozhovorov zistila, že pacienti s rakovinou žalúdka často používali starostlivosť o seba v podobe rozhovorov s blízkymi alebo návštevy podpor-

ných skupín. Potvrďuje to aj Williams et al. (9). Richardsonová, Reamová (10) na základe analýzy denníkov poukazujú na význam relaxácie ako starostlivosti o seba u pacientov s rakovinou.

To nás motivovalo k realizácii štúdie, ktorej hlavným cieľom bolo komplexnejšie objasniť charakter starostlivosti o seba u pacientov trpiacich onkologickým ochorením s dôrazom na jej psychologickú podobu. Okrem toho sme sa pozreli aj na charakter sebaúcty u týchto pacientov. Odborná literatúra (napríklad 11) poukazuje na fakt, že onkologické ochorenie svojou závažnosťou, zmenami a neistou prognózou prispieva k zníženiu sebaúcty. Gulášová (12) dopĺňa, že častou reakciou na chronické ochorenie je pocit menejcnosti. Práve starostlivosť o seba môže pomôcť zvládaniu zdravotných ťažkostí, a tým aj podpore sebaúcty jedinca (13). Preto sme sa zamerali aj na vzťah sebaúcty so starostlivosťou o seba.

Súbor pacientov a metódy

Na výskume sa zúčastnilo 57 pacientov aktuálne trpiacich rôznym onkologickým ochorením. Celkovo na výskume participovalo 25 mužov a 32 žien. Priemerný vek respondentov bol 46,09 roka (SD = 14,93; najmladší pacient mal 23 rokov a najstarší 68). Všetci oslovení pacienti písomne súhlasili s participáciou na výskume, boli jasne oboznámení s jeho cieľom a obsahom.

Na snímanie fyzickej a psychickej starostlivosti o seba sme použili nami vytvorený Dotazník sebaregulácie v oblasti starostlivosti o seba (1). Pozostáva z 36 položiek rozdelených do štyroch faktorov: 1. Osobný rast a rozvoj (tvorený štrnástimi položkami, napríklad: „Snažím sa, aby mal môj život zmysel.“), 2. Zdravý životný štýl (tvorený deviatimi položkami, napríklad: „Snažím sa pravidelne cvičiť, športovať.“), 3. Emocionálna kontrola (tvorený šiestimi položkami, napríklad: „Snažím sa byť pozitívne naladený/á.“) a 4. Fyzická sebakontrola (tvorený siedmimi položkami, napríklad: „Dávam si pozor, aby som sa nezranil.“). Faktor 1 a 3 reprezentuje psychickú a faktor 2 a 4 fyzickú starostlivosť o seba. Úlohou každého respondenta bolo, aby sa na 5-bodovej škále vyjadril, pretože tvrdenia vystihujú jeho realizovanú starostlivosť o seba.

Sebaúcta bola zisťovaná prostredníctvom sebasposudzovacieho dotazníka Self-Esteem Scale (SES) = Škála sebaúcty (14). Do slovenčiny preložili Halama, Bieščad (2). Škála obsahuje 10 položiek (napríklad: „Mám k sebe dobrý vzťah.“), ku ktorým respondent vyjadruje mieru svojho súhlasu na štvorbodovej stupnici s krajnými bodmi „úplne nesúhlasím“ a „úplne súhlasím“.

Výsledky

Pacienti s onkologickým ochorením používajú tak psychickú, ako aj fyzickú starostlivosť o seba. Najviac preferovaná bola však psychická starostlivosť o seba, a to v podobe emocionálnej kontroly (M = 4,34; SD = 0,50) a snahy o osobný rozvoj a rast (M = 4,31; SD = 0,43). Snaha o zdravý životný štýl bola prekvapivo preferovaná najmenej (M = 3,95; SD = 0,73, 9). Pri analýze konkrétnych podôb starostlivosti o seba (tabuľka) sa ako najviac realizovaná ukázala snaha pacientov o životný zmysel (položka 6) a budovanie dobrých vzťahov s druhými ľuďmi (položka 3), snaha o dôveru a lásku od blízkych (položka 19) a snaha o vlastné rozhodovanie (položka 20). Naopak, najmenej sa oslovení pacienti usilovali o zdravé stravovanie (položka 28), a tiež pravidelné cvičenie a športovanie (položka 34).

Priemerná úroveň sebaúcty celého výskumného výberu bola 32,14 (SD = 4,66; min = 10, max = 40). Celkové hrubé skóre do 20 bodov

Tabuľka. Vybrané položky starostlivosti o seba s najvyšším a najnižším priemerom preferencie

Položky s najvyšším priemerom	M (SD)
6. Snažím sa o to, aby mal môj život zmysel	4,79 (0,41)
3. Snažím sa o dobré vzťahy s inými ľuďmi	4,64 (0,48)
19. Snažím sa o to, aby mi ľudia dôverovali, mali ma radi	4,52 (0,68)
20. Snažím sa, aby som sám rozhodoval o svojom živote	4,50 (0,73)
13. Snažím sa žiť v súlade s mojimi zásadami	4,02 (0,93)
Položky s najnižším priemerom	M (SD)
28. Snažím sa zdravo stravovať	2,55 (1,12)
34. Snažím sa pravidelne cvičiť, športovať	2,83 (1,10)
29. Snažím sa žiť zdravo	2,89 (1,10)
36. Starám sa, aby som mal dobrú postavu	3,07 (1,06)
<i>M = priemer, SD = štandardná odchýlka</i>	

(znižená sebaúcta) dosiahlo 12 respondentov. Na základe toho môžeme povedať, že oslovení onkologickí pacienti majú primeranú úroveň celkovej sebaúcty.

Na doplnenie našich zistení sme sa v závere pozreli aj na vzťah sebaúcty s realizovanou starostlivosťou o seba. Použili sme Pearsonov korelačný koeficient pri hladine významnosti $p < 0,05$. Štatisticky významný vzťah sa preukázal len s faktormi psychickej starostlivosti o seba. Výsledky naznačili, že čím viac pacienti preferujú starostlivosť o osobný rast, tým majú vyššiu sebaúctu ($r = 0,340$; $p = 0,02$). Taktiež snaha o kontrolu emócií zvyšuje celkovú sebaúctu jedinca ($r = 0,322$; $p = 0,03$).

Diskusia a záver

Onkologické ochorenie predstavuje pre pacienta významnú náročnú situáciu, ktorá prináša veľké zmeny do jeho života. Účinnosť liečby je determinovaná tak primeranou terapiou indikovanou lekárom, ako aj samotnou starostlivosťou o seba realizovanou individuálne pacientom. Od pacienta sa očakáva aktívna spolupráca a dodržiavanie lekárskeho odporúčania, ktoré sa týkajú užívania predpísaných liekov a aj úpravy životosprávy (15). Napriek tomu výsledky ukázali, že starostlivosť o seba v podobe snáh o zdravé stravovanie a zdravý životný štýl nebola pre pacientov prioritná.

Oslovení respondenti preferovali psychickú starostlivosť o seba, a to v podobe emocionálnej kontroly. Sprievodným javom onkologického ochorenia sú emocionálne zmeny. Pacient prežíva zvýšené negatívne emócie, zvyšuje sa jeho citlivosť (12). Preto snahy respondentov o dobrú náladu alebo potláčanie pesimizmu sú dobrým signálom, pretože pomáhajú zvládaniu ochorenia, a tým aj samotnej liečbe. Pacienti nechávajú fyzickú stránku starostlivosti na lekárov a snažia sa akoby zachrániť to zdravé, snažia sa byť optimistickí (16). Podobne bola preferovaná starostli-

vosť o osobný rast a snaha o budovanie dobrých vzťahov s blízkymi. Práve podpora a pochopenie od blízkych môže trpiacemu pacientovi skvalitniť priebeh liečby (9, 17). Napriek ochoreniu a ťažkostiam sa respondenti snažia o životný zmysel, rozhodovať o svojom živote a pokúšajú sa o to, aby to, čo robia, bolo v súlade s ich zásadami. Tým odkláňajú pozornosť od zdravotných ťažkostí na zameranie sa na budúce ciele, čo tvorí nenahraditeľný podporný prvok uzdravenia (18).

Celková úroveň sebaúcty onkologických pacientov dosiahla uspokojivé priemerné hodnoty. Vyššia sebaúcta stredne silne, pozitívne, signifikantne korelovala so starostlivosťou o osobný rast, a tiež snahou o emocionálnu kontrolu. Práve snaha o osobný rast a ciele, napriek ťažkostiam má kladný dosah na psychiku pacienta (12).

Realizovaným výskumom sme chceli poukázať na význam starostlivosti o seba pri onkologickom ochorení. Predovšetkým sme chceli upozorniť na dôležitosť psychickej starostlivosti o seba, ktorá vystupuje ako nevyhnutný doplnok k fyzickej starostlivosťi. Dokonca sme zistili, že u pacientov bola psychická starostlivosť o seba viac preferovaná. Veľkosť výskumného súboru nám nedovoľuje zovšeobecňovať naše zistenia, avšak napriek tomu ich pokladáme za hodnotné. Veríme, že sa stanú podnetom na nový pohľad odborníkov na liečbu onkologického ochorenia. V budúcnosti by bolo určite zaujímavé a prínosné zaoberať sa uvedenou problematikou na väčšej vzorke a sledovať aj zmenu starostlivosti pacienta o seba v závislosti od lekárskej intervencie i samostatne v rámci konkrétnych onkologických ochorení.

Grantová podpora: VEGA 1/1258/12 (Psychologické kontexty starostlivosti o seba).

Literatúra

1. Vavricova M, Lovaš L. Self-regulation in the sphere of self-care. In: Kossowska M, et al., ed. *Motivation in Social Context*. Krakow: Jagiellonian University in Krakow; 2013: 32–33.

2. Halama P, Bieščad M. Psychometrická analýza Rosenbergovej škály sebahodnotenia s použitím metód klasickej teórie testov (CTT) a teórie odpovede na položku (IRT). *Česko-slovenská psychológia*. 2006;6(6):569–583.
3. Orem DE. *Nursing concepts of practice*. St. Louis: Mosby Year Book; 1995.
4. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*. 2012;35(3):194–204.
5. Hinds PS, Quargnenti A, Bush AJ, et al. An evaluation of the impact of a self-care coping intervention on psychological and clinical outcomes in adolescents with newly diagnosed cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2000;4(1):6–17.
6. Landers M, McCarthy G, Livingstone G, et al. Patients' bowel symptom experiences and self-care strategies following sphincter-saving surgery for rectal cancer. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;23:2343–2354.
7. Seegers C, Walker BL, Nail LM, et al. Self-care and breast cancer recovery. *Cancer Practice*. 1998;6(6):339–345.
8. John LD. Self-Care Strategies Used by Patients With Lung Cancer to Promote Quality of Life. *Oncology Nursing Forum*. 2010;37(3):339–347.
9. Williams PD, Piamjariyakul U, Ducey K, et al. Cancer Treatment, Symptom Monitoring, and Self-care in Adults. *Cancer Nursing*. 2006;29(5):347–355.
10. Richardson A, Reamb EK. Self-care behaviours initiated by chemotherapy patients in response to fatigue. *J. Nurs. Stud*. 1997;34(1):35–43.
11. Bartoces M, Severson RK, Rusin BA, et al. Quality of Life and Self-Esteem of Long-Term Survivors of Invasive and Noninvasive Cervical Cancer. *Journal of Women's Health*. 2009;18(5):655–661.
12. Gulašova I. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin: Osveta; 2009.
13. Wong JC, Payne AY, Mah K, et al. Negative cancer stereotypes and disease-specific self-concept in head and neck cancer. *Psycho-Oncology*. 2013;22(5):1055–1063.
14. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
15. Lev EL, Paul D, Owen SV. Age, Self-efficacy, and Change in Patients' Adjustment to Cancer. *Cancer Practise*. 1999;7(4):170–176.
16. Christianson HF, Weis JM, Fouad NA. Cognitive Adaptation Theory and Quality of Life in Late-Stage Cancer Patients. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2013;31(3):266–281.
17. Martuliak I. Možnosti liečby bolesti chrbta – 2. časť. *Via practica*. 2009;6(3):124–126.
18. Frankl V. *Napriek všetkému povedať životu áno*. Bratislava: Slovenský spisovateľ; 1997.

Mgr. Monika Hricová, PhD.

Katedra psychológie, Filozofická fakulta
Univerzita P. J. Šafárika
Moyzesova 9, 040 59 Košice
vavricova.monika@gmail.com

Hodnocení dodržování režimových opatření u pacientů po alogenní transplantaci

PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D.

Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav ošetřovatelství

Autorka se v průzkumné práci zabývá hodnocením dodržování režimových opatření u nemocných po transplantaci kostní dřeně, mapuje oblasti týkající se režimových opatření a zda jsou respondenti dostatečně informováni o jejich dodržování.

Klíčová slova: transplantace kostní dřeně, krvetvorné buňky, režimová opatření, dieta, edukace, informovanost.

Evaluation of treatment regimen compliance in patients after allogeneic transplantation

In the present paper, the author deals with the evaluation of treatment regimen compliance in patients after allogeneic bone marrow transplants. Further, selected areas of the treatment regimen and the level of compliance-specific information available to patients are discussed.

Key words: bone marrow transplant, haematopoietic cells, treatment regimen, diet, education, level of information.

Paliat. med. liec. boles., 2015; 8(1e): e35–e37

Úvod

Transplantace krvetvorných buněk je specifickou léčebnou metodou užívanou nejen v terapii hematologických onemocnění, ale i v terapii solidních nádorů a v neposlední řadě i v terapii nenádorových onemocnění. Podobně jako jiné léčebné metody transplantace krvetvorných buněk ovlivňuje další průběh onemocnění a tím i kvalitu života nemocného.

Alogenní transplantace jde o převod krvetvorné tkáně získané od zdravého dárce. Je-li dárce HLA identický sourozenec, jde o alogenní příbuznou transplantaci. Pokud je dárce po stránce HLA vhodný nepříbuzný člověk, jde o alogenní nepříbuznou transplantaci. U alogenní transplantace nespočívá léčebný efekt jen ve vysokodávkované terapii, ale i v tzv. efektu štěpu proti nádorovému onemocnění. Nemocným před alogenní transplantací je aplikována chemoterapie nebo radioterapie. Ta nemusí být vysoko dávkována. Cílem těchto terapií je vytvořit podmínky v kostní dřeni, aby se v ní uchytily krevní buňky dárce. Cílem chemoterapie není odstranění všech zhoubných buněk. Imunitní buňky dárce, vznikající v kostní dřeni po transplantaci, rozpoznají a zahubí zhoubné buňky nemocného příjemce (Doubek, M., 2006).

K alogenní transplantaci jsou především indikováni nemocní s chronickou myeloidní leukemií. S postupujícím poznáním onkologických onemocnění a s vývojem nových protinádorových léků se indikační seznam mění (Doubek, M., 2006).

Samotná transplantace kostní dřeně se provádí velmi jednoduše. Krvetvorné buňky se aplikují do centrální žíly, jako když se podává

transfúze. Před transplantací se nemocnému aplikuje chemoterapie anebo celotělové ozáření, aby se zničila nemocná kostní dřeň, anebo se v kostní dřeni udělalo místo pro uchycení krvetvorby (Doubek, M., 2006).

Transplantace se provádí pouze na specializovaných pracovištích. Komplikace po transplantaci krvetvorných buněk mohou nastat. Často se vyskytují infekce, krvácení nebo tzv. nemoc štěpu proti hostiteli. Aby se riziko infekce eliminovalo na minimum, jsou nemocní po transplantaci hospitalizováni na sterilním pokoji. K pozdním komplikacím patří endokrinní poruchy, včetně poruch plodnosti, vznik sekundárních zhoubných onemocnění, poruchy tvorby slz, slin, vznik katarakty, u dětí poruchy růstu (Doubek, M., 2006).

Důležitá je příprava nemocného k transplantaci, vlastní ošetřovatelská péče o nemocného po transplantaci. Součástí léčby je i dodržování režimových opatření po transplantaci a s tím související edukace.

Edukace nemocného po transplantaci kostní dřeně a krvetvorných buněk v oblasti výživy

Edukace je učební proces, kdy chceme dosáhnout změny kvality života u vzdělaného jedince. Jednoduše jej chceme naučit, jak se má vyrovnat s nově vzniklou situací, která právě nastala. Edukace v sobě zahrnuje dva pojmy: výchovu a vzdělávání. Výchova má jasně stanovený cíl, jasně vymezené učivo, metody a jejich alternativy pro specifické případy klientů a systém kontroly. Vzdělávání můžeme definovat jako

učební jednotku, v ní probíhá činnost směřující k cíli. Stanovený cíl by měl být formulován jasně, srozumitelně a jednoznačně. V terapeutické edukaci dochází k předávání znalostí, praktických dovedností a směřuje k vytváření přiměřených postojů edukovaného člověka.

Příjem tekutin a potravy patří k základním potřebám člověka. Stravováním dostává naše tělo dostatek živin, stavebních materiálů i zdrojů energie. K tomu, aby se člověk dobře stravoval, je třeba, aby strava byla vyvážená. Měla by obsahovat 50 – 55 % sacharidů, 18 – 20 % bílkovin, 30 – 35 % tuků, minerální látky a vitamíny. Strava podávaná nemocným během hospitalizace musí být energeticky hodnotná, chutná, teplá, pestrá, esteticky upravená, nezávadná z hlediska mikrobiologického a estetického. Je prokázáno, že onkologicky nemocní pacienti mají špatný stav výživy a to působí negativně na protinádorovou léčbu, snižuje toleranci chemoterapie a radioterapie. Nejčastější důvody vzniku podvýživy jsou: vlastní nádorové onemocnění, vedlejší účinky protinádorové léčby a chronické potíže. Obecná doporučení pro onkologicky nemocné:

- Dieta má obsahovat energeticky bohaté potraviny, např. plnotučné mléko, plnotučné sýry, máslo.
- Je-li to možné, doporučíme pacientovi krátkou procházku na čerstvém vzduchu v době přípravy oběda.
- Stravu může pacient doplnit popíjením (sipping) tekuté umělé výživy, např. Nutridrink, Fresubin.
- V době probíhající chemoterapie je vhodné zcela vypustit oblíbená jídla pacienta, často k nim vzniká odpor.

■ Je vhodné jíst malé porce jídla, několikrát během dne. Lepší je servírovat na talíř menší porce jídla.

■ Během jídla není vhodné mluvit o váhových úbytcích či přírůstcích pacienta ani o základních pravidlech stravování.

Po transplantaci trvá organismu 12 – 18 měsíců, než se při nekomplikovaném průběhu plně obnoví imunitní systém pacienta. Proto je vhodné pacienty edukovat o nízkobakteriální dietě, kterou by měli po tuto dobu dodržovat. Pacienti by měli dbát na správné skladování potravin, potraviny neuchovávat v neprodyšných igelitových či mikrotenových sáčcích, toto prostředí podporuje nárust plísní. Pacienti nesmí konzumovat potraviny s prošlou záruční lhůtou a potraviny s porušeným obalem. Ovoce a zeleninu vždy před jídlem dobře umýt a oloupat. Před jídlem by si vždy měli umýt ruce a příbor. Strava musí být dobře tepelně upravená a jídlo konzumováno ihned po přípravě.

Povolené potraviny:

- Mléčné výrobky – plátkový sýr ve vakuovém balení, tavené sýry, mléko UHT, smetana UHT, pudink UHT
- Maso, ryby – dobře tepelně upravené
- Uzeniny, masné výrobky – tepelně zpracované, dietní uzeniny, paštika, konzervovaná šunka
- Vejce – pouze tepelně upravené a jen výjimečně
- Tuky – máslo, margaríny skladované v lednici a kvalitní oleje
- Pečivo – čerstvé po termodezinfekci a zásadně pečivo neskladovat v igelitových obalech (nebezpečí plísně)
- Ovoce – kompotované, džemy, čerstvé ovoce jen pokud je lze oloupat (např. banán, mandarinky)
- Zelenina – musí být tepelně upravená nebo sterilovaná
- Nápoje – konzervované džusy, balená voda, minerální balené vody, tepelně zpracované nápoje, instantní káva s použitím převařené vody
- Pochutiny a ostatní potraviny – sušenky, piškoty suché moučníky (např. bábovka), tvrdé bonbony, vše v nepoškozeném obalu nebo po termodezinfekci
- Koření – lze používat koření běžně přidávané do jídla při vaření

Nevhodné potraviny:

- Mléčné výrobky – čerstvé mléko, kefír, acidofilní mléko, plísňové nebo zrající sýry, krájený

sýr, podmáslí, mléčné výrobky obohacené živými bakteriemi

- Maso – sušené, syrové, studené polotovary (například sekaná, hamburger)
- Uzeniny – krájené salámy, salámy s plísní na obalu, tlačinka
- Ryby – sušené nebo syrové ryby a mořské plody, marinované ryby a uzené ryby
- Vejce – syrová, vejce vařené na měkko, volské oko, míchaná vejce
- Tuky – domácí majonézy, dresinky, kysaná smetana, máslové krémy, pomazánky
- Pečivo – pečivo s obsahem semen (slunečnice, sezam, len, mák)
- Ovoce – čerstvé ovoce, které nelze oloupat, sušené ovoce
- Zelenina – syrová (česnek, cibule, celer, zeleninové saláty, kvašené zelí), zelenina konzervovaná kvašením
- Nápoje – připravované z nepřevařené vody, voda z vodovodu, alkohol, nápoje s vysokým obsahem CO₂, nepasterizované ovocné šťávy
- Pochutiny a ostatní potraviny – sušenky plněné krémem, zmrzlina v kornoutku, plněné bonbony, obložené chlebičky, saláty s majonézou, nepasterizovaný med
- Koření – nepřidávat do hotového jídla.
Dostatek vody je pro člověka nesmírně důležitý, voda představuje 60 % hmotnosti člověka. V důsledku nedostatku tekutin vzniká mnoho zdravotních potíží, proto je velmi důležité vypít během léčby alespoň tři litry tekutin za den.
Po transplantaci dochází k dlouhodobému útlumu obranyschopnosti organismu, který je ještě prohlouben imunosupresivní léčbou. Z tohoto důvodu by měli nemocní dodržovat jistá opatření:
- Vyhnout se kontaktu s infekčně nemocnými, kdokoli s kým pacient přijde do kontaktu, by neměl mít teplotu nebo projevy infekčního onemocnění (rýma, kašel, opar).
- Pacient může chodit ven, ale měl by se vyvarovat prochladnutí, pobytu ve vlhkém, prašném či jinak znečištěném prostředí. Neměl by se pohybovat ani v místech s velkým počtem lidí (kino, supermarkety...).
- Pacienti neuklízí, ani by se neměli zdržovat v místnostech, kde se uklízí. Pokoj po úklidu vždy vyvětrejte, až potom do něj může nemocný vstoupit.
- Pacient si má po každém kontaktu se zvířetem pořádně umýt ruce a péči o domácí mazlíčky by měl přenechat někomu jinému v rodině.
- Při práci na zahrádce má pacient používat rukavice a nesmí pracovat s kompostem.

■ Po použití toalety, po příchodu z veřejných prostor a po jakékoli činnosti s penězi si musí nemocný vždy důkladně umýt ruce.

■ Pacienta je vhodné poučit o zvýšené hygieně. K dalším režimovým opatřením patří například používání ochranných pomůcek např. při práci na zahrádce obléknout rukavice, omýt si ruce při kontaktu se zvířetem, (v prvních šesti měsících se zakazuje jakýkoliv kontakt se zvířetem) při pobytu venku používat ústenku. Tyto opatření je vhodné dodržovat zejména prvních 6 měsíců po transplantaci.

Pacientovi je nutné zdůraznit, že při komplikacích (kožní změny, horečky, krvácení, trávicí obtíže), zejména v prvních týdnech ambulantní péče, je třeba kontaktovat lékaře hematonekologické kliniky, aby nedošlo k zanedbání závažného stavu.

Cíl práce

1. Zjistit, zda pacienti dodržují režimová opatření po transplantaci
2. Zjistit, zda byli dostatečně edukováni v rámci dodržování režimových opatření

Metodika

K získání informací, které jsou důležité pro zjištění změny kvality života pacientů po alogenní transplantaci kostní dřeně a transplantaci krvetvorných buněk, byla zvolena metoda anonymního dotazníkového šetření. Dotazníky byly distribuovány v odborné ambulanci hematonekologické kliniky.

Statistické zpracování

Získaná data byla ukládána do databáze vytvořené v programu Microsoft Excel a jsou vyjádřena v absolutní a relativní četnosti.

Charakteristika sledovaného souboru

Celkem bylo distribuováno 25 dotazníků. Návratnost byla 96 % (24 hodnotitelných dotazníků). Z celkového počtu 24 respondentů se šetření zúčastnilo 12 mužů a 12 žen.

Výsledky a diskuze

Respondenti jsou ve věku 25 až 63 let. Pro snadnější vyhodnocení bylo vytvořeno 5 věkových kategorií: od 20 do 30 let, od 31 do 40 let, od 41 do 50 let, od 51 do 60 let, od 61 do 70 let. 6 respondentů (25 %) je ve věkové kategorii 20 – 30 let, 5 respondentů (20,8 %) spadá do věkové kategorie 31 – 40 let, do věkové kategorie 41 – 50 let patří 4 respondenti (16,7 %), věková kategorie 51 – 60 let je u 7 respondentů (29,2 %)

a do poslední věkové kategorie 61 – 70 let patří 2 respondenti (8,3 %).

Respondenti byli po transplantaci od 1 měsíce do 7 let. Pro snadnější vyhodnocení byly vytvořeny 2 skupiny nemocných: První skupinu tvořili nemocní po transplantaci do 12 měsíců, druhou skupinu tvořili respondenti, kteří byli po transplantaci déle jak 12 měsíců. Z celkového počtu 24 respondentů (100 %) je 11 respondentů (45,8 %) po transplantaci do 12 měsíců a 13 respondentů (54,2 %) po transplantaci déle jak 12 měsíců.

Základní otázkou bylo zjistit množství přijatých tekutin za den. Méně než 1,5 l tekutin za den vypijí 3 respondenti (12,5 %) a 21 respondentů (87,5 %) vypije během dne více jak 1,5 l tekutin. Dále bylo zjišťováno, zda respondenti vědí, jak mají být zpracované potraviny, které jí? Nejvíce respondentů 23 (95,8 %) uvedlo, že potraviny mají být vařené nebo pečené a 1 respondent (4,2%) uvedl že mají být smažené. Konzervované a tepelně neupravené potraviny respondenti nekonzumují. V oblasti výběru potravin uvedli respondenti jako nevhodné: Čerstvé mléko, kefir, zrající nebo plísňové sýry uvedlo 16 respondentů (66,7 %), 5 respondentů (45,8 %) označilo paštiku a dietní uzeniny. 11 respondentů uvedlo sušené ovoce, ořechy, mandle a 18 respondentů (75 %) zvolilo čtvrtou odpověď: obložené chlebíčky, zmrzlina v kornoutku, plněné bonbony. Z nabízených odpovědí nemocní uměli vybrat nevhodné potraviny částečně, i když odpovídali nemocní, kteří jsou delší dobu po transplantaci a dodržování dietních opatření není tak striktní. V případě alogenní transplantace se doporučuje dodržovat dietu alespoň 6 měsíců po transplantaci.

S dodržováním režimových opatření týkajících se jídla odpovědělo 6 respondentů (25 %), že dodržovat režimová tato opatření je pro ně obtížné a pro 18 respondentů (75 %) to není těžké. Dále bylo zjišťováno, zda se cítí být omezení při dodržování režimových opatření. Z celkového počtu 24 (100 %) dotazovaných se cítí být 2 respondenti (8,3 %) omezení dodržováním léčebných režimových opatření. 22 respondentů (91,7 %) se necítí být omežováno dodržováním léčebných režimových opatření. K dalším režimovým opatřením patří používání ochranných pomůcek. Na dotaz, zda respondenti používají při práci na zahrádce a jiné špinavé činnosti ochranné pomůcky, odpovědělo 14 respondentů (58,3 %) ano. Dalších 8 respondentů (33,3%) uvedlo, že ochranné pomůcky používají, ale občas zapomenou. Celkem 2 respondenti (8,3 %) nepoužívají při práci ochranné pomůcky.

Narušila režimová opatření po transplantaci Vaše každodenní aktivity?

Dále nás zajímalo, zda režimová opatření narušila každodenní aktivity respondentů, odpovědělo 16 respondentů (66,7 %) ano, 3 respondenti (12,5 %) ne a 5 respondentů (20,8 %) spíše ne.

Přísný režim musí dodržovat nemocní od nepříbuzného dárce po dobu jednoho roku. S každým nemocným před propuštěním do domácího léčení je potřeba individuálně a detailně probrat domácí izolační režim. Jediněc i nadále nesmí do kolektivu, navštěvovat hromadná zařízení, jezdit městskou hromadnou dopravou apod. Při pobytu venku nebo v cizím prostředí se pohybuje v roušce. Edukujeme, že nesmí pobývat na přímém slunci, musí nosit sluneční brýle s UV filtrem a pokožku si chránit krémem s vysokým ochranným faktorem. Nesmí přijít do přímého styku s domácími mazlíčky. Úklid domácnosti je častější a důkladnější, používají se běžné čisticí prostředky. K lékaři používá automobil nebo sanitní vůz. Používání hromadných dopravních prostředků je zakázáno.

Dále nás zajímalo, zda nemocní se cítili dostatečně informováni o dodržování režimových opatření. Z celkového počtu 24 respondentů bylo dostatečně informováno všech 24 respondentů (100 %).

Nejčastěji informace získali od lékaře, kdy bylo informováno 23 respondentů (95,8 %). Další doplňující informace podala sestra u 8 respondentů (33,3 %) a 3 respondenti (12,5 %) uvedly, že informace hledali v knize a na internetu. U této položky mohli respondenti zahrnout více položek. Překvapivě je, že na edukaci a informovanosti se podílí sestra u 33 % respondentů, přičemž edukovat nemocné je jednou z kompetencí sestry.

V současné době mají centra, která se problematikou transplantací kostní dřeně zabývají, na svých webových stránkách mnoho užitečných odkazů a rad nejen pro nemocné, ale i jejich příbuzné.

Průzkumné šetření má svá omezení, potěšující je, že v souboru jsou zařazeni nemocní několik let po úspěšné transplantaci a nadále dodržují doporučená režimová opatření. Přestože je transplantace krevetvorných buněk pro pacienty velmi fyzicky i psychicky náročná zachovává jejich kvalitu života na velmi dobré úrovni (Vojáček, 2005).

Závěr

Dodržování režimových opatření je součástí léčebného režimu. Problematika dodržování diety je v současné době stále aktuální. První zmínky o nízkomikrobiální dietě vznikly v 80. letech, avšak dosud nebyly stanoveny žádné směrnice

pro dodržování sterilní diety a její účinek není zcela potvrzen. Jsou realizovány studie, které by účinek diety potvrdily nebo vyvrátily. I přesto je tato dieta hojně využívána po celém světě, i když nejsou stanovena přesná pravidla, která by vymezila potraviny, které mohou a nemohou být konzumovány. Dá se říci, že každá nemocnice nebo zdravotní středisko si stanovila své vlastní požadavky a omezení. Liší se také kritéria, která by vymezila, kdy začít dietu dodržovat a kdy je možné od daných omezení upustit (Mank, A.). Protože ale přibývá nejen onkologických pacientů, ale i pacientů užívajících imunosupresivní léky nebo mající sníženou imunitu z různých příčin (např. s autoimunitními chorobami, AIDS), měla by být stanovena pevná kritéria, která by nízkomikrobiální dietu vymezovala.

Nutriční terapeut ve spolupráci s lékařem a sestrou by měli edukovat o vhodných potravinách a být nápomocni při sestavení jídelníčku. Dodržování nízkomikrobiální diety je dlouhodobou záležitostí a je vhodná i u dalších nemocných, např. „neonkologických“ pacientů, u kterých je snížená imunita otázkou celoživotní.

Je třeba si uvědomit, že transplantace krevetvorných buněk pro některé pacienty znamená jedinou možnost, jak se vyléčit. K úspěšnému vyléčení je potřeba aktivního přístupu nemocného a podpora rodina. Nemocný se musí naučit žít se svou chorobou a s omezením, která mu přináší.

Literatura

1. Černá M. Hodnocení kvality života u pacientů po alogenní transplantaci kostní dřeně a krevetvorných buněk s nádorovým onemocněním krve. Bakalářská práce. Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav ošetřovatelství, 2010.
2. Doubek M. Transplantace krevetvorných buněk. In: Vorlíček J., Abrahámová, J., Vorlíčková, H. a kol.: *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. 328 s.
3. Vorlíček J, Abrahámová J, Vorlíčková H, a kol.: *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. 328 s.
4. Komprda T. *Obecná hygiena potravin*. 1.vyd. Brno: Mendelova zemědělská a lesnická univerzita, 2004. 148 s.
5. Mank AP, Davies M. Examining low bacterial dietary practice: A survey on low bacterial food. *European Journal of Oncology Nursing*. 2008;12(4):342–348.
6. Slováček L, Slováčková B, Jebavý L. Kvalita života nemocných po transplantaci krevetvorných buněk na oddělení klinické hematologie II. Interní kliniky FN Hradec Králové. *Vojenská listy*. 2005;74(5-6):78–180.
7. Doporučení výživy pro nemocné s potlačenou imunitou [online]. Dostupné z http://www.onko.cz/_pub/publikace/vyziva-imunita.doc [cit. 30. 9. 2014]

PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D.

Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik
Ústav ošetřovatelství
Hauerova 4, 746 01 Opava
jana.haluzikova@fvsp.slu.cz

Postmoderná spoločnosť ako téma V. bienále hospicovej starostlivosti v Martine

Prof. MUDr. Katarína Adamicová, PhD., MUDr. Alena Mažgútová, PhD., doc. MUDr. Želmíra Fetisovová, PhD.
Hospice, o. z., Martin, Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav patologickej anatómie

Paliat. med. liec. boles., 2015; 8(1e): e38–e39

V prvý piatok septembra 2014 sa konalo na pôde Jesseniovej lekárskej fakulty v Martine V. bienále hospicovej starostlivosti. Toto malé jubileum bolo prevažne venované téme, ktorá ovplyvňuje tak celú spoločnosť, ako aj zdravotníctvo vrátane starostlivosti o terminálne chorých pacientov. Postmoderna totiž výrazne ovplyvňuje možnosti a spôsoby nazerania aj na aktivity v hospicovej starostlivosti, preto jej organizátori venovali primeranú pozornosť.

Konferencia pozostávala z troch blokov prednášok: prvý blok prednášok otvorila Katarína Adamicová s témou: Niekoľko myšlienok o zdravotníctve v postmodernej spoločnosti. Spolu so spoluautorkami Želmírou Fetisovovou a Alenou Mažgútovou sa pokúsila vysvetliť odlišnosti obsahu pojmov – premoderná, moderná a postmoderná medicína, ako aj bioetické pramene starostlivosti o terminálne chorého pacienta. Na objasnenie týchto pojmov z pohľadu medicíny označili postupný prechod od kresťanského antropocentrického modelu k jeho sekulárnej línii prejavujúcej sa individualizmom, redukcionizmom a orientáciou zameranou na individuálny výkon. Pri starostlivosti o terminálnych pacientov, vzhľadom na spoločenské tabu smrti, zlyhávajú tak rodiny, ako aj spoločnosť a často aj zdravotníci. Dotkli sa aj problému adekvátnej starostlivosti, ktorá má miesto niekde medzi „úpornou terapiou“ a opustením pacienta, teda v povinnosti pokračovať v riadnej paliatívnej a symptomatickej liečbe.

Pracovníčky Ústavu LF OU a FN v Ostrave Ilona Plevová, Kateřina Platková sa zamerali na tému **Postoj sestier a študentov ošetrovatelstvá k eutanázii**, v ktorej zazneli zaujímavé výsledky získané na základe dotazníkov vyplnených sestrami a študentmi ošetrovatelstva. Zo záverov vyplynulo, že dotazníky bolo možné rozdeliť do dvoch skupín: do skupiny od respondentov, ktorí s eutanáziou súhlasia a ktorí by boli ochotní podporiť legalizáciu eutanázie v Českej republike, a do skupiny od respondentov, ktorí s eutanáziou nesúhlasia a legislatívu by nepodporili. Bolo zaujímavé, že tieto skupiny nekorelovali s vierou ani so vzdelaním respondentov, čo súvisí najskôr s menej početnými súbormi.

Časť auditória konferencie



Tretia prednáška prezentovala závery výskumu pracovníkov FZ TUAD v Trenčíne. Mariana Mišíňová, Štefan Krajčík a Vladimír Meluš sa venovali téme: **Pripravenosť na starostlivosť o terminálne chorých pacientov z pohľadu sestier**. Štúdia potvrdila pracovnú hypotézu, že sestry s dlhšou praxou pracujúce na klinických pracoviskách s častejším kontaktom so smrťou pacientov sú lepšie pripravené na starostlivosť o terminálnych pacientov ako ich kolegyne v odboroch, v ktorých sa úmrtia nevyskytujú často. Potvrdila sa aj druhá hypotéza, podľa ktorej sestry s dlhšou praxou a vyšším vzdelaním hodnotili svoju schopnosť postarať sa o pacientov *ante finem* lepšie ako sestry s kratšou praxou a nižším vzdelaním.

Po prestávke a po občerstvení sa začal blok ďalších prednášok. Program vyplnili pracovníčky Dermatovenerologickej kliniky UK v Bratislave a JLF v Martine a UN v Martine a pedagogičky z Ústavu pôrodnej asistencie UK v Bratislave JLF v Martine. Ako prvá predstavila výsledky práce Ľudmila Záborská, ktorá kompetentným spôsobom vysvetlila **dermatologické posudzovanie patologických kožných prejavov u terminálnych pacientov**. Vymenovala problémy stareckej kože aj kože s možnými nežiaducimi prejavmi

po liečbe, najčastejšie kožné diagnózy u týchto pacientov, ako aj spôsob lokálnej a systémovej terapie pri zvládaní často rozsiahlych úporných a bolestivých kožných prejavov choroby. Detaily terapie a jej **komplikácie pri bulózných ochoreniach kože a chronických ranách** detailne rozobrali Zuzana Kalabová a Blanka Fafráková tiež z uvedenej dermatovenerologickej kliniky. V súčasnosti zdôrazňovanú tému s významným dosahom na výskyt nozokomiálnych nákaz v zdravotníckych zariadeniach pútavo podala odborníčka z Ústavu pôrodnej asistencie UK v Bratislave a JLF v Martine Simona Kelčíková. Jej prednáška **Hygiena rúk a jej aspekty v hospicových zariadeniach** podnietila účastníkov k sebareflexii a znovu zopakovaní si šiestich štandardných postupov pri umývaní rúk, ako aj vhodnosť používania jednotlivých prostriedkov pri udržiavaní bezpečnej dezinfekcie rúk. Autorka zdôraznila dva faktory, a to že dôsledná hygiena rúk je najdôležitejšie profylaktické opatrenie a zároveň najlacnejší spôsob prevencie infekcie aj šírenia antimikrobiálnej rezistencie.

Po obednej prestávke upútala pozornosť skupina autorov pod vedením Aleny Mažgútovej, s názvom práce zvyšujúcim záujem auditória: **Compliance-noncompliance**. Na kazuistick-

kom prípade zdôraznila, že „noncompliance“, teda nespolupráca pacienta s odporúčaniami lekára, nie je vždy iba problémom osobnosti pacienta, ale môže byť aj dôsledkom postmoderného vplyvu na environment, teda následok hromadenia materiálneho a finančného zisku na základe radikálneho hedonizmu a praktikovania individuálneho egoizmu, čo sa môže prejavovať aj úpadkom až rozpadom hodnôt, nedostatočnou zdravotníckou, ale najmä sociálnou starostlivosťou o pacientov, ktorí trpia nedostatkom finančných prostriedkov a neschopnosťou samoopatrovania. V prednáške autorka zdôraznila potrebu komplexného pohľadu aj na chudobného a osamelého terminálneho pacienta.

Program pokračoval prednáškou s výsledkami záverečnej práce Mgr. Anny Stankovej **Pozícia sociálneho pracovníka v hospici.** Autorka pracovala metódou dotazníkových otázok, ktoré rozposlala pracovníkom hospicových zariadení. Zistovala pozíciu sociálneho pracovníka v starostlivosti o terminálneho pacienta z pohľadu pacienta, jeho rodiny či blízkych, dobrovoľníkov a hospicových pracovníkov. Na 22 otázok odpovedalo 76 respondentov. Z pestrého spektra odpovedí sa zistilo, že 84 % respondentov cíti potrebu účinkovania sociálneho pracovníka v hospici, 12 % respondentov sa nevedelo vyjadriť a iba 4 % respondentov nevideli význam zastúpenia tohto odboru v hospicovom tíme. Z práce vyplynulo 10 odporúčaní pre prax. Najdôležitejšie z pohľadu sociálneho pracovníka boli tieto dva: na zabezpečenie a poskytovanie kvalitnejšej sociálnej starostlivosti pacientovi a rodine by bolo potrebné, aby každé zariadenie malo sociálneho pracovníka, ako to určuje

aj Koncepcia z roku 2006, a dať väčší priestor sociálnemu pracovníkovi v jeho priamej práci s pacientom a s rodinou na uspokojovanie ich potrieb.

Ďalšia prednáška vychádzala z klinickej praxe. Mária Zibolenová so spoluautormi z Kliniky stomatológie a maxilofaciálnej chirurgie UK JLF a UN v Martine prezentovala poznatky o **ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s malígnym ochorením v ústnej a tvárový-čelustnej oblasti.** Ošetrovateľská pozornosť pri týchto malígnych ochoreniach je zameraná najmä na hygienickú starostlivosť o ústnu dutinu, bolesť, dýchanie a komunikáciu. Autori prednášku dokumentovali množstvom názorných obrázkov a schém, ktoré výstižne dopĺňali tému.

V poslednej prednáške dňa vystúpil dobrovoľník Peter Krajniak, pracujúci pod Duchovnou správou UN v Martine, v ktorej živým a pútavým spôsobom objasnil rolu dobrovoľníckej práce pri starostlivosti o terminálneho pacienta. Do téz zahrnul aj reminiscencie na vlastné ochorenie, na jeho liečbu a prekonanie, čo pre neho bolo zdrojom energie, sily a motivácie na službu iným pacientom v nemocnici, ktorú vykonáva pravidelne niekoľko hodín týždenne. Silným emočným dojmom pôsobili aj príklady reakcií terminálnych pacientov a najmä ich posilňovanie aj spirituálnej časti osobnosti.

Panelovú diskusiu, ktorá sa týkala všetkých prednesených tém a nastolených problémov, viedla prof. MUDr. Katarína Adamicová, PhD., doc. MUDr. Želmíra Fetisovová, PhD., MUDr. Alena Mažgútová, PhD., doc. MUDr. Dagmar Statelová, CSc., a PhD. Simona Kelčíková, PhD. Diskutovalo sa najmä o témach týkajúcich sa

problematiky presahov postmoderných hodnôt do zdravotníctva, sociálnej pomoci a sprevádzajúcich i opatrovateľských činností. Ďalšími témami boli: porovnávanie starostlivosti o terminálnych pacientov v zahraničí a na Slovensku, smerovanie hospicovej starostlivosti v našich zariadeniach a domovoch. Veľký záujem vzbudili problémy z praxe korelujúce s prednesenými témami, najmä týkajúce sa psychiatrických problémov terminálnych pacientov, ošetrovania kože, ústnej dutiny, hygieny rúk, hygieny pacientov a ďalšie. Pochopiteľne, veľa názorov padlo aj na otázky eutanázie, na význam dotazníkových akcií, na skúsenosti a vek respondentov na tieto otázky. Účastníci prevažnou väčšinou zastávali názor, že eutanázia v našich podmienkach by sa zneužívala, navrhované komisie pre eutanáziu by ťažko našli serióznych členov a že úloha lekárov je zachraňovať zdravie a život a nie ich ukončovať.

Na záver konferencie účastníci dostali certifikáty s udelenými bodmi SACCME. Aktívni účastníci sa zaviazali do dvoch týždňov poslať príspevky konferencie *in extenso* na publikovanie v pripravovanom recenzovanom zborníku z prebehnutého V. konferencie, ktorý usporiadateľ HOSPICE, o. z. v Martine a HOSPICE-EDU, o. z. v Martine vydá, tak ako po každom z predchádzajúcich bienále hospicových konferencií v Martine.

Prof. MUDr. Katarína Adamicová, PhD.

Hospice, o. z., Ústav patologickej

anatómie JLF UK

Kollárova 2, 036 59 Martin

katarina.adamicova@jfmmed.uniba.sk

Recenzia na knihu: Verena KAST: Truchlení: fáze a šance psychického procesu

Paliat. med. liec. boles., 2015; 8(1e): e40

Švýcarská psychoanalytička a bývalá předsedkyně mezinárodní společnosti pro analytickou psychologii, profesorka Verena Kast (1943), která v současné době přednáší na curyšském Institutu C. G. Junga, se problematice mezilidských vztahů věnuje celou řadu let. Při psaní této studie (1) proto vychází z vlastní zkušenosti terapeutické práce s depresivními klienty a snaží se zachytit, jak ztráta blízkého člověka a následný proces truchlení utvářel jejich sebeprožívání a vnímání sebe sama.

Truchlení po smrti blízké osoby autorka vnímá nikoli staticky, jako jeden konkrétní a ohraničený pocit, nýbrž jako dynamický proces, který nám, dáme-li mu šanci a místo v našem životě, umožní zpracovat vztahové problémy se zemřelým a jít životem dál, vyrovnat se se ztrátou.

Studie je dnes pro českého čtenáře navýsost aktuální, protože v posledních desetiletích se v české společnosti – a je to její specifikum v Evropě, jak ve své knize uvádí i polský publicista Mariusz Szczygiel (2) – rozmáhá fenomén pohřbů bez obřadu (3) a přestože, jak uvádí i Verena Kast, postupně dochází k jisté detabuizaci smrti, o procesu smutku a truchlení, se to zatím říci nedá. Autorka ponechává stranou možné příčiny tohoto jevu a zaměřuje svou pozornost na jeho následky. Originálním způsobem a čtenáři srozumitelnou formou analyzuje jednotlivé sny svých klientů, se kterými pracovala v terapeutické praxi, a nabízí jejich interpretaci. Nejedná se ovšem v žádném případě o snáň!

Poutavou formou kazuistik autorka čtenáři přibližuje okolnosti života klientů a následně se snaží uchopit jednotlivé snové obrazy a zasadit je do jejich životních příběhů tak, aby interpretovala souvislost mezi sny a vztahem k zemřelému i k sobě sama. Deset let autorka shromažďovala „snový materiál“ klientů bezprostředně po smrti blízké osoby, v období jejich smutku a truchlení, a tvrdí, že naše truchlení je stimulováno nevědomím. Přináší možné, nikoli však nutně jediné, interpretace snů a odkazuje na fáze, kterými člověk, zasažený ztrátou, prochází. Následně je srovnává s fázemi, kterými dle Elisabeth Kübler-Ross (4) prochází umírající a hledá styčné body i rozdíly. Na

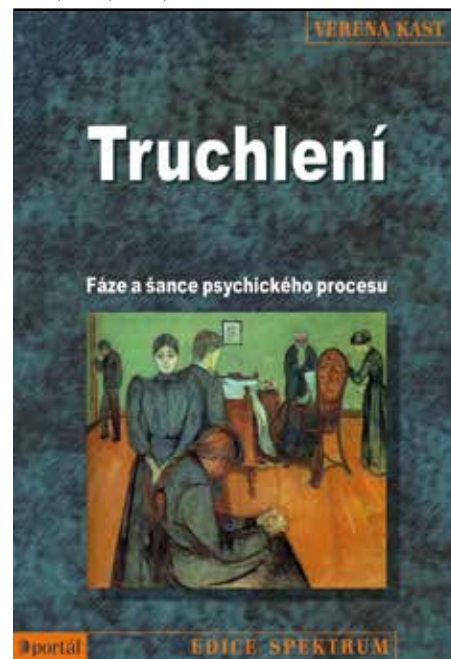
příkladu sv. Augustina ukazuje, že smrt blízkého člověka způsobí otřes v našem chápání světa a člověk zažívá nepopsatelné utrpení a zároveň neklid, jehož smyslem je „znovu se shledat se ztraceným partnerem, znovu vytvořit původní svět a původní strukturu vztahů, kterou prožitek smrti rozložil“ (5).

Ve své studii o procesu truchlení autorka vydvíhuje nezastupitelné místo pohřebního obřadu jako přechodového rituálu, který má velký význam nejen pro psychické zdraví člověka, ale i pro jeho další sebeprožívání. Po mnoha letech terapeutické praxe s depresivními klienty přináší vlastní zajímavý postřeh: k zážitku smrti patří i nenávisť, a to nejen nenávisť ke smrti, ale i nenávisť vůči zemřelému člověku. Z čeho tato nenávisť pramení? Proč se se smrtí blízké osoby nedokážeme bez problémů vyrovnat? Jak dlouho trvá období truchlení a jaké faktory je ovlivňují? Na tyto a mnohé další otázky přináší Verena Kast zajímavé odpovědi a přitom zdůrazňuje, že „truchlení musíme přestat považovat za slabost, neboť je to psychologický proces nejvyšší důležitosti pro zdraví člověka, který napomáhá k zachování si vlastní identity. To je hlavní důvod, proč se musíme znovu naučit truchlit a přestat tento proces považovat za patologickou záležitost“ (s. 14).

Neustálým proplétáním snových motivů a symbolů (rakev, cesta, dopis, odjíždějící vlak, nebožtík, tma, kostel, svatební šaty...) vzniká barevný obraz a autorka na příkladu několika snových sérií přibližuje podstatu a význam snů v duchu jungovské tradice. Pro čtenáře, který se chce o symbolice snů dozvědět ještě něco víc, odkazují na knihy, které se problematice snů a symbolů věnují podrobněji (6, 7). Jestliže autorka na jednom místě zmiňuje problémy potlačovaných a vleklých procesů truchlení (8), pak je to proto, aby na jiném místě poukázala ještě na další úskalí procesu truchlení: opakované regrese do jeho různých fází a „zabydlení se v nich“, „věčné“ pocity viny, hledání zemřelého, sklon truchlících stahovat se do symbiózy se zemřelým a v neposlední řadě hrozící riziko sebevraždy.

Kniha není jen velice přitažlivým pohledem do světa snů a jejich významů, do křehké reality truchlících ve chvíli jejich největší bolesti;

KAST, VERENA: *Truchlení: fáze a šance psychického procesu. Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*, 1. vydání, 2013. Z němčiny přeložil Petr Babka. Portál, s. r. o., Praha, 2015. 144 s. ISBN 978-80-262-0789-4.



dává také praktický návod, jak k truchlícím ne/ přístupovat, jak s nimi ne/mluvit. Klade přitom důraz na respekt k individualitě, sdílení emocí a pomalé provázení procesem zármutku.

Literatura

1. Kast V. *Zeit der Trauer*. Kreuz, Stuttgart 2006, ISBN 3-7831-2750-5.
2. Szczygiel M. *Udělej si ráj*. Přel. Helena Stachová. Praha: Dokořán, 2011, 224 s. ISBN 978-80-7363-343-1.
3. Nešporová O. *O smrti a pohřbívání*, Brno, CDK, 2013, 352 s.
4. Kübler-Ross E. *Hovory s umírajícími. Vrchoviny: Signum unitatis*, 1992, 135s. ISBN 80-85439-04-2.
5. Augustinus A. *Vyznání. Kniha IV. Hlava 4 a 6*, s. 97, 99, 100; Praha: Kalich, 1992. ISBN 80-7017-480-3.
6. Kast V. *Sny. Práce se sny v psychoterapeutické praxi*. Praha: Portál, 2013. 224 s. ISBN 978-80-262-0487-9.
7. Kast V. *Dynamika symbolů. Základy jungovské psychoterapie*. Praha: Portál, 2014. 208 s. ISBN 978-80-262-0676-7.
8. Kubičková N. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV, 2001. 267 s. ISBN 80-85866-82-X.

Mgr. Hana Kadlecová

Fakulta humanitních studií UK, Praha
kadlecovahana07@gmail.com

Mgr. Hana Kadlecová je doktorandka odboru Aplikovaná etika na Fakultě humanitních studií Karlovy Univerzity v Praze, svoji odbornou práci orientuje na štúdium zmien v pohrebných rituáloch v českej spoločnosti a na meniaci sa vzťah k smrti a umieraniu v posledných desaťročiach. Zaoberá sa otázkou zobrazovania smrti a umierania v masových médiách, v súčasnosti pracuje na problematike etických aspektov internetových diskusných fór a v nich odrážajúcom sa vzťahu človeka k smrti. Je absolventkou Teologickej fakulty Juhočeskej Univerzity v Českých Budějovičoch, preto sa zaujíma aj o témy, ktoré majú vzťah k teológii a teologickej antropológii.

Sprievodca rozhodovacím procesom týkajúcim sa medicínskej liečby v situáciách na konci života

Rada Európy, Komisia pre bioetiku, máj 2014

MUDr. Kristína Križanová

Oddelenie paliatívnej medicíny a klinickej onkológie, NOÚ

Ide o tri roky pripravované rozvíjanie Dohody z Ovieda týkajúcej sa základných ľudských práv a bioetiky z roku 1997.

V úvodnej kapitole sa hovorí, aké ciele si vytyčuje tento sprievodca: poskytnúť referenčné body na implementáciu rozhodovacieho procesu v situáciách na konci života, zhromaždiť normatívne aj etické referenčné práce týkajúce sa správnej medicínskej praxe a objasnením jednotlivých problematických bodov prispieť k všeobecnej diskusii o rozhodovacom procese v medicíne v situáciách na konci života. Rôzne krajiny Európy majú rôzne postoje v týchto situáciách, preto sprievodca nie je návodom, ako riešiť konkrétne prípady. Treba zdôrazniť, že pacienti na konci života sú obzvlášť vulnérabilnou skupinou ľudí, ktorí niekedy už nevládzu alebo ani objektívne nemôžu prejavíť svoju vôľu v súvislosti s ďalšou liečbou. Niekedy sa stane, že to ani nechcú spraviť, aj keď môžu.

V tomto sprievodcovi sa **situáciami na konci života rozumie tie, kde závažné poškodenie zdravia vplyvom vývoja ochorenia alebo vplyvom iných príčin nezvratne ohrozuje život človeka v blízkej budúcnosti.**

V druhej kapitole sa hovorí o etických a lekárných referenčných rámcoch rozhodovacieho procesu, menovite sa rozoberajú **hlavné etické pravidlá v medicíne** A. rešpekt k autonómii pacienta a B. robiť dobro a neškodiť, C. princíp spravodlivosti – spravodlivý prístup k zdravotnej starostlivosti.

Pacient však nemá právo vybrať si akýkoľvek liečebný postup, ak je neprimeraný. Pri všetkej úcte k informovanému a slobodnému rozhodnutiu pacienta **primárnym predpokladom na poskytnutie liečby alebo jej pokračovanie je medicínska indikácia.**

Terapeutická úpornosť: podávanie liečby, ktorá bola na začiatku indikovaná naďalej aj v situácii, keď liečba nezodpovedá stavu pacienta a stavu jeho ochorenia. Napriek tomu, že v danej situácii sa môžeme oprieť o EBM a jej hodnotenie pomeru benefit-riziko, vždy rozhoduje

individuálna situácia týkajúca sa individuálneho pacienta. Primeranosť alebo neprimeranosť liečby sa hodnotí podľa toho, ako reaguje na liečbu dané ochorenie a ako reaguje na ňu pacient. Dôvera medzi lekárom, pacientom a jeho blízkymi je nenahraditeľná.

Náročnosť akéhokoľvek medicínskeho rozhodnutia na konci života je v tom, že je nutné zabezpečiť **pacientovu autonómiu a dôstojnosť a rovnováhu medzi ochranou života a pacientovým právom na zmiernenie utrpenia.**

Liečba je zameraná jednak na odstránenie vyvolávajúcej príčiny choroby a môže pacienta vyliečiť. Liečbou však nazývame aj liečebné výkony zamerané na odstránenie symptómov ochorenia, keď nemôžeme liečiť kauzálne (analgéria pri chronickej bolesti) alebo na zmiernenie orgánovej dysfunkcie (napríklad dialýza alebo pľúcna ventilácia).

Nezačať alebo nepokračovať v ktoromkoľvek type liečby uvedenej vyššie, je možné vtedy, keď sa táto liečba stáva neprimeranou.

Je nutné zdôrazniť, že **aj keď ukončujeme medicínsku liečbu**, ktorá už neprináša pacientovi žiadne dobrodrenie alebo sa stáva neprimeranou, **v žiadnom prípade to neznamená, že ukončujeme aj zdravotnícku starostlivosť** o pacienta vrátane paliatívnej medicínskej starostlivosti s cieľom zachovať pacientovu kvalitu života. Niekedy zníženie dávok jednotlivých liekov vedie k zníženiu ich nežiaducich účinkov.

Diskutovaná otázka: jedlo a pitie vs. parenterálna hydratácia a enterálna alebo parenterálna výživa v situáciách na konci života.

Niektoré krajiny považujú hydrataciu a arteficiálnu výživu za súčasť liečby a odporúčajú zvážiť jej vysadenie na konci života. Niektoré ich však považujú za základné ľudské právo, ktoré nemožno pacientovi na konci života odoprieť ak to sám nepovie. Primeranosť hydratacie a arteficiálnej výživy na konci života je otázna vzhľadom na povahu terminálnych ochorení a je otáznym benefit tohto postupu.

Paliat. med. liec. boles., 2015; 8(1e): e41–e42

Sprievodca sa odvoláva aj na Odporúčania Rady ministrov Rady Európy z roku 2003 týkajúce sa **práva na paliatívnu starostlivosť** (slovenský preklad vysvetľujúceho memoranda vyšiel v časopise Paliatívna medicína a liečba bolesti). Prístup ku kvalitnej paliatívnej starostlivosti sa má rozširovať bez ohľadu na to, aké spôsoby organizácie týchto zdravotníckych služieb sa v danej krajine zvolia.

Tretia kapitola sa venuje rozhodovaciemu procesu.

Úlohy jednotlivých strán v procese rozhodovania: **pacient a jeho zástupca**, členovia rodiny a iní podporovatelia. Podrobne sa vysvetľuje, na čo má pacient právo, ak je uznášaniaschopný. Ďalej sa opisuje postup, ak je pochybnosť, či sa vie pacient informovane rozhodnúť, či má na to mentálnu kapacitu (pochopiť, zhodnotiť, zvážiť a spraviť rozhodnutie). Pacient, ktorý stratil schopnosť sa rozhodovať sám za seba, by mal mať pre tento prípad **splnomocnenca** (blízky príbuzný, priateľ a p.), ktorého ustanovil a ktorý bude dbať na splnenie pacientových prání v jeho najlepšom záujme. Tento postup sa musí formalizovať a zapísať. V prípade legálne záväzného vopred vysloveného prania je formalizácia, obnovovanie zápisu nevyhnutnosťou.

Diskutovaná otázka: Vopred vyslovené pranie (dispozícia) pacienta nie je v každom štáte pre lekára záväzná. Dohoda z Ovieda však odporúča, aby aj tam, kde to nie je záväzná, vopred **vyslovené pranie (dispozícia) pacienta sa má primerane rešpektovať.**

Legálny zástupca sa ustanovuje len v niektorých krajinách, napríklad pre deti, dementných ľudí, ľudí s vývinovým hendikepom a pod. Úloha rodinných príslušníkov a priateľov v rozhodovaní sa môže líšiť od štátu k štátu.

Lekár vzhľadom na svoje znalosti je schopný posúdiť všetky okolnosti, ktoré vplyvajú na výsledok liečby pacienta. Má v tomto rozhodovacom procese veľkú, ak nie primárnu úlohu. Úloha ostatných členov ošetrovateľského tímu

je takisto dôležitá, ale jej úloha sa môže podľa krajín líšiť. Členovia ošetrovateľského tímu sú s pacientom najviac a najčastejšie, poznajú lepšie jeho rodinné zázemie a sociálne pomery, a preto hodnotu ich informácií vždy treba zobrať do úvahy pri rozhodovacom procese.

V situácii neistoty sa môže zainteresovať do procesu rozhodovania **aj etická komisia**. Prizvať ju môže ktorákolvek zo zainteresovaných strán.

Pacient musí byť vždy v centre každého rozhodovacieho procesu, či má alebo nemá schopnosť sám o sebe rozhodovať v danej chvíli. Rozhodovanie musí byť v každom bode individuálne aj kolektívne zároveň.

Získať rozhodnutie by sa malo v priebehu procesu, ktorý má svoje pravidlá. Predovšetkým je niekto, kto dá otázku alebo návrh – ošetrojúci personál, lekár alebo ktokoľvek z blízkych pa-

cienta. Všetci, ktorí sa na diskusii zúčastnia, načrtnú svoju predstavu. Lekár a ošetrojúci personál zhodnotí všetky objektívne kritériá ochorenia, odpovede na liečbu, prognózu a navrhne svoj postup, ktorý musí zdôvodňovať a pacient/jeho blízki/jeho legálny zástupca/jeho hovorca musia klásť otázky a dávať návrhy. Keď sa dospeje k súhlasnému stanovisku, musí sa toto stanovisko zapísať.

Osobitne sa rozoberá otázka sedácie na konci života pre neznesiteľné fyzické utrpenie. To sa týka menovite neznesiteľných bolestí, dýchavice a neutíšiteľného delíria. Problematická je sedácia pre neznesiteľné psychické utrpenie na konci života. Hlboká terminálna sedácia bez poskytovania hydratácie vedie ku skráteniu života.

Na záver sa zdôrazňuje, že je potrebné vykonať všetky opatrenia, aby sa pri poskytovaní

primeranej zdravotnej starostlivosti v situácii na konci života dbalo o pacientove prania, ktoré povedal sám osobne alebo ktoré vyjadril písomne ako vopred vyslovené pranie (dispozícia).

Kolektívny diskusný proces vzťahujúci sa na veľmi komplexnú situáciu vyvoláva mnohé etické dilemy. Aj Odporúčania Rady ministrov Rady Európy z roku 2003 týkajúce sa paliatívnej starostlivosti hovoria o potrebe naučiť sa komunikovať s pacientom aj so zdravotníkmi navzájom, hľadať argumenty a riešiť etické dilemy.

MUDr. Kristína Križanová

*Oddelenie paliatívnej medicíny
a klinickej onkológie, NOÚ
Klenová 1, 833 10 Bratislava
kristina.krizanova@nou.sk*
