

PSYCHICKÉ PROBLÉMY NEVYLIEČITEĽNE CHORÝCH A ÚLOHY PSYCHOLÓGA V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

Patricia Dobříková

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity, Trnava

Príspevok sa zaoberá psychologickými determinantmi zvládania záťažovej situácie, ktorou je nevyliciteľná choroba. Poukazuje na rôzne psychické problémy nevyliciteľne chorých a proces vyrovnávania sa so smrťou. Okrem toho sú tu vymedzené základné úlohy psychológa v paliatívnej starostlivosti vzhľadom na pacienta, príbuzných, členov tímu, dobrovoľníkov i ďalších organizačných a vzdelávacích aktivít. **Kľúčové slová:** psychické problémy, nevyliciteľne chorý, psychológ, paliatívna starostlivosť.

PSYCHICAL PROBLEMS OF THE INCURABLY ILL AND THE TASKS OF A PSYCHOLOGIST IN PALLIATIVE CARE

This contribution is about psychological determinants of coping with a serious situation brought by an incurable illness. It speaks about psychological problems of the incurably ill patients and the process of accepting death. We also speak about tasks of psychologists in the palliative care related to patients, his relatives, survivals and team members, volunteers as well as organizational and educational activities.

Key words: psychical problems, incurably ill, psychologist, palliative care.

Paliat. med. liec. boles., 2008, roč. 1 (3): 135–138

Zásah nevyliciteľnej choroby do života pacienta

Nevyliciteľná choroba mení smer v trajektórii života. Z tohto pohľadu ide o zmenu perspektívy a hodnôt, keď človek prehodnocuje svoje priority, zmenu v zmysle života, hľadanie novej životnej náplne, zabrzdenie rozvoja a stagnáciu, pričom pozornosť a energia sa sústreďuje na adaptáciu na novú životnú udalosť. Stáva sa, že predchádzajúce životné úlohy strácajú zmysel, človeku chýba motivácia (1, 2).

Medzi situačné faktory považované v súvislosti s psychosociálnou adaptáciou za závažné, eventuálne letálne ochorenia bývajú okrem iného uvádzané:

- vek chorého – mladí reagujú viac akútne, viac dramaticky, môžu mať viac psychických príznakov;
- pohlavie – muži sa častejšie zdajú viac zasiahnutí chorobou;
- zdravotná situácia pacienta – jeho viditeľné postihnutia;
- existencia manželstva – je spojená s lepším prispôbením sa zdravotným problémom;
- socioekonomický status – má nepriamy vplyv;
- náboženstvo – môže dodávať pocit istoty a orientácie (3).

Okrem zdravotného stavu, ktorý často jediný určuje posledné dni života treba apelovať aj na otázku veku a celkovú životnú situáciu pacienta, ktorú musíme pri sprevádzaní zomierajúceho brať do úvahy. Tiež musíme brať ohľad na intelekt a skúsenosti zomierajúceho. Blížiacou sa smrťou sa cítia byť zaskočení najmä mladí dospelí a ľudia stredného veku, kde smrť vlastne prichádza neočakávane zavčasu. Týchto ľudí trápia starosti o nezaopatrené deti, nedokončenú prácu a pod. Pre starých ľudí je koniec života viac prirodzený. Strach zo smrti nebýva až taký veľký, skôr sa obávajú bolesti-

vého a strastiplného zomierania. Smrti sa neobávajú za toho predpokladu, že život končia s pocitom naplnenia pri inak dobrej angažovanosti do medziľudských vzťahov, zvlášť pokiaľ ide o ich deti a vnúčatá (4).

Strach zo smrti a proces vyrovnávania sa so smrťou

Strach zo smrti by sme podľa Floriana a Mikulincera (5) nemali chápať ako niečo chorobné a patologické, ale ako významnú charakteristiku prirodzenej a normálnej ľudskej skúsenosti. Z pozície multidimenzionálneho chápania smrti sa prejavy strachu z nej môžu spájať s intrapersonálnymi (očakávané dôsledky na dušu a telo), interpersonálnymi (strata vlastnej sociálnej identity) a transpersonálnymi (neznalosť podstaty smrti a odmeny a trestu po smrti) zložkami strachu zo smrti. Intrapersonálna zložka strachu zo smrti obsahuje aj strach zo straty sebarealizácie a fakt sebazničenia. Interpersonálnu zložku tvoria strach zo straty sociálnej identity a dôsledky pre rodinných príslušníkov a priateľov. Výskum ukázal, že dávnejšie aj novšie straty blízkych ľudí súvisia s vyššou úrovňou strachu z vlastnej smrti.

V určitom zmysle sa považuje za protiklad obáv a strachu nádej. Zistili sa negatívne korelácie medzi depresiou a silou nádeje (čím vyššia miera depresie, tým nižšia úroveň nádeje). Watson zistil relatívnu nezávislosť (takmer nulovú koreláciu) existencie kladných a záporných emócií u toho istého človeka. Daný človek môže prežívať bolesť a zároveň aj určitú mieru radosti a nádeje (6).

Všeobecne platí, že ľahšie prijímajú smrť – niekedy ju dokonca vítajú ako vyslobodenie – ľudia, ktorí dlhšiu dobu fyzicky trpeli (doba dlhšia ako tri

mesiace). Pokojnému zomieraniu a akceptácii smrti z psychologického hľadiska naopak bráni pocit osamelosti a opustenosti, a tiež boj pacienta o život, pokiaľ nie je na smrť pripravený, neakceptuje ju a nerozlúčil sa s blízkymi. To býva zvlášť problémom pre ľudí, ktorí zomierajú v nevedomosti – nie sú teda informovaní o blížiacom sa konci, zväčša ho však tušia a snažia sa ho poprieť. Tento postupný proces vyrovnávania sa so smrťou vypracovala E. K. Rossova a z neskorších praktických pozorovaní vieme, že fázy môžu ísť v inom poradí, niektoré sa nemusia vyskytovať a mnohokrát sa prekrývajú (4, 7).

Prvá fáza je fáza negácie, keď pacient popiera to, že má vážnu chorobu. V tejto fáze je dôležité nadviazať s pacientom kontakt a získať si jeho dôveru. V tejto dobe sám sebe predstiera, že niečo také nemôže byť pravda. Tento spôsob obrany však nebýva funkčný dlhšiu dobu. Jeho zmyslom je poskytnúť človeku krátky oddych pred prijatím veľmi nepriaznivej skutočnosti, že už nebude zdravý, alebo dokonca vôbec nebude žiť. Popretie je akcentovanou psychickou reakciou, ktorá sa niekedy objavuje aj napriek somatickým ťažkostiam (8).

Druhá fáza sa prejavuje hnevom a vzburou. Pacient cíti zlosť na zdravotníkov a je pobúrený nespravodlivosťou jeho ochorenia. Zdravotnícky pracovník by sa nemal pohoršovať a brať to osobne. Veľakrát pacient reaguje hnevom aj na svojich blízkych. Vtedy je potrebná edukácia príbuzných, ktorí mávajú často dojem, že chorý ich už nemá rád, prípadne, že robia v starostlivosti o neho závažné chyby. Pacientove agresívne správanie môže vyplývať z pocitu vlastného ohrozenia, z vyčerpania (psychického i somatického), z bolesti, zo sklamaní, že udalosti sa nevyvíjajú podľa jeho predstáv, že mu nie je venovaná dostatočná pozornosť a úcta a pod.

V tretej fáze človek vyjednáva a je ochotný splniť čokoľvek, len aby sa vyľechil. Veľa pacientov vyjednáva s Bohom a za uzdravenie mu dávajú rôzne sľuby. V praxi sa stretávame aj s tým, že pacienti vyhľadávajú rôznych liečiteľov (9).

Vo fáze smútku a depresie sa príchod smrti stáva stále jasnejší a dolieha na zomierajúceho. Lúči sa so životom, má starosť o osud blízkych, obáva sa samoty, bolesti a pod. Je to **fáza psychického utrpenia** (4). Práve v tejto fáze sa najčastejšie stretávame so žiadosťami o eutanáziu.

Cieľom by malo byť, aby pacient dosiahol **fázu zmierenia**. Pacient je vyrovnaný so svojou chorobou i so smrťou. Tu už stačí iba mlčanlivá ľudská prítomnosť, držať pacienta za ruku, prípadne mu utrieť sľzu. Vtedy viac ako pacient potrebuje pomoc jeho rodina.

Gerontológ A. Kruse nezistil nijaký individuálny priebeh fáz. Jeho výskumy naopak dokázali päť rozdielnych priebehov:

1. prijatie zomierania a smrti pri súčasnom hľadaní možností, ktoré ešte život ponúka,
2. stupňujúca sa rezignácia a zatrpknutosť prispievajú k tomu, že sa život vníma iba ako farcha a do popredia zážitku stále silnejšie vstupuje konečnosť vlastného bytia,
3. zmiernenie strachu zo smrti nadobudnutím nového zmyslu života a presvedčením, že v živote ešte možno splniť dôležité úlohy,
4. snaha zabrániť tomu, aby do centra zážitku vstúpilo ohrozenie vlastnej existencie,
5. prekročenie fázy hlbokkej depresie až po prijatie smrti. (10)

Vina a odpustenie

Ďalším dôležitým prvkom pre zomierajúceho pacienta je vyrovnanie sa s vlastnou vinou, a tým problematika odpustenia.

Otázka viny, svojou povahou taká kľúčová pre ľudský život, upadla v podstate v modernej dobe do zabudnutia a vynára sa len v extrémnych podmienkach. Môžeme povedať, že jednou z týchto extrémnych podmienok je aj proces zomierania.

V terminálnej fáze života mnohých ľudí znepokojuje skutočnosť, že zostali niečo dlhší sebe, teda vlastnému životu, svojim blízkym, prípadne okoliu. Nikto nie je oprávnený bagatelizovať tieto pocity viny (10).

Pre každé pokánie ako spôsob vyrovnania sa s vlastnou vinou platí určitá schéma zložená zo štyroch fáz:

1. Treba aby ten, kto sa rozhodol so svojou vinou vyrovnáť, našiel v sebe silu skončiť s jej konaním.
2. Zároveň s ukončením páchania viny treba vinu spoznať, čiže pochopiť, že o vinu vlastne ide – bez znalosti viny sa totiž tejto viny nedá zbaviť, pričom zároveň platí, že pokiaľ človek od svojej viny ne-

získa odstup v podobe toho, že ju bude pokladať za čosi minulého, žiadnu znalosť si o nej nevytvorí. Oba kroky sú však spolu tesne späté.

3. Súbežne s pochopením vlastnej viny treba túto vinu vyznať niekomu ďalšiemu, ďalšej ľudskej bytosti; pokiaľ si totiž človek necháva vinu len pre seba, hrozí mu, že ona vina sa bude plasticky meniť z banálneho poklesku až po strašné monštrum. Inak povedané, dať svojej vine presné tvary je možné len tak, že ju človek povie niekomu inému. Pre vyrovnanie sa s vinou je iste najvhodnejšie, keď vinník odovzdá svoje oľutovanie tomu komu ublížil.
4. Tým posledným, či skôr prvým, o čo pri vyrovnávaním sa s vlastnou vinou ide je úloha zmeniť seba samého. To sa však nedá dosiahnuť len predsavzatím. Spomínaný výsledok môžeme však dosiahnuť ešte za jednej podmienky, a to, že dotknutý človek zakúsi odpustenie od tej osoby, ktorej ukrivdil (11).

V súčasných psychologických štúdiách existuje niekoľko chápaní odpustenia:

1. odpustenie ako interpersonálny jav,
2. odpustenie ako intrapersonálny jav,
3. odpustenie ako akt, keď odpúšťam sám sebe,
4. odpustenie ako činnosť, keď odpúšťam inštitúcii (podniku, kolektívu, strane, vláde a pod.),
5. hľadanie odpustenia a poskytovanie odpustenia,
6. hľadanie odpustenia u Boha a odpustenie Bohu.

Pri odpustení nemusí vždy dôjsť ku zmiereniu poškodennej osoby s útočníkom (tým, kto jej ukrivdil). Ide o dosiahnutie väčšieho pokoja mysle, o fyzické upokojenie a dobrý subjektívny pocit (zlepšenú kvalitu života), a tiež o upokojenie „srdca“ toho, kto bol urazený, postihnutý, zranený. Ide o zameranie pozornosti v prvom rade na intrapersonálne dianie v človeku, ktorý bol interpersonálnou krízou postihnutý (6).

Psychický stres a duševné poruchy

Ťažko chorí ľudia prežívajú ľútosť nad svojim zdravotným stavom a postupne sa musia vyrovnáť s množstvom strát a s faktom, že sa dni ich života nezadržateľne krátia. Stavby rozladenosti, smútku, depresie a zúfalstva sa ale striedajú s rôzne dlhými obdobiami spokojnosti, nádeje a radosti. Určujúcim faktor duševného diskomfortu alebo pohody je konkrétny vývoj choroby. Keď je ťažko chorému alebo umierajúcejmu lepšie, rýchlo zabúda na svoju nezávideniahodnú situáciu. Dôležité je motivovať pacienta na reálne ciele v časovo primeranom horizonte. Prísľub, že zajtra príde na návštevu vnuk, pozajtra bude v televízii obľúbený film a za týždeň bude príležitosť oslavovať narodeniny priateľa a pod. ponúka programové zaoberanie sa udalosťami, ktoré obsahujú radosť a prinášajú potešenie (12).

Pod vplyvom choroby samotnej, aj v dôsledku jej sociálneho významu sa mení aj sebaapriatie choreho. Zhoršuje sa jeho sebahodnotenie a znižuje sa jeho sebaúcta. Človek vie, že sa menia jeho kompetencie, a pod vplyvom záťaže sa môžu meniť aj niektoré osobnostné vlastnosti. V tomto prípade ide o akúsi sekundárnu reakciu, ktorá funguje v závislosti na telesnom stave, ale je možné ju viac ovplyvňovať, napr. rozhovorom s chorým (8).

Psychický stres u ľudí s terminálnym ochorením predstavuje výrazný klinický problém. Pokiaľ problémy týchto ľudí zostanú skryté, môže sa stres prejavovať ako vážnejšia afektívna porucha. Môže ísť o prejavy depresie, úzkosti, smútku a problém s adaptáciou. Psychiatrické problémy sa zhoršujú vplyvom liekov a negatívne vnímaných symptómov, ako je napr. bolesť (13).

Ľudia, u ktorých je diagnostikované nevyliciteľné ochorenie s nepriaznivou prognózou, či už ide o nádor alebo iné zhubné ochorenie, reagujú počiatočným šokom, na ktorý nadväzujú ďalšie duševné poruchy klasifikované kódom F43 ako reakcia na závažný stres (akútny F43.0, posttraumatická stresová porucha F43.1) a F43.2 poruchy prispôsobenia. V neskoršom priebehu alebo ihneď, sa môžu objaviť aj ďalšie problémy neurotickej roviny psychopatológie (F44 disociatívne/konverzné poruchy, F45 somatoformné poruchy, iné ako F48.0 neurasténia, F48.1 depersonalizačný a derealizačný syndróm). Spoločnými pre mnohé z týchto porúch sú syndrómy úzkosti a depresie (3).

Okrem toho u nevyliciteľne chorých často zisťujeme organické poškodenie CNS. Býva sprevádzané kognitívnymi poruchami a v ťažších prípadoch dochádza k zmenám v rozsahu pozornosti a kvality vedomia.

Akútnu zmätenosť ako častý problém v paliatívnej starostlivosti skúmal Flynn a Quinn (14). Podľa nich sa vyskytuje častejšie u pacientov v pokročilom štádiu choroby, starých osôb a ľudí, ktorí majú viac druhov ochorenia. Pokroky v protinádorovej liečbe predlžujú pacientom život, čo však môže byť komplikované organickými zmenami mozgu a potenciálnym rozvojom stavov zmätenosti. Nepoznaná a neliečená zmätenosť je stresová skúsenosť pre pacienta a jeho blízkych. Môže znemožniť komunikáciu a zanechať u členov rodiny nepríjemné spomienky na posledné hodiny života milovanej osoby. Ďalším problémom pri starostlivosti o týchto pacientov je bezpečnosť – pokiaľ je zmätenosť spojená s nepokojom a rozrušením, hrozí riziko pádu a úrazu. Dôležitým kritériom je to, že akútna zmätenosť sa prejavuje ako výrazná alterácia kognitívnych funkcií, ktoré sa menia v priebehu času (aj niekoľkokrát za deň) a má známu príčinu.

Pri stavoch zmätenosti treba pochopiť, že zomierajúci sa vyrovnáva so svojim predchádzajúcim životom a jeho problémami, a že to často koná v symbolickej reči. Mali by sme pochopiť, že každý zdanlivo nezmyselný prejav má pre neho hlboký

zmysel a dosah. Aj keď sa často nepodarí u týchto symbolických prejavov, ktorými zomierajúci spracováva svoj život, porozumieť zmyslu jednotlivých podrobností, treba ich vždy brať s úctou a snažiť sa na ne reagovať zmysluplne (15).

Na záver by sme chceli uviesť jednu zaujímavosť, ktorá sa potvrdila aj v našej praxi v hospicoch a na klinike paliatívnej starostlivosti, pričom podobné súvislosti zo svojej lekárskej praxe uvádza aj Byock (16). Pacienti často prejavia obdivuhodnú schopnosť načasovať si svoju smrť. Základný časový rámec je zdanlivo daný pôvodnou diagnózou a pacientovým celkovým stavom, ale človek sa môže vedome či podvedome rozhodnúť dožiť sa výročia, Vianoc alebo nejakej inej zvláštnej príležitosti, prípadne završiť nejaký dôležitý vzťah či úlohu. Podľa skúsenosti človek môže žiť o celé týždne a mesiace dlhšie oproti pôvodným očakávaniam, aby takýto cieľ dosiahol, zatiaľ čo iný v podobnom stave môže náhle zomrieť v dobe, keď z lekárskeho hľadiska je jeho stav stabilný, sotva sa daná očakávaná udalosť uskutoční.

Potreba psychológa v paliatívnej starostlivosti a jeho úlohy

Psychológ by mal tvoriť neoddeliteľnú súčasť tímu v paliatívnej, resp. hospicovej starostlivosti, keďže ako sme už vyššie spomenuli problematika týkajúca sa psychického zdravia v tejto oblasti je veľmi rozsiahla a vyžaduje si odborný prístup (17, 18). Chceme zhrnúť jeho základné úlohy, ktoré môžeme rozdeliť z hľadiska prehľadnosti a možnosti zamestnať dvoch psychológov na 4 časti týkajúce sa intervencie k pacientovi, príbuzným a pozostalým, prácu s profesionálnym tímom a dobrovoľníkmi. Okrem toho treba vymedziť aj ďalšie všeobecné požiadavky na psychológa v paliatívnej starostlivosti.

1. Úlohy psychológa so zameraním na pacienta

- Môže sa podieľať na výbere pacientov do zariadenia,
- vedie úvodný pohovor s pacientom,
- v prípade potreby vykonáva psychodiagnostické vyšetrenie (potrebná výberová aplikácia psychodiagnostických metód, aby sme predišli iatrogénnemu poškodeniu pacienta z dôvodu náročnosti a zdĺhavosti vyšetrenia),
- svoje nálezy a odporúčania zaznamenáva do zdravotnej dokumentácie pre informáciu ostatných zdravotníckych pracovníkov,
- vedie psychologickú dokumentáciu pacientov,
- vypracováva plán psychologické starostlivosti o pacienta,
- vykonáva individuálnu psychoterapiu a psychologické poradenstvo (Najväčší prínos pre starost-

livosť o nevyliciteľne chorých z oblasti psycho-terapeutických metód má nepochybne logoterapia, ktorá kladie dôraz na otázky zmyslu. Veľký význam má najmä u tých pacientov, ktorí nechcú o viere a náboženstve nič počuť, ale súčasne ich trápia otázky utrpenia, života po smrti a podobne. Je dobré, ak sa veriaci človek s psychologickými problémami obráti na veriaceho psychológa.),

- vykonáva skupinovú psychoterapiu s pacientmi,
- vykonáva krízovú intervenciu,
- podieľa sa na muzikoterapii, arteterapii, ergoterapii a spolu s ďalšími odborníkmi aj na kanisterapii pacientov,
- významnou zložkou psychologické intervencie je aj bolesť pacienta, pričom osobitnú pozornosť psychológa púta psychogénna bolesť a možnosť redukovat intenzitu jej percepcie pomocou psychologických prostriedkov a mechanizmov,
- v prípade potreby psychológa vykonáva aj terénnu prácu v bydlisku pacienta (najmä ak ide o respitnú starostlivosť alebo očakávanú rehospitalizáciu),
- v prípade potreby sa s lekárom zúčastňuje na oznámení diagnózy alebo nepriaznivej prognózy pacientovi,
- zúčastňuje sa veľkej vizity,
- aktívne sa zúčastňuje pravidelných pracovných a prevádzkových porád, kde členovia multidisciplinárneho tímu referujú každý zo svojho odboru o tom ktorom pacientovi, aby sa zabezpečil komplexný pohľad na chorého človeka a tým aj holistický prístup,
- konzultuje stav pacienta s ďalšími členmi multidisciplinárneho tímu zariadenia.

2. Úlohy psychológa so zameraním na príbuzných a pozostalých

Smrteľne chorému človeku nemôžeme účinne pomôcť, pokiaľ do toho nezapojíme aj jeho blízkych. Správanie sa príbuzných dosť výrazne ovplyvňuje to, ako reaguje na svoj zdravotný stav sám pacient (19).

Príbuzní nevyliciteľne chorého majú problémy, ktoré spravidla nie sú prejavom dezintegrácie osobnosti, ale ako hovorí Vymětal (4) skôr celkovým psychickým a fyzickým vyčerpaním, najmä v takom prípade, ak sa dlhšiu dobu starali o zomierajúceho.

Z našej praxe sme si všimli, že príbuzných trápi úzkosť a strach, ktoré sprevádza nespavosť a neschopnosť oddýchnuť si. Vtedy sú veľmi prínosné relaxačné techniky, napr. Schultzov autogénny tréning, ktoré môžu rodinní príslušníci praktikovať aj doma. Veľakrát ich sprevádzajú pocity viny z toho, či urobili pre svojho blízkeho človeka dosť, prípadne majú s daným človekom nedoriešené záležitosti (hnev, odpustenie) a potrebujú o tom s niekým hovoriť a poradiť sa bez toho, aby ich niekto odsudzoval.

Čo by teda malo byť náplňou práce psychológa v súvislosti s príbuznými pacienta? Mohli by sme to zhrnúť takto:

- vedie úvodný pohovor rodinnými príslušníkmi, pričom sa zameriava na zmapovanie rodinnej situácie, možnosti sociálnej opory pre pacienta a deteguje potrebu prípadnej pomoci v procese vyrovnávania sa s blízkou smrťou blízkeho človeka,
- v prípade potreby vypracováva plán psychologické starostlivosti o jeho rodinných príslušníkov,
- v prípade potreby sa spolu s lekárom zúčastňuje na oznámení diagnózy alebo nepriaznivej prognózy rodinným príslušníkom,
- poskytuje psychologické poradenstvo, prípadne psychoterapiu,
- vykonáva krízovú intervenciu (najčastejšie tesne po úmrtí blízkeho človeka),
- poskytuje smútkové poradenstvo,
- vykonáva skupinovú terapiu s rodinnými príslušníkmi, prípadne s pozostalými,
- objasňuje psychické problémy pacienta príbuzným a vysvetľuje im dôsledky a z toho vyplývajúcu dôležitosť adekvátneho prístupu k chorému,
- spolupracuje so sociálnym pracovníkom v udržiavaní kontaktu s pozostalými v období post finem aj v dlhšom časovom období.

3. Náplň práce psychológa so zameraním na tím a dobrovoľníkov

- Vykonáva psychologické poradenstvo pre personál,
- v prípade potreby poskytuje krízovú intervenciu pracovníkom alebo dobrovoľníkom,
- vedie vzdelávacie programy pre vybrané skupiny pracovníkov zamerané na psychosociálnu pomoc pacientovi a jeho rodine, komunikačné zručnosti, prístup a pod.,
- vykonáva edukačnú činnosť v oblasti prevencie syndrómu vyhorenia,
- pomáha organizovať preventívne relaxačné programy pre pracovníkov a motivačné programy pre dobrovoľníkov,
- môže realizovať supervízne stretnutia pre pracovníkov,
- vedie vstupný pohovor s dobrovoľníkmi, počas ktorého vykonáva psychodiagnostiku,
- môže pôsobiť ako koordinátor a supervízor dobrovoľníkov.

4. Ďalšie všeobecné požiadavky na psychológa v paliatívnej starostlivosti

- Informuje o filozofii paliatívnej starostlivosti prostredníctvom masmédií,
- zúčastňuje sa vzdelávacích seminárov a konferencií týkajúcich sa paliatívnej starostlivosti,

- vykonáva pedagogickú činnosť v danej problematike.

Záver

Na záver chceme poznamenať, že človek, ktorý chce pomáhať nevyliciteľne chorým, či už ako člen tímu zdravotníckych profesionálov alebo ako dobrovoľník, musí najskôr vedieť pomôcť sám sebe, musí na sebe pracovať vo všetkých oblastiach, pretože iba tak môže dať človeku v posledných chvíľach to najlepší zo seba, čím výrazne prispeje k zvýšeniu jeho psychickej pohody, a tým aj jeho kvality života.



doc. PhDr. Patricia Dobříková, PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave, Univ. Námestie 1, 917 01 Trnava
e-mail: pdobrik@pobox.sk

Literatúra

1. Janečková, H. Životní události a kvalita života. In: Payne J. a kol., Kvalita života a zdraví. Praha, Triton 2005, s. 451–473.
2. Dolista, J. Problematika péče o staré a umírající rodiče. Kontakt. IX., 2007, č. 2, s. 264–269.
3. Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y a kol. Paliativní medicína. Praha, Grada Publishing, 2004.
4. Vymětal, J. Lékařská psychologie. Praha, Portál, 2003.
5. Stríženec, M. Súčasná psychológia náboženstva. Bratislava, IRIS, 2001.
6. Křivohlavý, J. Pozitivní psychologie. Praha, Portál 2004.
7. Dobříková-Porubčanová, P. a kol. Nevyliciteľne chorí v súčasnosti. Význam paliatívnej starostlivosti. Trnava, SSV 2005.
8. Vágnerová, M. Psychopatológia pro pomáhající profese. Praha, Portál, 1999.
9. Dobříková, P. Zvládanie záťažových situácií. Bratislava, VŠZaSP, Slovak Academic Press, 2007.
10. Pompey, H. Zomieranie. Trnava, Dobrá Kniha 2004.
11. Payne J. a kol. Kvalita života a zdraví. Praha, Triton 2005.
12. Haškovcová, H. Thanatologie – nauka o umírání a smrti. Praha, Galén 2000.
13. Pollard, A., Swift, K. Komunikační dovednosti v paliativní péči. In: O'Connor, M., Aranda, S: Paliativní péče pro sestry všech odborů. Praha, Grada 2005, s. 29–39.
14. Flynn, E., Quinn, K. Zmatenost a neklid. In O'Connor, M., Aranda, S.: Paliativní péče pro sestry všech odborů. Praha, Grada 2005, s. 177–186.
15. Virt, G. Žít až do konce. Praha, Vyšehrad, 2000.
16. Byock, I. Dobré umírání – možnosti pokojného konce života. Vyšehrad, Cesta Domů 2005.
17. Dobříková, P., West, D. Management of Hospice and Palliative Care in Slovakia. In: Fitzpatrick, P. (Ed.): Proceedings of the MBAA International Conference, Chicago, Illinois, 2006, 61–63.
18. Šramatá, M., Žáková, M., Kovalčíková, N. Nevyhnutnosť dobrovoľníctva v paliatívnej starostlivosti In: Hospicová a paliatívna starostlivosť. Zborník z II. ročníka Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti Trnava, 2004, s. 8–10.
19. Porubčanová, P. Úlohy psychológa v hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Zborník z medzinárodnej konferencie o hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Trnava, FZaSP TU, 2003, s. 77–81.

Ivan Čapov et al.

CHIRURGIE ORGÁNOVÝCH METASTÁZ

Publikace pojednává o chirurgii orgánových metastáz různých nádorů (v širším slova smyslu), tedy o tématu před dvaceti lety téměř nepřijatelném. V průběhu posledních dvou dekad však došlo k opravdové revoluci léčebných a diagnostických možností v přístupu k mnoha maligním nádorům. Tento vývoj s sebou přinesl možnost zmenšení nádoru a vzdálených metastáz po předchozí indukční terapii do velikosti, která jej činí operabilním. Precizní diagnostika počtu těchto metastáz v celém organismu je pak zásadním procesem pro rozhodnutí o chirurgické intervenci. Chirurgie metastáz využívá nových technologií, jako je radiochirurgie, termoablace, techniky embolizace nádorů a hypertermie. Tento vývoj umožňuje indikovat chirurgickou intervenci u pacientů postižených metastatickým onemocněním stále častěji. Snahou autorů bylo podat v této publikaci přehled terapeutických přístupů v chirurgii orgánových metastáz a pomoci hledat nové cesty směrem k vyléčení pokročilých stadií nádorového onemocnění.

Praha: Galén – Karolinum, 2008, 1. vydání, ISBN 978-80-7262-493-5 (Galén) a ISBN 978-80-246-1450-2 (Karolinum), 181 s.

František Perlík

ZÁKLADY KLINICKÉ FARMAKOLOGIE

Farmakologický výzkum a vývoj přináší nová léčiva, která působí na širší spektrum lékových cílů. Rozšiřují se tím léčebné možnosti, ale zároveň se znesnadňuje orientace ve velkém množství léčiv, jejich farmakologickém působení, nežádoucích účincích a interakcích. Úvodní část knihy shrnuje základy klinické farmakologie, použitelné v běžné terapeutické praxi. Text speciální části předkládá nejdůležitější poznatky o skupinách léčiv používaných u onemocnění jednotlivých orgánů. Snaha o využití publikace také ve stomatologii vedla k zařazení poznámek pro stomatologickou praxi a dále oddílů zahrnujícího zvláště významná témata oboru, která jsou zaměřena nejenom na léčení stomatologických nemocí, ale i na ošetřování pacientů s komplikovaným zdravotním stavem i na neodkladné situace v zubní lékařství. Cílem publikace je usnadnit lékařům v praxi i studentům magisterských a bakalářských programů získání základních poznatků z klinické a speciální farmakologie.

Praha: Galén, 2008, 1. vydání, ISBN 978-80-7262-528-4, 192 s.

Distribúcia v SR: KD Hanzlúvka, LF UPJŠ, Tr. SNP 1, 040 66 Košice, tel: 0905 526 809, hanzlúvka@dodo.sk;

Osveta, Jilemnického 57, 036 01 Martin, tel.: 043/421 0970, redakcia@vydosveta.sk, www.littera.sk

www.galen.cz

